



Ciąża, poród i akceptacja ciała.

**Czego doświadczają Polki,
z czym się borykają,
kto jest dla nich wsparciem?**

Raport z badania opinii przeprowadzonego przez SW Research na zlecenie marek
Pink Mama i Pink (Hydrex Diagnostics Sp. z o.o.)

Badanie opinii przeprowadzono w czerwcu 2026 r. Metodologia: CAWI. N=500
(w badaniu opinii wzięły udział Polki, które są w ciąży, niedawno urodziły, mają dziecko w wieku 0-8)

Warszawa 2026

Spis treści

3

Wstęp

Ciążowe blaski i cienie

4

Rozdział I

Ciąża w liczbach

Ciało w ciąży i po porodzie. Co się zmienia?

Ile kilogramów przybywa?

Czy ciało „wraca” do formy sprzed ciąży?

Rozstępy, biust, skóra

9

Rozdział II

Akceptacja ciała i presja społeczna

Czy kobiety akceptują swoje ciało w ciąży i po ciąży?

Skąd padają krytyczne słowa: rodzice, teściowie, partner, lekarz, nieznajomi z Internetu?

Jakie są to uwagi?

Wspierający partner

Ciało kobiety to nie projekt do naprawy

14

Rozdział III

Gdy boli, swędzi i piecze. Zdrowie intymne i „wstydlive” dolegliwości

Infekcje intymne, suchość pochwy

Jak kobiety sobie radzą (lub nie radzą) z tymi problemami?

Kilka słów o nietrzymaniu moczu

Brodawki: hartowanie, leczenie podrażnień, pielęgnacja

Opuchnięte nogi, hemoroidy, nadmierna potliwość

Gojenie ran i praca z bliznami

21

Rozdział IV

Świadoma pielęgnacja

Jakie kosmetyki stosują zazwyczaj kobiety w ciąży?

Czy sprawdzają skład kosmetyków?

Wiedza o prebiotykach w kosmetykach

Kto jest dla kobiet źródłem wiedzy o pielęgnacji w ciąży i po ciąży?

26

Rozdział V

Test ciążowy. Wiedza, emocje, mity

Mylące objawy: jakie objawy mogą oznaczać PMS, a jakie ciążę?

Kiedy zrobić test?

Jakie czynniki lub choroby mogą fałszować wynik?

Czułość testu: co to jest mIU/ml i dlaczego to ważne?

Emocje przy robieniu testu: radość, stres, wstyd, samotność

Jak kobiety monitorują swój cykl i czy laktacja jest dobrą antykoncepcją?

Wstęp

Ciążowe blaski i cienie

Ciąża i macierzyństwo to jedno z najbardziej transformacyjnych doświadczeń w życiu kobiety. Nie tylko tych emocjonalnych i relacyjnych, ale przede wszystkim fizycznych. Ciało kobiety przez dziewięć miesięcy ciąży i wiele miesięcy po porodzie przechodzi zmiany, których skala bywa zaskakująca nawet dla tych, które na macierzyństwo świadomie się przygotowywały. A jednak o tych zmianach mówi się wciąż za mało. Temat rozstępów, opuchniętych nóg, infekcji intymnych, nietrzymania moczu czy problemów z brodawkami wciąż zbyt rzadko pojawia się w gabinetach lekarskich, mediach, czy podczas rozmów. Do tego dochodzi presja (wróć do siebie, schudnij, zacznij ćwiczyć) oraz milczenie o tym, co naprawdę boli, swędzi, piecze i przeszkadza.

Najnowsze badanie opinii **SW Research** przeprowadzone w czerwcu 2026 na zlecenie dwóch marek:

Pink Mama i Pink rzuca nowe światło na tę rzeczywistość.

- Ponad połowa badanych (56%) przytyła w ciąży, u prawie 52% pojawiły się rozstępy, a niemal 39% zauważyła utratę jędrności biustu. Aż 17,2% kobiet przyznaje wprost, że jej ciało już nigdy nie wróciło do stanu sprzed ciąży;
- Aż 45% kobiet otrzymała krytyczne uwagi dotyczące swojego ciała m.in. od rodziny, teściów, partnera, koleżanek a nawet medyków;
- Prawie jedna czwarta ankietowanych doświadczyła częstszych infekcji intymnych w ciąży lub po porodzie, a ponad 21% suchości pochwy powodującej dyskomfort lub ból;

Ten raport powstał, by mówić głośno o blaskach i cieniach związanych z ciążą i połogiem.

Do współtworzenia raportu zaprosiliśmy ekspertki i ekspertów z różnych dziedzin ,m.in.

dr hab. med. Barbarę Suchońską (ginekolożkę), **dr Annę Bonder-Nowicką** (urołożkę), **Elżbietę Skrzyniarz** (położną, specjalistkę w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego, nauczycielkę akademicką), **Magdalenę Ronisz-Grotowską** (osteopatkę i fizjoterapeutkę), **dr n. med. Małgorzatę Sokół** (Prodziekanę Kolegium Medycznego ds. kierunku Kosmetologia WSLiZ), **Jana Gosztyłę** (psychologa), **Grzegorza Mikuckiego** (socjologa) oraz **Dominikę Gołąb** (psycholożkę i seksuolożkę).

Serdecznie zapraszamy do lektury.

Rozdział I

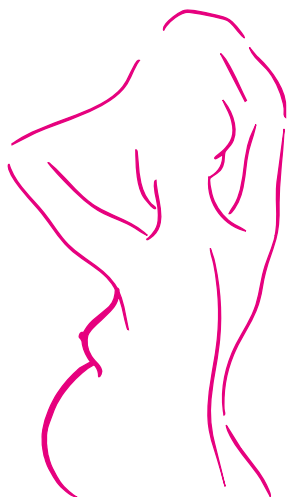
Ciąża w liczbach

Ciało w ciąży i po porodzie. Co się zmienia?

Ciąża to wyzwanie dla organizmu, zwłaszcza że zmiany zachodzą na wielu poziomach jednocześnie. Skóra traci elastyczność, pojawiają się rozstępy, stopy puchną, biust się zmienia, a po porodzie wiele kobiet odkrywa, że ich ciało jest już innym ciałem niż przed ciążą.

W badaniu opinii przeprowadzonym przez SW Research na zlecenie marek Pink oraz Pink Mama kobiety zapytano o to, jakich zmian ciała doświadczyły w ciąży lub po porodzie. Ponad połowa ankietowanych (56%) przybrała w ciąży na wadze. Niemal tyle samo (51,8%) zmagало z rozstępami na brzuchu, udach, piersiach lub pośladkach. Problemy z włosami i paznokciami dotknęły 44% respondentek, opuchnięte nogi i stopy: 41,2%, mniej jędrny biust: 38,8%. Na liście znalazły się też inne uciążliwości: ogólne opuchnięcie ciała (35,2%), nadmierne pocenie (34%), sucha i mniej elastyczna skóra (28,4%), żylaki i pękające naczynka (27,2%), suchość pochwy i okolic intymnych (27%), problemy z brodawkami: pęknięcia, podrażnienia i ból podczas karmienia (26,2%) oraz częste infekcje intymne (20,6%).

Liczby te pokazują, że zmiany w ciąży i po porodzie nie ograniczają się do rozstępów i dodatkowych kilogramów. Obejmują całe ciało, od skóry, włosów i paznokci po okolice intymne. I choć każda z tych zmian wymaga uwagi, wiedzy i odpowiedniej pielęgnacji, wiele kobiet zostaje z nimi sam na sam. Wstyd, brak czasu, natłok nowych obowiązków i skupienie na dziecku sprawiają, że kobiety często zapominają o sobie lub nie wiedzą, do kogo się zwrócić. Tymczasem odpowiedź jest bliżej, niż myślisz.

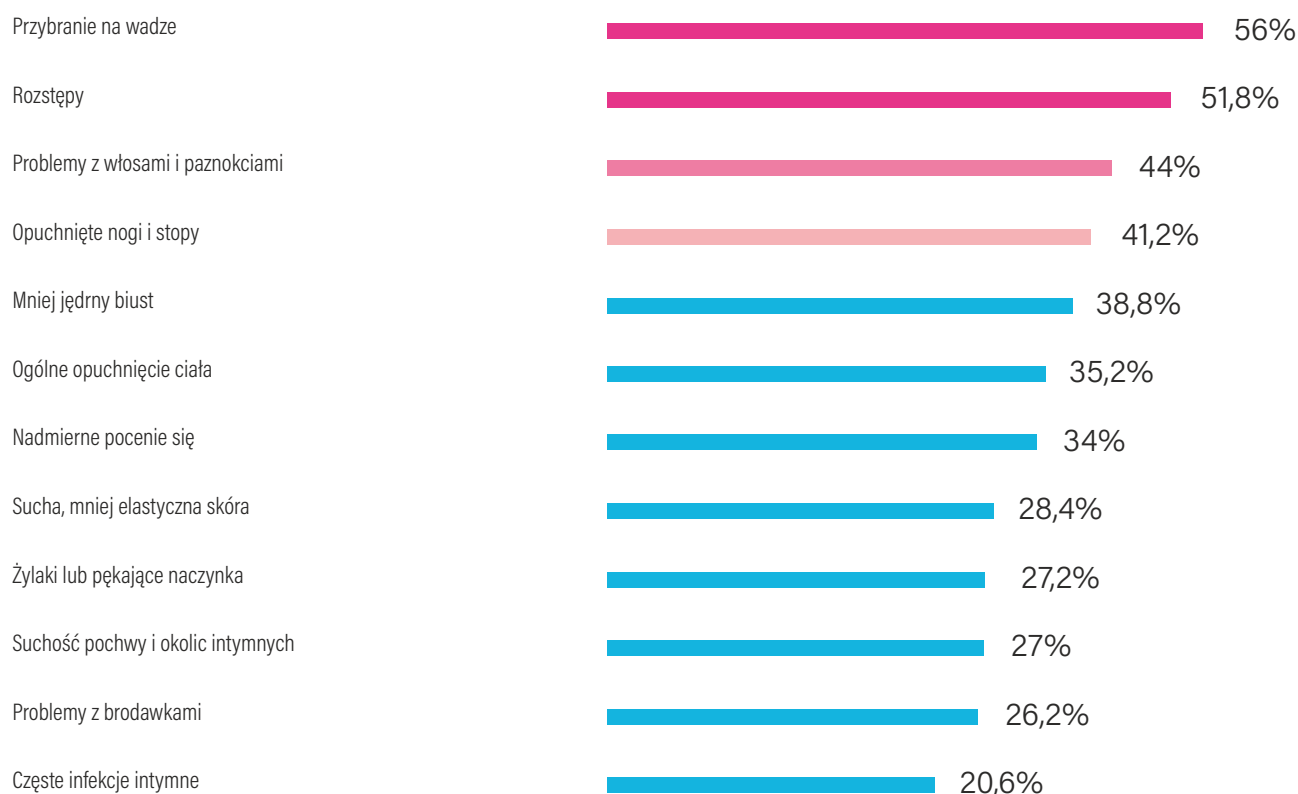


Elżbieta Skrzyniarz

położna, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego, nauczyciel akademicki

Żyjemy w czasach, gdy dostęp do edukacji przedporodowej jest większy niż kiedykolwiek: szkoły rodzenia, webinary, kursy online, gabinety prywatne. A mimo to wiele kobiet skupia całą uwagę na tym, co wokół nich: przygotowaniu pokoiku, wyprawce, nauce o potrzebach noworodka. Często zapominają o sobie, o tym, że przecież ich ciało, nosząc dziecko, wykonuje wielkie zadanie. Położna powinna być dla przyszłych mam pierwszym kontaktem i realnym wsparciem w wielu tematach, zarówno tych związanych z porodem, ale też dolegliwościami, czy pielęgnacją ciała. To osoba, która jest wsparciem w ciąży i po ciąży.

Których z poniższych zmian ciała doświadczyłaś w ciąży lub po porodzie? (możliwość wielokrotnego wyboru)



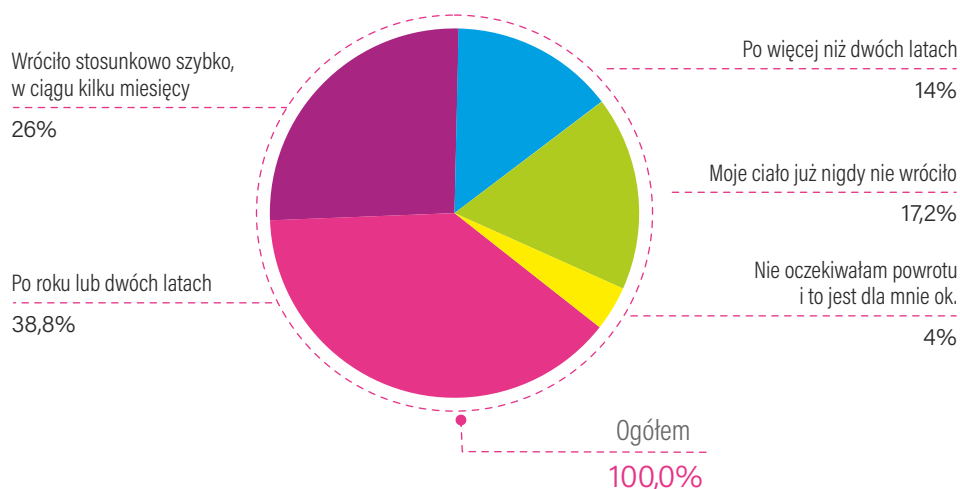
Ile kilogramów przybywa?

Masa ciała kobiety w ciąży jest ważnym wskaźnikiem położniczym. Dlaczego? Bo zarówno niedobór masy ciała, jak i jej nadmiar mogą wpływać na przebieg ciąży, rozwój dziecka i zdrowie przyszłej mamy. Według Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej zalecane przyrosty masy ciała w ciąży zależą od tego, ile kobieta ważyła przed zajściem w ciążę. Przy prawidłowym BMI (czyli w przedziale 18,5-24,9) zalecany przyrost masy ciała w trakcie ciąży to 11,5-16 kg. Rzeczywistość jest jednak bardziej zróżnicowana.

W badaniu SW Research przeprowadzonym na zlecenie marek Pink oraz Pink Mama kobiety zapytano również o to, ile kilogramów przybyło im w ciąży. Większość (42,2%) mieściła się w normach: ich waga zwiększyła się od 10 do 15 kg. Co piąta ankietowana (19%) przytyła od 15 do 20 kg, a 7% powyżej 20 kilogramów.

Ale liczby to jedno. Drugie pytanie (może ważniejsze) brzmiało: kiedy ciało wróciło do formy sprzed ciąży? Blisko 39% kobiet potrzebowało na to roku lub nawet dwóch lat. Co czwarta (26%) oceniła, że powrót nastąpił stosunkowo szybko: w ciągu kilku miesięcy. Co piąta przyznała wprost: nigdy. Na tym tle wyjątkowo odświeżająco brzmi odpowiedź 4% ankietowanych, które stwierdziły: „nie oczekiwałam powrotu do poprzedniej formy i to jest dla mnie ok.”.

Po jakim czasie po porodzie poczułaś, że Twoje ciało wróciło do formy sprzed ciąży?



Mgr Jan Gosztyła, psycholog, psychoterapeuta
Akademickie Centrum Rozwoju Osobistego i Wsparcia Psychologicznego WSiIZ

Fizjologiczne zmiany zachodzące w organizmie kobiety w czasie ciąży i połogu nie powinny być oceniane według estetycznych standardów obowiązujących poza tym okresem. Organizm kobiety realizuje niezwykle złożone procesy związane z rozwojem płodu, porodem oraz regeneracją poporodową. Z psychologicznego punktu widzenia koncentracja otoczenia na wyglądzie zewnętrznym, zamiast na zdrowiu i dobrostanie matki, może sprzyjać internalizacji nierealistycznych standardów atrakcyjności oraz utrwalaniu przekonania, że wartość kobiety zależy od szybkiego powrotu do sylwetki sprzed ciąży.

W praktyce psychologicznej szczególne znaczenie ma rozwijanie umiejętności wyznaczania granic interpersonalnych. Kobiety powinny otrzymywać społeczne przyzwolenie na otwarte komunikowanie własnych potrzeb i emocji wobec osób formułujących niepożądane komentarze. Zastosowanie komunikatów opartych na opisie własnych uczuć, np. „Komentarze dotyczące mojego wyglądu są dla mnie trudne i potrzebuję obecnie wsparcia zamiast ocen”, sprzyja budowaniu asertywnej komunikacji oraz zmniejsza ryzyko eskalacji konfliktu. Równie istotne jest wzmacnianie odporności psychicznej poprzez uświadamianie kobietom, że opinie innych osób nie stanowią obiektywnej miary ich wartości ani kompetencji rodzicielskich.

Rozstępy, biust, skóra

Rozstępy to jeden z najczęściej poruszanych tematów w ciążowych grupach w mediach społecznościowych i w rozmowach między mamami. Choć są zupełnie naturalnym efektem rozciągania skóry, dla wielu kobiet stanowią źródło dyskomfortu: estetycznego, ale też emocjonalnego. Warto wiedzieć, że regularne nawilżanie skóry już od pierwszego trymestru (czyli zanim pojawią się pierwsze zmiany) może realnie zmniejszyć ich widoczność. Preparaty wspierające elastyczność skóry i jej zdolności regeneracyjne działają najlepiej właśnie wtedy, gdy zaczyna się je stosować profilaktycznie, a nie dopiero w reakcji na problem.

Podobnie wygląda sytuacja z biustem. Co trzecia ankietowana wskazała na utratę jego jędrności po porodzie i karmieniu i jest to zmiana, której wiele kobiet się nie spodziewa, a która potrafi być trudna do zaakceptowania. Ciało w ciąży i podczas laktacji przechodzi intensywne zmiany hormonalne: gruczoły mleczne się rozwijają, a skóra rozciąga. Regularna pielęgnacja odpowiednimi kosmetykami może w tym wymagającym czasie realnie wesprzeć skórę.

Elżbieta Skrzyniarz

położna, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego, nauczyciel akademicki

Rozstępy skóry to temat, który pojawia się w niemal każdej rozmowie z ciążarną. I słusznie, bo dotyczą ponad połowy kobiet. Warto jednak wiedzieć, że ryzyko ich pojawienia się zależy w dużej mierze od cech indywidualnych: rodzaju skóry, predyspozycji genetycznych, tempa przyrostu masy ciała. Znam kobiety, które przytyły piętnaście kilogramów i nie mają ani jednego rozstępu. Znam też takie, które przytyły dziesięć i stosowały preparaty z najwyższej półki, a rozstępy i tak się pojawiły. Można zmniejszyć ryzyko, stosując m.in. odpowiednią pielęgnację od wczesnej ciąży, ale nie można go wyeliminować całkowicie. I o tym też trzeba mówić kobietom wprost.

Ważnym tematem jest też rozstęp kresy białej, czyli rozejście mięśni prostych brzucha, znane w medycynie jako diastasis recti. Kresa biała to pasmo tkanki łącznej biegnące wzdłuż środka brzucha, łączące mięśnie proste. W ciąży między innymi pod wpływem rosnącej macicy i zmian hormonalnych, może ulec rozciągnięciu i rozejściu. To nie jest wyłącznie defekt estetyczny. Rozstęp kresy białej prowadzi do osłabienia ściany brzucha, może powodować bóle kręgosłupa i inne problemy. W wielu przypadkach odpowiednio dobrana fizjoterapia przynosi efekty, czasem konieczne jest leczenie chirurgiczne.

Dlatego tak ważne jest prawidłowe przygotowanie ciała do porodu. Trzeba tu podkreślić, że jest to cały proces: nie tylko odpowiednia pielęgnacja, ale też ćwiczenia wzmacniające mięśnie brzucha i dna miednicy, uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia itd. Wszystko to razem zmniejsza ryzyko powikłań i wspiera powrót do formy po porodzie.



dr n. med. Małgorzata Sokół

Prodziekanka Kolegium Medycznego ds. kierunku Kosmetologia WSiLz

Rozstępy w ciąży są jednym z najczęstszych problemów estetycznych skóry, ale warto podkreślić, że nie są one wyłącznie efektem „rociągnięcia skóry”. To złożony proces biologiczny, w którym znaczenie mają: predyspozycje genetyczne, gospodarka hormonalna, tempo przyrostu masy ciała, stan macierzy zewnątrzkomórkowej skóry oraz zdolność fibroblastów do produkcji kolagenu i elastyny. W ciąży dochodzi m.in. do zmian aktywności fibroblastów oraz przebudowy włókien podporowych skóry, co może prowadzić do powstawania charakterystycznych pasm zanikowej skóry.

Profilaktykę najlepiej rozpocząć już od początku ciąży, a nawet na etapie planowania ciąży, jeśli jest to możliwe. Nie dlatego, że kosmetyk „zablokuje” rozstępy u każdej kobiety, ale dlatego, że skóra potrzebuje czasu na poprawę swojej kondycji, elastyczności i prawidłowego nawodnienia. Najbardziej intensywna profilaktyka powinna przypadać na okres, gdy skóra zaczyna być szczególnie obciążona - najczęściej od II trymestru, kiedy szybciej zwiększa się objętość brzucha i piersi. Warto jednak pamiętać, że nie istnieje jeden preparat ani metoda, która daje pewną ochronę przed rozstępami, ponieważ istotną rolę odgrywa także genetyka.

Najważniejsza jest nie sama „naturalność” kosmetyku, ale jego udokumentowane działanie na barierę skóry, nawilżenie i funkcję fibroblastów. W preparatach dla kobiet w ciąży warto szukać składników nawilżających i wzmacniających barierę hydrolipidową - kwasu hialuronowego, gliceryny, betainy, ceramidów, skwalanu, lipidów fizjologicznych. Dobrze nawodniona skóra jest bardziej elastyczna i lepiej toleruje mechaniczne obciążenie. Należy zwrócić uwagę również na składniki wspierające przebudowę skóry: peptydy, aminokwasy, ektoina, ekstrakty roślinne o działaniu antyoksydacyjnym i przeciwzapalnym i oczywiście emolienty, dające „ciągłość” i plastyczność skórze, poprawiające jej komfort, czyli olejów roślinnych bogatych w kwasy tłuszczowe (np. olej migdałowy, jojoba, z wiesiołka, dzikiej róży), masła shea, olejów zawierających kwasy omega-3 i omega-6. Same oleje nie „odbudują” zerwanych włókien kolagenowych, ale mogą poprawić elastyczność naskórka, ograniczyć przesuszenie i wspierać funkcję bariery.

Porady kosmetolożki

W ciąży szczególnie ważne jest bezpieczeństwo składników, tolerancja skóry oraz regularność stosowania. Należy unikać samodzielnego stosowania substancji o potencjalnym działaniu farmakologicznym, np. retinoidów (pochodnych witaminy A), które nie są zalecane w ciąży.

Bardzo ważna jest systematyczność i technika aplikacji:

- Minimum raz dziennie, a przy skórze suchej nawet dwa razy dziennie;
- Aplikacja po kąpieli, gdy skóra jest lekko wilgotna;
- Delikatny masaż poprawiający ukrwienie i komfort skóry.

Masaż sam w sobie może być wartościowym elementem profilaktyki, ponieważ poprawia mikrokrążenie i świadomość ciała, ale nie należy wykonywać intensywnych technik mechanicznych, które powodują ból lub podrażnienie.

Skóra jest narządem metabolicznym i do prawidłowej syntezy kolagenu potrzebuje odpowiednich substratów. Warto zatem zadbać o odpowiednią podaż białka (aminokwasy do syntezy kolagenu), witaminę C (niezbędny kofaktor hydroksylacji kolagenu), cynk i miedź (udział w procesach przebudowy tkanki łącznej), kwasy omega-3, prawidłowe nawodnienie (min. ok. 30ml/doba/1kg masy ciała).

Rozdział II

Akceptacja ciała i presja społeczna

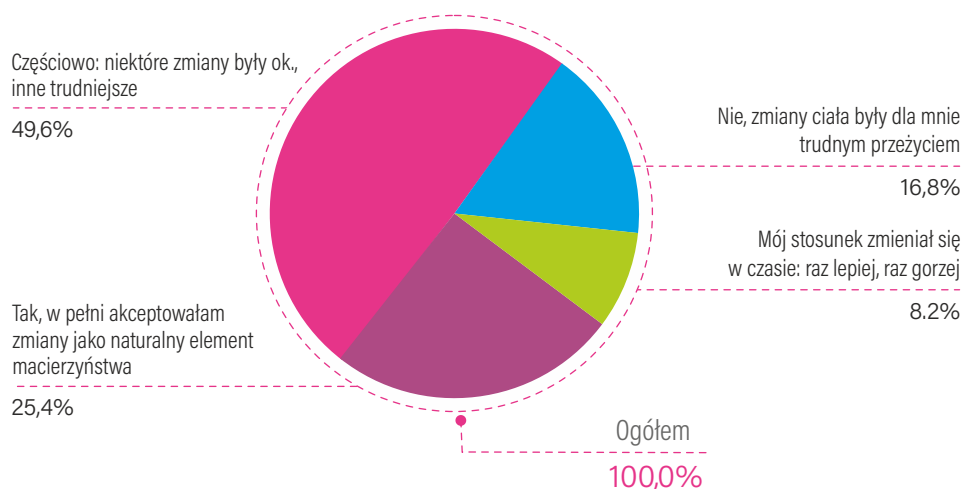
Czy kobiety akceptują swoje ciało w ciąży i po ciąży?

Ciąża to czas wyjątkowy, ale często też czas, w którym kobiety słyszą opinie o swoim ciele. Wraz z rosnącym brzuchem pojawiają się dodatkowe kilogramy, rozstępny, ale też komentarze i nieproszone rady. Zdarza się, że krytyczne opinie padają od nieznajomych z internetu, rodziców, a nawet partnera. Czy kobiety akceptują swoje ciało w ciąży? W większości przypadków tak. A czy czują się akceptowane przez otoczenie? Kobiety biorące udział w badaniu opinii SW Research na zlecenie marek Pink oraz Pink Mama odpowiadały różnie i czasem były to odpowiedzi trudne.

Co czwarta kobieta (czyli 25,4%) przyznała, że w pełni akceptowała zmiany w ciele jako naturalny element macierzyństwa. Niemal połowa (49,6%) akceptowała je częściowo: niektóre zmiany przyjmowała z większą łatwością, inne były trudniejsze do zaakceptowania. Dla 16,8% zmiany ciała były trudnym przeżyciem, a 8,2% przyznało, że jej stosunek do własnego ciała zmieniał się z czasem, raz było lepiej, a raz gorzej. Oznacza to, że trzy czwarte kobiet zmagало się z jakimś poziomem braku akceptacji własnego ciała w jednym z najbardziej wyjątkowych momentów swojego życia.



Czy akceptowałaś swoje ciało w czasie ciąży i po porodzie?



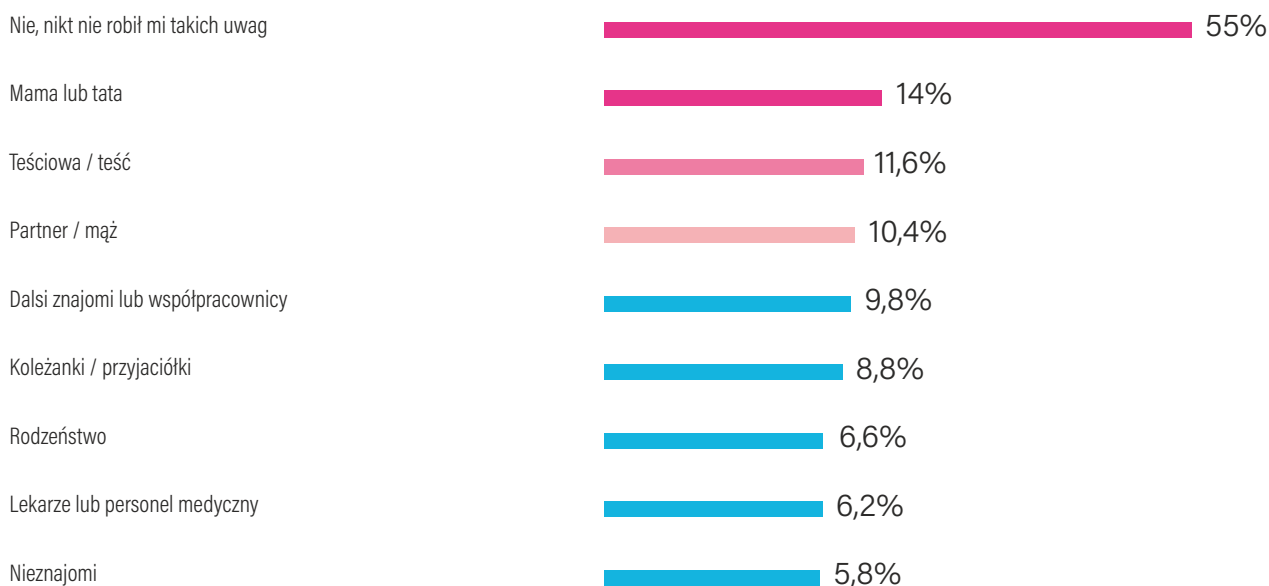
Aż 45% kobiet słyszało krytykę. Od kogo?

Dane mówią same za siebie: 45% ankietowanych kobiet otrzymało w czasie ciąży lub po porodzie krytyczne uwagi dotyczące swojego ciała. To niemal co druga kobieta. Dobrą informacją jest to, że 55% badanych takich uwag nie słyszało. Skąd jednak padały te słowa u pozostałych? Najczęściej od najbliższych. „Od mamy lub taty” wskazało 14% ankietowanych, „od teściowej lub teścia” 11,6%, „od partnera lub męża” 10,4%. Dalsi znajomi lub współpracownicy pojawili się w odpowiedziach 9,8% kobiet, koleżanki lub przyjaciółki 8,8%, rodzeństwo 6,6%, a nieznajomi, na przykład na ulicy lub w internecie, 5,8%.

Warto uwypuklić jeden wynik: 6,2% kobiet słyszało krytyczne uwagi dotyczące swojego ciała od lekarzy lub personelu medycznego. Gabinet lekarski powinien być miejscem, w którym kobieta czuje się bezpieczna i traktowana z szacunkiem. Krytyczne komentarze dotyczące wyglądu czy wagi ze strony specjalisty naruszają tę podstawową zasadę i mogą na długo zniechęcić pacjentkę do szukania pomocy medycznej.



Czy w czasie ciąży lub po porodzie otrzymałaś krytyczne uwagi dotyczące swojego ciała? Jeśli tak, to od kogo?





Mgr Jan Gosztyła, psycholog, psychoterapeuta

Akademickie Centrum Rozwoju Osobistego i Wsparcia Psychologicznego WSiIZ

Ciąża oraz okres poporodowy stanowią czas intensywnych zmian biologicznych, hormonalnych i psychologicznych, które wpływają nie tylko na funkcjonowanie organizmu kobiety, ale również na sposób postrzegania własnego ciała. W tym okresie obraz ciała (body image) staje się szczególnie wrażliwy na oddziaływanie czynników społecznych. Wyniki przedstawionego badania wskazują, że aż 45% kobiet doświadczyło krytycznych komentarzy dotyczących swojego wyglądu w czasie ciąży lub po porodzie. Jest to wynik niepokojący, ponieważ literatura psychologiczna jednoznacznie wskazuje, że negatywne komunikaty dotyczące wyglądu mogą obniżyć samoocenę, nasilać niezadowolenie z własnego ciała, zwiększać poziom stresu oraz stanowić czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń nastroju, w tym depresji poporodowej.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że źródłem krytycznych uwag najczęściej były osoby należące do najbliższego otoczenia kobiety – rodzice, teściowie oraz partnerzy. Z perspektywy psychologii społecznej i psychologii rodziny ma to istotne znaczenie, ponieważ to właśnie relacje z najbliższymi stanowią podstawowe źródło wsparcia emocjonalnego w okresie adaptacji do rodzicielstwa. Negatywne komentarze pochodzące od osób znaczących mają większą siłę oddziaływania niż analogiczne uwagi formułowane przez osoby obce, ponieważ wpływają na poczucie bezpieczeństwa, akceptacji oraz budowanie obrazu siebie w nowej roli życiowej. W konsekwencji mogą prowadzić do pogorszenia dobrostanu psychicznego oraz utrudniać adaptację do zmian zachodzących po porodzie.

Co mówiono?

Waga, rozstępy, porównania

Kobiety, które doświadczyły krytyki, zapytano też o jej charakter. Najczęściej (w niemal 48% przypadków) były to komentarze dotyczące wagi lub rozmiaru ciała. Co trzecia ankietowana słyszała sugestie, że powinna szybciej schudnąć po ciąży (33,3%). Niemal tak samo często pojawiały się porównania do innych kobiet: „ona tak szybko wróciła do formy” (31,6%) i uwagi o wyglądzie skóry, czyli rozstępach i cellulicie (31,6%). Co czwarta kobieta odczuła presję dotyczącą szybszego powrotu do aktywności fizycznej (28,4%), co piąta komentarze na temat ubierania się (23,6%), a co szósta uwagi dotyczące wyglądu piersi (17,8%).

Warto się przy tym zatrzymać. Kobieta, której ciało właśnie dokonało czegoś niezwykłego: przez dziewięć miesięcy nosiło, odżywiało i urodziło nowe życie słyszy, że za wolno chudnie, że jej rozstępy są widoczne i że inna wróciła do formy szybciej. To komunikaty, które kształtują sposób, w jaki kobieta patrzy na swoje ciało przez miesiące i lata po porodzie.



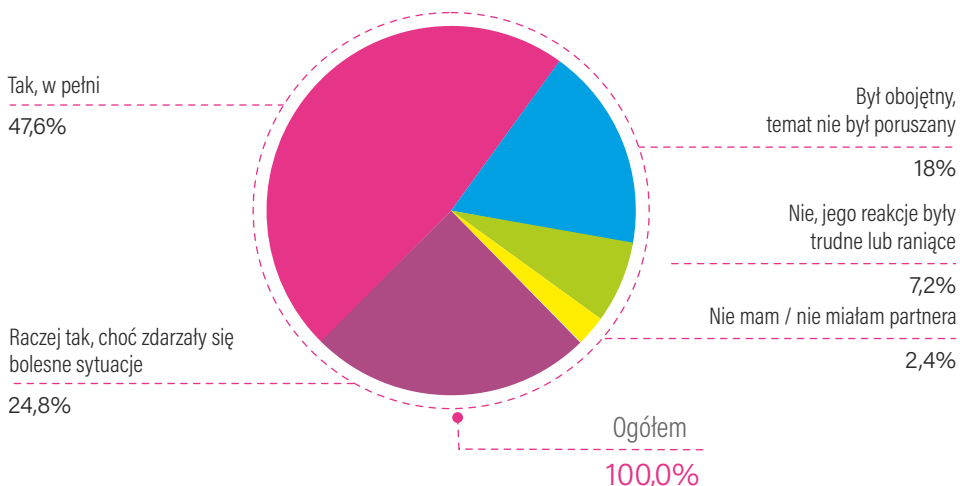
Grzegorz Mikucki, socjolog

Jesteśmy istotami społecznymi i porównywanie się z innymi jest wpisane w ludzką naturę. Problem pojawia się wtedy, gdy porównania stają się miarą własnej wartości. „Ona już wróciła do formy”, „udało jej się schudnąć”, „kiedy ona ma czas i siłę ćwiczyć?” – takie komunikaty tworzą fałszywe wzorce, do których kobiety zaczynają się odnosić. Tymczasem każde ciało jest inne, każda ciąża przebiega inaczej, a każda kobieta potrzebuje własnego czasu na regenerację i adaptację do nowej roli. Jako społeczeństwo wciąż zbyt często oceniamy to, co widać na zewnątrz, zamiast docenić to, czego nie widać – wysiłek, proces regeneracji oraz ogrom pracy, jaką organizm kobiety wykonuje po porodzie. Powrót do formy jest sprawą głęboko indywidualną. Nikt z zewnątrz nie powinien wyznaczać jego tempa, a kobiety nie powinny czuć presji wynikającej z porównywania się z innymi.

Wspierający partner

Dane dotyczące relacji z partnerem są bardziej zróżnicowane niż w przypadku pozostałych źródeł krytyki, ale i tu obraz nie jest jednoznacznie pozytywny. Nieco mniej niż połowa kobiet biorących udział w badaniu opinii SW Research (47,6%) oceniła, że partner w pełni akceptował zmiany jej ciała i że czuła się przy nim akceptowana i bezpieczna. Co czwarta (24,8%) przyznała, że raczej tak, choć zdarzały się sytuacje, które bolały. Co piąta (18%) kobieta stwierdziła, że partner był obojętny: temat ciała w ogóle nie był między nimi poruszany. Dla 7,2% jego reakcje były trudne lub raniące. 2,4% nie miało partnera.

Czy Twój partner akceptował zmiany Twojego ciała w ciąży i po porodzie?





Mgr Jan Gosztyła, psycholog, psychoterapeuta
Akademickie Centrum Rozwoju Osobistego i Wsparcia Psychologicznego WSliZ

Na szczególne podkreślenie zasługuje rola partnera. Liczne badania wskazują, że wsparcie emocjonalne partnera stanowi jeden z najważniejszych czynników chroniących zdrowie psychiczne kobiet w okresie okołoporodowym. Partner, który okazuje akceptację dla zmian zachodzących w ciele kobiety, wzmacnia jej poczucie atrakcyjności oraz bezpieczeństwa emocjonalnego, może istotnie ograniczać ryzyko wystąpienia objawów depresyjnych i lękowych. Jednocześnie wspierająca relacja sprzyja stopniowemu powrotowi do aktywności fizycznej oraz odbudowywaniu satysfakcji seksualnej po porodzie. Powrót do współżycia seksualnego nie powinien być postrzegany wyłącznie jako proces biologicznego gojenia organizmu, lecz jako efekt współwystępowania gotowości fizycznej, emocjonalnej i relacyjnej. Brak presji, wzajemna komunikacja oraz akceptacja indywidualnego tempa regeneracji kobiety stanowią podstawowe warunki odbudowy bliskości partnerskiej.



Ciało kobiety to nie projekt do naprawy

Różne badania wskazują, że presja szybkiego powrotu do formy po porodzie jest jednym z czynników ryzyka depresji poporodowej i długotrwałych zaburzeń obrazu ciała. Kobiety, które czują się krytykowane za wygląd po porodzie, znacznie rzadziej szukają pomocy medycznej, rzadziej korzystają z fizjoterapii uroginekologicznej i rzadziej rozmawiają z partnerem o swoich potrzebach.

Dlatego edukacja w tym obszarze jest tak ważna i mowa tu nie tylko o edukacji kobiet, ale również ich otoczenia: partnerów, rodziców, przyjaciół i specjalistów medycznych. Ciało po porodzie nie wymaga naprawy. Wymaga szacunku, czasu i odpowiedniej opieki.

Rozdział III

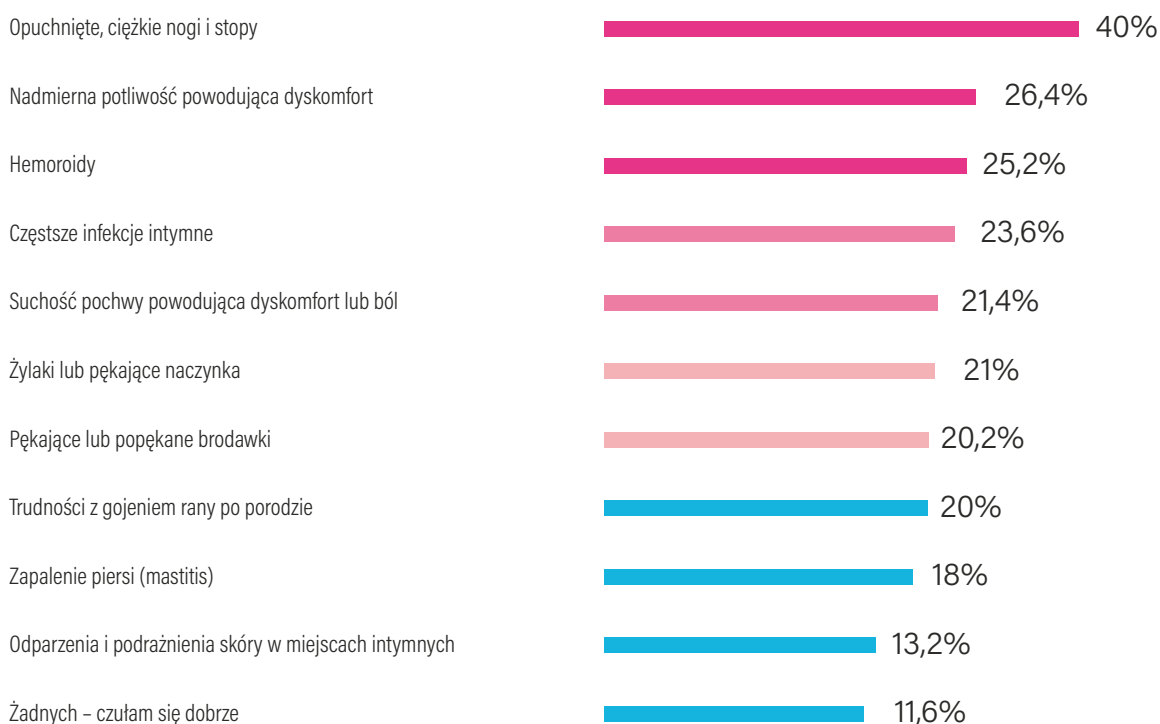
Gdy boli, swędzi i piecze.

Które problemy dotyczą kobiet najczęściej?

Są takie rozmowy, które odbywają się szeptem między przyjaciółkami, w zamkniętych grupach na Facebooku, w kolejce do ginekologa. O hemoroidach. O tym, że seks po porodzie boli. O tym, że po kichnięciu trzeba biec do toalety. O infekcjach, które wracają jak bumerang. O tym, że okolice intymne wyglądają i „czują się” inaczej niż przed ciążą. Badanie SW Research przeprowadzone na zlecenie marek Pink Mama i Pink pokazuje, że te szeptane rozmowy dotyczą wielu kobiet. Dolegliwości, o których rzadko mówi się głośno, są powszechnym doświadczeniem macierzyństwa.

Spośród problemów zdrowotnych zgłaszanych w ciąży lub po porodzie najczęściej wymieniano opuchnięte, ciężkie nogi i stopy: doświadczyło ich 40% ankietowanych. Nadmierna potliwość powodująca dyskomfort: 26,4%. Hemoroidy: 25,2%. Częstsze infekcje intymne (grzybicze i bakteryjne): 23,6%. Suchość pochwy powodująca dyskomfort lub ból: 21,4%. Żylaki lub pękające naczynka: 21%. Trudności z gojeniem rany po porodzie – po nacięciu krocza lub cięciu cesarskim: 20%. Zapalenie piersi (mastitis): 18%. Pękające brodawki: 20,2%. Odparzenia i podrażnienia skóry w miejscach intymnych: 13,2%. Tylko 11,6% kobiet stwierdziło, że nie miało żadnych problemów zdrowotnych i czuło się dobrze.

Jakie problemy zdrowotne miałaś w czasie ciąży lub po porodzie? (możliwość wielokrotnego wyboru)





dr hab. med. Barbara Suchońska, ginekolog,
Zastępca dyrektora medycznego oraz Kierownik Zespołu Poradni
Specjalistycznych i Izby Przyjęć w Uniwersyteckim Centrum Zdrowia Kobiety
i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,
przyjmuje również w Centrum Medycznym MediSpace

Po porodzie dochodzi do gwałtownego spadku stężenia hormonów ciążowych, przede wszystkim estrogenów. Niska zawartość estrogenów wpływa m.in. na grubość ścian pochwy i stan jej błon śluzowych. W badaniu cytologicznym u kobiety karmiącej piersią mogą być widoczne cechy zmian atroficzných, czyli zanikowych, wynikające z hipoeestrogenizmu związanego tym razem nie z menopauzą, a z laktacją. To nie jest choroba, tylko fizjologiczny efekt laktacji i obniżonego poziomu hormonów. Ale może powodować realny dyskomfort: suchość pochwy, ból podczas współżycia, a także sprzyjać podrażnieniom i infekcjom intymnym.

Kobietom można pomóc. Miejscowe preparaty estrogenowe stosowane dopochwowo charakteryzują się minimalnym wchłanianiem do krwiobiegu i są uznawane za bezpieczne również u większości kobiet karmiących piersią. O ich zastosowaniu powinien jednak zdecydować lekarz. Dostępne są też preparaty nawilżające z kwasem hialuronowym, które nie usuwają przyczyny dolegliwości wynikających z niedoboru estrogenów, ale wspierają regenerację nabłonka, poprawiają nawilżenie i mogą zmniejszać dyskomfort.



Osobną kwestią są różne dolegliwości bólowe m.in. bóle kręgosłupa, napięcie w okolicy krzyżowej, dyskomfort w obrębie miednicy, ból spojenia łonowego czy kości guzicznej, z którymi warto zgłosić się do specjalisty: im wcześniej tym lepiej.

Magdalena Ronisz-Grotowska, osteopata i fizjoterapeutka,
od wielu lat pracuje z kobietami w gabinecie oraz prowadzi edukację
przyszłych rodziców w szkole rodzenia

Do mojego gabinetu trafiają kobiety z bardzo różnymi dolegliwościami. Jedne skarżą się na ból kręgosłupa, okolicy krzyżowej czy miednicy, inne zmagają się z bólem spojenia łonowego lub kości guzicznej. Często powodem wizyty są również zaburzenia funkcji mięśni dna miednicy: nietrzymanie moczu, bolesne współżycie, obniżenia, a także rozciąganie mięśni brzucha czy problemy związane z blizną po cesarskim cięciu lub nacięciu krocza. Zdarza się także, że pacjentka zgłasza się z pozornie niezwiązanym z ciążą problemem – bólem głowy, bezsennością, przewlekłym napięciem całego ciała czy bólem żeber. Właśnie dlatego w osteopatii i fizjoterapii tak ważne jest holistyczne spojrzenie na organizm.

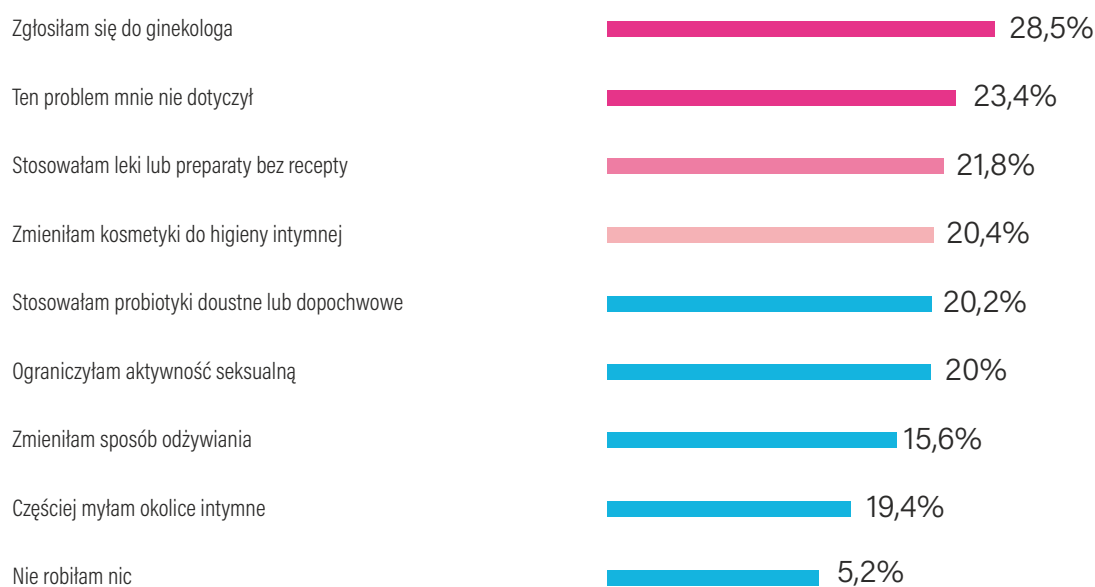
Nie leczymy wyłącznie miejsca, które boli. Cięża i poród wpływają na funkcjonowanie całego ciała – zmienia się postawa, sposób oddychania, napięcie mięśni, praca przepony, mięśni brzucha i dna miednicy. Wszystkie te elementy są ze sobą ściśle powiązane, dlatego źródło dolegliwości często znajduje się w innym miejscu, niż wskazuje sama pacjentka. Dopiero spojrzenie na organizm jako całość pozwala znaleźć przyczynę problemu i dobrać terapię dopasowaną do potrzeb konkretnej kobiety.

Wiele dolegliwości można złagodzić lub nawet im zapobiec, jeśli odpowiednio wcześniej zwrócimy uwagę na sposób poruszania się, oddychania czy codzienne nawyki. Czasem wystarczy niewielka zmiana, odpowiednio dobrane ćwiczenia lub terapia manualna, aby organizm znów zaczął pracować bardziej harmonijnie. Zachęcam kobiety, aby nie odkładały wizyty do momentu, gdy ból staje się bardzo silny lub utrudnia codzienne funkcjonowanie. Fizjoterapia i osteopatia w ciąży oraz po porodzie nie służą wyłącznie leczeniu już istniejących problemów – mogą mieć również charakter profilaktyczny i edukacyjny. Pozwalają lepiej przygotować ciało do porodu, wspierają regenerację po narodzinach dziecka oraz pomagają zmniejszyć ryzyko dolegliwości, które mogłyby utrzymywać się przez kolejne miesiące lub lata. Najlepsze efekty osiągamy wtedy, gdy fizjoterapeutka, osteopata, położna, lekarz a także inni specjaliści współpracują ze sobą, patrząc na potrzeby kobiety z różnych perspektyw.

Infekcje intymne i suchość pochwy

Blisko co czwarta kobieta doświadczyła w ciąży lub po porodzie częstszych infekcji intymnych. Ponad jedna na pięć skarżyła się na suchość pochwy powodującą dyskomfort lub ból. Jak kobiety próbowały sobie z tym radzić? Najczęściej (28,5%) sięgały po pomoc ginekologa. Co piąta (21,8%) stosowała leki lub preparaty bez recepty. Niemal tyle samo (20,4%) zmieniała kosmetyki do higieny intymnej. Po probiotyki doustne lub dopochwowe sięgało 20,2% ankietowanych, tyle samo ograniczało aktywność seksualną. Zmiana sposobu odżywiania pojawiła się u 15,6% kobiet. Tylko 5,2% nie robiło nic, licząc na samoistną poprawę.

Jak radziłaś sobie z infekcjami intymnymi lub suchością pochwy w ciąży lub po porodzie? (możliwość wielokrotnego wyboru)





dr hab. med. Barbara Suchońska, ginekolog,
Zastępca dyrektora medycznego oraz Kierownik Zespołu Poradni
Specjalistycznych i Izby Przyjęć w Uniwersyteckim Centrum Zdrowia Kobiety
i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,
przyjmuje również w Centrum Medycznym MediSpace

Infekcje intymne w ciąży to temat, który wymaga spokojnego podejścia. W ciąży, pod wpływem estrogenów, dochodzi do zwiększonego ukrwienia i zmian w środowisku pochwy, co może powodować fizjologicznie obfitszą wydzielinę. Wydzielina zmienia konsystencję i może być obfitsza, co kobiety mogą interpretować jako objaw stanu zapalnego. Tymczasem sama zmiana wydzieliny nie musi nic złego oznaczać. Aby ocenić, czy mamy do czynienia z infekcją, lekarz może ocenić wygląd wydzieliny i ścian pochwy, sprawdzić pH, a w razie potrzeby pobrać materiał w celu wykonania badania mikroskopowego wydzieliny (biocenoza pochwy) lub jej posiewu. Te badania wykonane łącznie dają rzetelny obraz sytuacji.

Jeśli dojdzie do infekcji grzybiczej, w ciąży nie zaleca się stosowania leków doustnych. Lekarz najczęściej zaleca preparaty dopochwowe, bezpieczne dla dziecka. W profilaktyce pomocne może być też m.in. unikanie cukrów prostych w diecie, noszenie bawełnianej lub jedwabnej bielizny przepuszczającej powietrze i unikanie nadmiernej higieny intymnej. Irygacje pochwy nie powinny być stosowane, ponieważ mogą zaburzać naturalną florę bakteryjną i sprzyjać infekcjom. Efektem ubocznym irygacji jest wypłukiwanie wydzieliny pochwowej wraz z pałeczkami kwasu mlekowego, które stanowią naturalną ochronę. A właśnie pałeczki kwasu mlekowego to klucz do zdrowej mikrobioty intymnej. Probiotyki dopochwowe i doustne mogą uzupełniać tę florę, ale stosując je trzeba mieć cierpliwość: trzeba pamiętać, że probiotyki dopochwowe działają długofalowo. Probiotyki doustne mogą korzystnie wpływać na mikrobiom pochwy, ale efekt ten nie jest natychmiastowy i zwykle wymaga kilku tygodni regularnego zażywania.

Warto zatrzymać się przy jednej liczbie: co piąta kobieta, która zmagająca się z infekcjami intymnymi lub suchością pochwy, ograniczyła w tym czasie aktywność seksualną. To naturalna konsekwencja bólu i dyskomfortu, ale niesie ze sobą dodatkowy ciężar, bo bliskość fizyczna w związku jest ważna dla obojga partnerów. Problem pojawia się wtedy, gdy kobieta milczy o swoich dolegliwościach ze wstydu lub dlatego, że nie wie, jak o tym powiedzieć. Partner, który nie rozumie przyczyny wycofania, może czuć się odrzucony. A wystarczy rozmowa, choć wiadomo, że nie zawsze jest ona łatwa.



Dominika Gołąb, psycholog, seksuolog

Wokół powrotu do życia seksualnego po porodzie narodziło wiele oczekiwań. Często słyszę, że połóg trwa sześć czy osiem tygodni, więc po tym czasie wszystko powinno wrócić do wcześniejszej normy. Tymczasem gotowość fizyczna to dopiero jeden z elementów. Równie ważne są emocje, zmęczenie, oswojenie zmian w ciele i odnalezienie się w nowej roli. Tego procesu nie da się zamknąć w określonych ramach czasowych.

To, co uważam za szczególnie ważne, to prawo kobiety do tego, by nie być gotową. Nietrzeba wracać do współżycia dlatego, że „już wypada” albo minęło odpowiednio dużo czasu. Bliskość po porodzie najlepiej odbudowuje się wtedy, gdy kobieta czuje się bezpieczna, wysłuchana i ma przestrzeń, by otwarcie mówić o swoich potrzebach oraz obawach. Szczera rozmowa może być trudna, ale często staje się pierwszym krokiem do odbudowy bliskości. Partner, który rozumie, czego kobieta doświadcza i czego potrzebuje, może być ogromnym wsparciem. Z kolei brak wiedzy - nawet przy najlepszych intencjach - może prowadzić do nieporozumień i nieświadomego wywierania presji.

Akceptacja własnego ciała po ciąży i porodzie nie pojawia się z dnia na dzień. Ten proces wymaga czasu, życzliwości wobec siebie, a niekiedy również wsparcia specjalisty. Im mniej presji na „powrót do dawnej siebie”, tym większa szansa na zbudowanie nowej równowagi.

Kilka słów o nietrzymaniu moczu po ciąży

Choć pytanie o nietrzymanie moczu nie pojawiło się bezpośrednio w badaniu SW Research, temat ten jest zbyt ważny, by go pominąć. Szacuje się, że problem ten dotyczy nawet co trzeciej kobiety po porodzie, a mimo to wciąż pozostaje jednym z najbardziej przemilczanych doświadczeń macierzyństwa. Kobiety wstydzą się o nim mówić i często odkładają wizytę u specjalisty. O tym, że warto sięgnąć jak najszybciej po specjalistyczną pomoc mówi dr Anna Bonder-Nowicka, urologka.



Dr Anna Bonder-Nowicka, urolog, lekarz medycyny seksualnej, ordynator oddziału urologii Szpitala Praskiego w Warszawie. W mediach społecznościowych działa i edukuje pod nazwą TurboUrolog.pl

Skąd w ogóle biorą się problemy z nietrzymaniem moczu u kobiet po ciąży? To pokłosie tego, że chodzimy na dwóch nogach. Nasi czworonożni przodkowie nie mieli takiego problemu, bo układ moczowy i układ rozrodczy nie były ze sobą w kolizji. U osoby dwunożnej grawitacja działa inaczej: rozwijający się płód zajmuje to samo ograniczone miejsce w miednicy mniejszej co pęcherz moczowy. A sama obecność płodu w macicy mocno nadwyręża mięśnie, które utrzymują narządy w prawidłowym położeniu. A to oznacza, że ciąża sama w sobie jest czynnikiem ryzyka dla nietrzymania moczu i nie ma większego znaczenia, czy poród odbędzie się siłami natury, czy poprzez cesarskie cięcie. Kobieta, która donosiła ciążę, ma ryzyko nietrzymania moczu i nasza w tym głowa, żeby to ryzyko zminimalizować.

Zdarza się, że kobiety czekają aż problem sam minie i trzeba tutaj podkreślić, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni muszą pokonać w sobie barierę wstydu zanim się zwrócą po pomoc lekarską. Zła wiadomość jest taka, że im więcej czasu upływa na znoszeniu patologicznych doznań, tym trudniej jest odwrócić ten ciąg zdarzeń i przywrócić stan prawidłowy. Dlatego pacjentki, które opuszczają szpital po urodzeniu dziecka są informowane przez położne o tym, że nietrzymanie moczu może się pojawić. Położne pytają również o to na wizytach patronażowych. Dzięki temu jesteśmy w stanie te pacjentki, przynajmniej częściowo zidentyfikować, wesprzeć i zakwalifikować do leczenia.



Równie ważna jak leczenie jest profilaktyka. Odpowiednie napięcie mięśni dna miednicy, regularne i dobrze dobrane ćwiczenia, prawidłowe nawodnienie organizmu i zapobieganie zaparciom to tylko niektóre działania, które mogą pomóc.

Dr Anna Bonder-Nowicka, urolog, lekarz medycyny seksualnej, ordynator oddziału urologii Szpitala Praskiego w Warszawie. W mediach społecznościowych działa i edukuje pod nazwą TurboUrolog.pl

Pacjentki są coraz bardziej świadome, jeśli chodzi o przygotowanie do ciąży. I bardzo dobrze, bo to przygotowanie daje najlepsze rezultaty właśnie w kontekście profilaktyki nietrzymania moczu. Jeżeli kobieta zawczasu zadba o odpowiednie nawyki i prawidłowe napięcie mięśni, problem po urodzeniu dziecka i zakończeniu porodu nie będzie aż tak dotkliwy jak u tych, które tych kroków nie podjęły.

Warto też zadbać o prawidłowe nawodnienie, tak żeby pęcherz moczowy był regularnie płukany przez mocz i nie dochodziło do odwodnienia. Ważne jest też unikanie zaparć: masy kałowe zbite w twarde grudy wymagają dużego wysiłku przy wydalaniu, a to wywiera znaczne ciśnienie na mięśnie dna miednicy i je osłabia. Problem się wtedy pogłębia zamiast ustępować.

Istotna jest też ogólna aktywność fizyczna. Są też dedykowane programy ćwiczeń, które pomagają zidentyfikować właściwe mięśnie i nauczyć się z nimi pracować, bo nasz konstrukt kulturowy nie daje nam jasnego sygnału, o które mięśnie dokładnie chodzi. Gdy już je zidentyfikujemy i zaczniemy ćwiczyć, efekty pojawiają się stosunkowo szybko, raczej w perspektywie tygodni niż lat.

Brodawki: hartowanie, leczenie podrażnień, pielęgnacja

20,2% kobiet doświadczyło w ciąży lub podczas karmienia piersią pękających lub popękanych brodawek a 18% przeszło przez zapalenie piersi. To dolegliwości, które potrafią być nie tylko bolesne, ale wręcz uniemożliwiające karmienie.

Brodawki sutkowe w ciąży i podczas laktacji są poddawane wyjątkowemu obciążeniu. Skóra jest w tym miejscu wrażliwa, karmienie piersią wywiera na nią mechaniczny nacisk nawet kilkanaście razy na dobę. Pęknięcia brodawek są bardzo bolesne.

Elżbieta Skrzyniarz

położna, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego, nauczyciel akademicki

Pierwsze dwie doby po porodzie to czas szczególny. Pokarm dopiero się pojawia, noworodek jest głodny, a jego żołądek ma pojemność zaledwie około pięciu mililitrów. Potrzeba ssania i bliskości z mamą jest ogromna, więc zdarza się, że dziecko ssi intensywnie i długo. Dlatego kluczowe jest nauczenie się prawidłowej techniki przystawiania, najlepiej jeszcze w szpitalu, przy wsparciu położnej. Warto wiedzieć, że istnieje kilka pozycji do karmienia i nie każda sprawdzi się u każdej mamy. Szczególnie polecam pozycję biologiczną oraz „pozycję spod pachy”, która daje mamie pełną kontrolę nad główką dziecka i ułatwia ocenę, czy noworodek oddycha swobodnie podczas karmienia. Ważne jest też to, żeby dziecko chwyciło brodawkę z otoczką, a nie samą brodawkę.

Czy można zahartować brodawki jeszcze przed porodem? Tak, ale nie za wcześnie. Współczesne podejście zaleca rozpoczęcie hartowania brodawek dopiero od 37. tygodnia ciąży. Wcześniejsza stymulacja powoduje wydzielanie oksytocyny, co może wywołać skurcze i przedwczesny poród. Po ukończeniu 37. tygodnia można delikatnie masować brodawki i stosować nawilżające preparaty, które wspierają elastyczność skóry.

Jeśli brodawki są poranione warto wprowadzić korektę techniki przystawiania. Najlepiej poprosić o pomoc położną lub doradcę laktacyjnego, szczególnie kobiety karmiące po raz pierwszy. Dobrze zacząć też od metod naturalnych. Kiedyś istniała teoria, że piersi trzeba dokładnie umyć wodą z mydłem a nawet żelem antybakteryjnym po każdym karmieniu. A tymczasem najważniejsze jest wietrzenie i suszenie. Najlepszym, co można zrobić, jest wyprowadzenie kilku kropel pokarmu, wtarcie ich delikatnie w uszkodzone miejsca i pozostawienie brodawek do wyschnięcia. Po dwóch-trzech dniach powinny pojawić się strupki.

Pomocne mogą być też nakładki silikonowe, które zmniejszają ucisk podczas karmienia. Warto też zadbać o odpowiednią bieliznę, czyli biustonosz dedykowany kobietom karmiącym. Są też różne preparaty do nawilżania, natłuszczania, regeneracji, łagodzenia, które można stosować od 37 tygodnia ciąży. W sytuacjach trudniejszych, gdy mimo korekty techniki i metod naturalnych brodawki się nie goją, wskazana jest konsultacja z doradcą laktacyjnym. Są sytuacje, w których jego pomoc jest po prostu niezbędna i nie warto z nią czekać.

Opuchnięte nogi, hemoroidy i nadmierne pocenie

Opuchnięte, ciężkie nogi dotknęły 40% ankietowanych to jeden z najczęściej zgłaszanych przez kobiety problemów zdrowotnych w całym badaniu opinii. Obrzęki kończyn dolnych w ciąży wynikają z ucisku rosnącej macicy na naczynia krwionośne i limfatyczne oraz z retencji wody spowodowanej zmianami hormonalnymi. Zazwyczaj nasilają się w trzecim trymestrze i po długim staniu lub siedzeniu.

Hemoroidy dotknęły 25,2% badanych kobiet. To niemal co czwarta ankietowana. Nadmierna potliwość, zgłoszona przez 26,4% kobiet jest z kolei efektem m.in. gwałtownych zmian hormonalnych zarówno w ciąży, jak i po porodzie.

Gojenie ran i praca z bliznami

Co piąta ankietowana (20%) zgłosiła trudności z gojeniem rany po porodzie zarówno po nacięciu krocza, jak i po cięciu cesarskim. To temat szczególnie wrażliwy, bo dotyczy najbardziej intymnych okolic ciała.



Magdalena Ronisz-Grotowska, osteopatka i fizjoterapeutka, od wielu lat pracuje z kobietami w gabinecie oraz prowadzi edukację przyszłych rodziców w szkole rodzenia

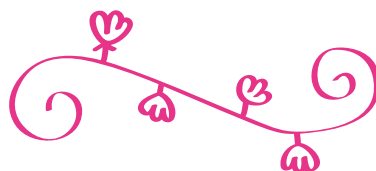
Blizna po cesarskim cięciu czy nacięciu krocza nie jest jedynie śladem po porodzie. Jeśli pozostaje sztywna, bolesna lub zrośnięta z głębiej położonymi tkankami, może wpływać na funkcjonowanie całego organizmu. W gabinecie często obserwuję, że ogranicza ruchomość powłok brzusznych, zmienia sposób pracy mięśni brzucha i dna miednicy, a niekiedy ma wpływ również na postawę ciała czy dolegliwości bólowe kręgosłupa. Kobiety bardzo często nie kojarzą tych problemów z blizną, a tymczasem bywa ona jednym z ważnych elementów całej układanki.

Blizna to jednak nie tylko tkanka. Dla wielu kobiet jest również miejscem, z którym wiążą się silne emocje – szczególnie wtedy, gdy poród przebiegł inaczej, niż planowały. Część pacjentek unika nawet dotykania tej okolicy z obawy przed bólem lub dlatego, że czują wobec niej dystans. Dlatego terapia blizny to nie tylko praca manualna, ale również stopniowe osvajanie tej części ciała i odzyskiwanie poczucia, że znów jest ona integralną częścią własnego organizmu.

Mobilizację blizny warto rozpocząć wtedy, gdy rana jest prawidłowo zagojona i lekarz nie widzi przeciwwskazań. Terapia może obejmować techniki manualne poprawiające ruchomość i ślizg tkanek, pracę z powięzią, naukę automasażu wykonywanego samodzielnie w domu, a w indywidualnie dobranych przypadkach także kinesiotaping czy suche igłowanie. Dobór metod zawsze zależy od stanu tkanek, etapu gojenia oraz potrzeb konkretnej pacjentki.

Organizm kobiety po ciąży i porodzie ma ogromne możliwości regeneracji. W osteopatii zakładamy, że ciało naturalnie dąży do równowagi i zdrowia, a rolą terapeuty jest odnaleźć to, co ogranicza ten proces, oraz stworzyć warunki, w których organizm może wykorzystać swój własny potencjał. Odpowiednio dobrana terapia, ruch i świadoma praca z ciałem często przynoszą efekty, które dla wielu kobiet są pozytywnym zaskoczeniem.

Chciałabym, aby każda kobieta po porodzie wiedziała, że ból, uczucie ciągnięcia blizny, nietrzymanie moczu czy dyskomfort podczas współżycia nie są czymś, z czym trzeba po prostu nauczyć się żyć. Wiele z tych problemów można skutecznie leczyć lub znacząco złagodzić. Warto dać sobie czas na regenerację, ale jednocześnie nie bać się poprosić o pomoc. Macierzyństwo nie powinno oznaczać rezygnacji z własnego zdrowia i komfortu. Troska o siebie jest także troską o dziecko.



Rozdział IV

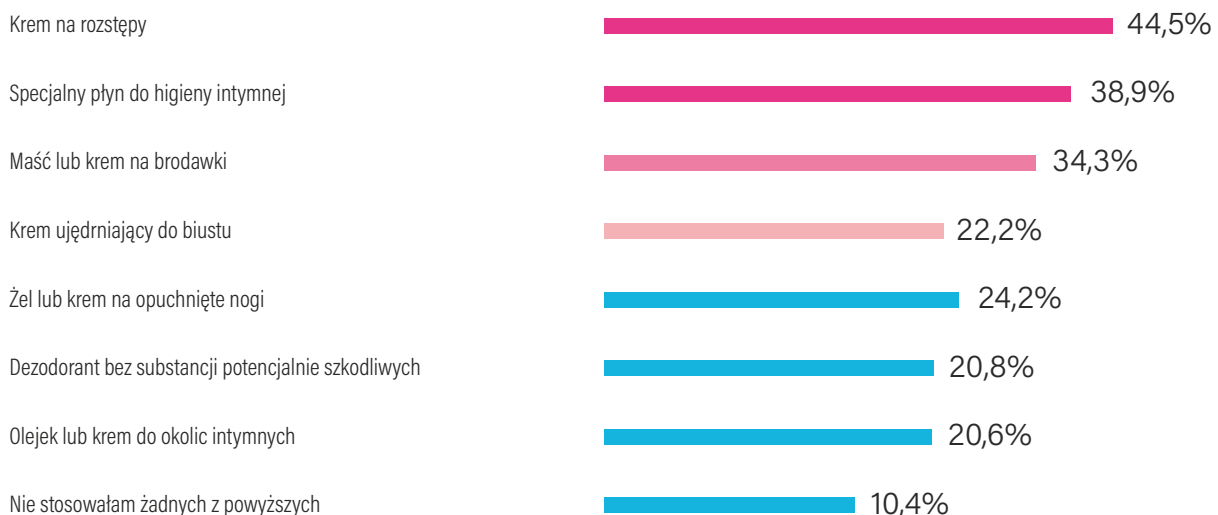
Świadoma pielęgnacja

Ciąża zmienia podejście do pielęgnacji. Wiele kobiet, które przed ciążą nigdy nie czytały etykiet kosmetyków, nagle zaczyna dokładnie analizować skład każdego kremu, płynu i olejku. Inne (i jest ich wcale niemało) kontynuują swoje dotychczasowe nawyki, zakładając, że skoro produkt jest „na rynku”, to musi być bezpieczny. Badanie SW Research pokazuje, że rzeczywistość jest bardziej zróżnicowana niż jeden i drugi scenariusz.

Jakie kosmetyki stosują kobiety w ciąży i po ciąży?

Kobiety zapytane o to, po które preparaty sięgały w ciąży lub po porodzie, najczęściej wymieniały krem na rozstępy: stosowało go 44,5% ankietowanych. Na kolejnym miejscu znalazł się specjalny płyn do higieny intymnej: 38,9%. Maść lub krem na brodawki stosowało 34,3% badanych. Żel lub krem na opuchnięte nogi 24,2%. Dezodorant bez substancji potencjalnie szkodliwych, czyli bez aluminium i sztucznych kompozycji zapachowych, wybrało 20,8% kobiet. Olejek lub krem do okolic intymnych: 20,6%. Krem ujędrniający do biustu: 22,2%. Niemal co dziesiąta ankietowana (10,4%) nie stosowała żadnego z wymienionych preparatów.

Czy w czasie ciąży lub po porodzie stosowałaś któreś z poniższych kosmetyków? (możliwość wielokrotnego wyboru)





Beata Bożek, Brand Manager marki Pink Mama

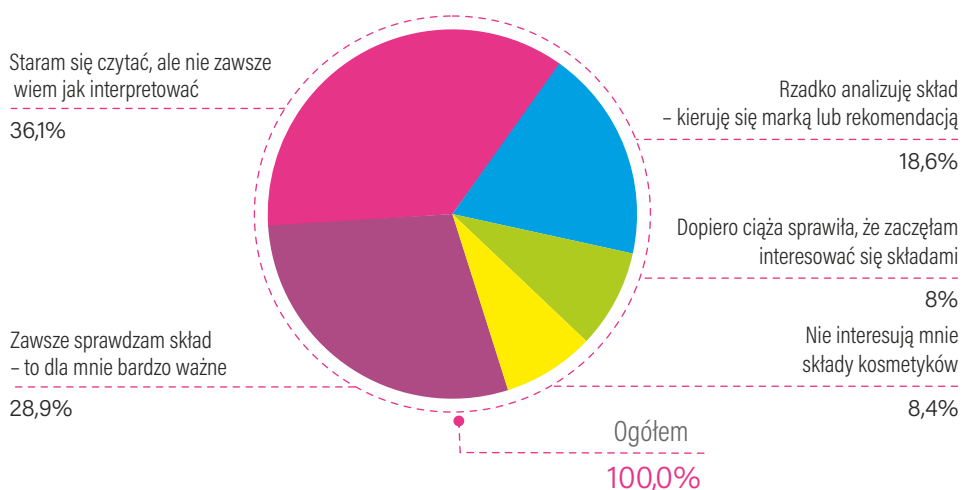
Kobiety w ciąży zasługują na produkty, które są nie tylko skuteczne, ale i bezpieczne: oparte na składnikach naturalnego pochodzenia, przebadane dermatologicznie i transparentne co do składu. W serii Pink Mama staraliśmy się odpowiedzieć na realne potrzeby kobiet. Wprowadziliśmy m.in. krem na rozstępy z inuliną, kompleksem wspomagającym regenerację skóry i ekstraktem z nagietka lekarskiego łagodzącym stany zapalne, płyn do higieny intymnej z naturalnym kompleksem prebiotycznym przywracającym właściwe pH, olejek intymny z maceratem z aloesu, ekstraktem z nagietka lekarskiego i olejem z nasion żurawiny. Mamy też w ofercie maść na brodawki z lanoliną bezpieczną dla dziecka i łagodzącym ekstraktem z nagietka lekarskiego, dezodorant w kremie bez aluminium i sztucznych kompozycji zapachowych, czy krem ujędrniający do biustu wspierający skórę podczas i po laktacji.

Każdy z tych produktów powstał z konkretnego powodu. Wierzymy, że pielęgnacja w ciąży i po porodzie powinna być traktowana tak samo poważnie jak suplementacja czy badania prenatalne. Bo zdrowa skóra i komfort ciała to nie jest kwestia estetyki, ale dobrostanu.

Składy kosmetyków: kobiety chcą wiedzieć

Jednym z ciekawszych wątków badania jest podejście kobiet do składów kosmetyków stosowanych w ciąży i po porodzie. Wyniki są złożone. Niemal 29% ankietowanych deklaruje, że zawsze sprawdza skład kosmetyku i jest to dla niej bardzo ważne. Jednak znacznie większa grupa (36,1%) stara się czytać skład, ale przyznaje, że nie zawsze wie, jak go interpretować. Co szósta kobieta (18,6%) rzadko analizuje skład i częściej kieruje się marką lub rekomendacją. Dla 8% badanych dopiero ciąża stała się momentem, w którym zaczęły interesować się składami. Kolejne 8,4% stwierdza, że skład kosmetyków w ogóle ich nie interesują. Oznacza to, że ponad 60% kobiet w ciąży i po porodzie ma jakiś stopień zainteresowania składami, ale większości z nich brakuje narzędzi do ich właściwej oceny. To duża przestrzeń do edukacji, ale też spora odpowiedzialność producentów kosmetyków.

Które zdanie najlepiej opisuje Twoje podejście do składów kosmetyków używanych w ciąży lub po porodzie?





dr n. med. Małgorzata Sokół,
Prodziekanka Kolegium Medycznego ds. kierunku Kosmetologia WSiLiZ

W przypadku kosmetyków stosowanych na duże powierzchnie, np. kremów przeciw rozstępom, balsamów do ciała czy preparatów do biustu, ale i kosmetyków do twarzy warto unikać przede wszystkim składników o silnym działaniu biologicznym, które nie są niezbędne w pielęgnacji ciężarnej. Dotyczy to m.in.: retinoidów (np. retinol, retinal); wysokich stężeń kwasów złuszcających (np. silne peelingi z kwasem salicylowym, glikolowym, trójchłoroctowym); hydrochinonu i silnych substancji depigmentujących; dużych ilości olejków eterycznych i intensywnych kompozycji zapachowych – szczególnie u kobiet ze skłonnością do alergii, ponieważ naturalne substancje zapachowe, takie jak limonen, linalol, geraniol czy eugenol, należą do częstych alergenów kontaktowych; składników silnie rozgrzewających lub chłodzących – np. kapsaicyny, kamfory, dużych ilości mentolu czy olejków dających efekt termiczny – nie mają one udowodnionej wartości w profilaktyce rozstępów, a mogą zwiększać ryzyko podrażnienia; agresywnych detergentów w produktach myjących (SLS, SLES) – szczególnie w okolicach intymnych, gdzie nadmierne odtłuszczanie może zaburzać barierę i fizjologiczną mikrobiotę.

W przypadku pielęgnacji brodawek piersi szczególnie ważne jest, aby preparat był bezpieczny również w kontekście karmienia. Warto wybierać produkty o prostych składach, bez zbędnych substancji zapachowych i potencjalnych alergenów. Często stosowane są składniki wspierające regenerację i ochronę bariery, np. lanolina wysokiej jakości i inne składniki lipidowe.

Warto zachować ostrożność przy produktach „naturalnych”. Ekstrakty roślinne, olejki eteryczne czy składniki aromatyczne mogą zawierać setki aktywnych związków, z których część ma wysoki potencjał alergizujący. Przykładem są kosmetyki zawierające duże ilości olejku lawendowego, cytrusowego, drzewa herbacianego czy mieszanki zapachowe – u części kobiet w ciąży, gdy skóra staje się bardziej reaktywna, mogą powodować rumień, świąd lub wyprysk kontaktowy.

Jeżeli chodzi o barwniki i substancje wizualnie uatrakcyjniające kosmetyk, nie są one zazwyczaj głównym problemem bezpieczeństwa, ale z punktu widzenia pielęgnacji ciężarnej często są po prostu zbędne. Im mniej niepotrzebnych dodatków, tym mniejsze ryzyko reakcji niepożądaney.

Najlepszym wyborem dla kobiet w ciąży nie jest więc kosmetyk „w 100% naturalny”, ale produkt o krótkim, przejrzystym składzie, bez zbędnych substancji zapachowych, bez intensywnych składników aktywnych i z dobrą tolerancją dermatologiczną. W tym okresie celem pielęgnacji nie powinno być agresywne oddziaływanie na skórę, ale utrzymanie jej prawidłowej bariery, komfortu i zdolności adaptacji do dynamicznych zmian zachodzących w organizmie.

Wiedza o prebiotykach w kosmetykach

W badaniu opinii marek Pink Mama i Pink zadano kobietom pytanie o prebiotyki w kosmetykach. Tylko 36,5% ankietowanych potrafiło poprawnie wyjaśnić, że prebiotyki w kosmetykach odżywiają pożyteczne bakterie na skórze, wzmacniają jej barierę ochronną i pomagają utrzymać zdrowy mikrobiom. Ponad 42,6% słyszało o prebiotykach, ale kojarzy je głównie z suplementami doustnymi i jedzeniem, nie z kosmetykami. Ponad 11% słyszało to słowo, ale nie wie, co oznacza. Niemal 10% nigdy się z nim nie spotkało.

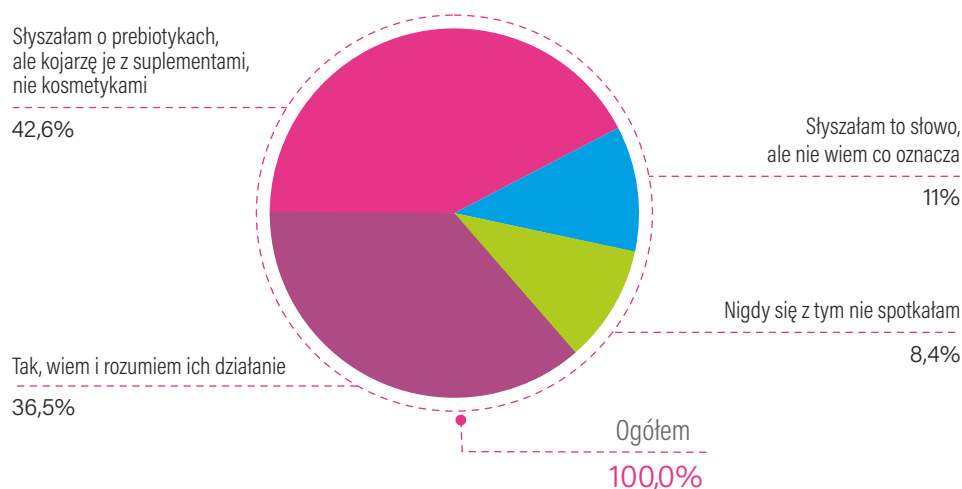


Beata Bożek, Brand Manager marki Pink Mama

Skóra ma swój własny mikrobiom. W ciąży i połogu, między innymi pod wpływem zmian hormonalnych mikrobiom skóry może być zaburzony, co przekłada się na większą podatność na podrażnienia. Prebiotyki w kosmetykach, takie jak inulina, odżywiają pożyteczne bakterie i pomagają przywrócić równowagę ekosystemu skóry. Inulina jest naturalnym polisacharydem pozyskiwanym z roślin, uznanym składnikiem prebiotycznym stosowanym w kosmetykach pielęgnacyjnych. W linii Pink Mama pojawia się między innymi w kremie na rozstępy, kremie ujędrniającym do biustu oraz dezodorancie w kremie.



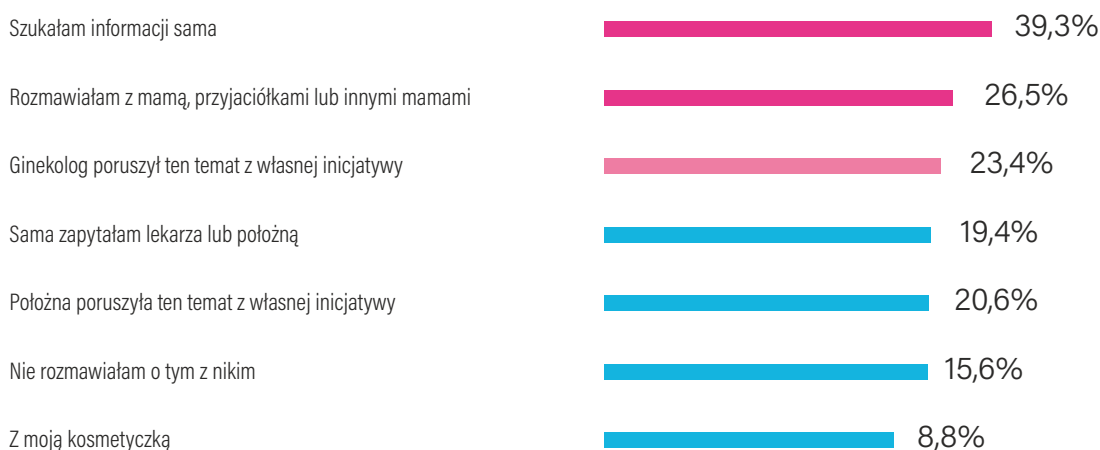
Czy wiesz, czym są prebiotyki w kosmetykach i jak wpływają na skórę?



Kto jest dla kobiet źródłem wiedzy o pielęgnacji?

Wiedza o pielęgnacji ciała i higieny intymnej w ciąży i po porodzie pochodzi z bardzo różnych źródeł. Badanie opinii SW Research pokazuje, że 39,3% kobiet szukało informacji na ten temat samodzielnie, najczęściej w internecie. Co czwarta (26,5%) rozmawiała z mamą, przyjaciółkami lub innymi mamami. Ginekolog poruszył temat pielęgnacji z własnej inicjatywy tylko w 23,4% przypadków, a położna w 20,6%. Co piąta kobieta (19,4%) sama zapytała lekarza lub położną, bo wcześniej temat nie zaistniał. Co szósta (15,6%) nie rozmawiała o pielęgnacji z nikim. Zaledwie 8,8% skonsultowało się z kosmetyczką. Te dane mówią coś ważnego o systemie opieki perinatalnej: temat pielęgnacji skóry, higieny intymnej i doboru bezpiecznych bywa traktowany jako domyślny. Jakby kobiety same z siebie wiedziały, co wybrać i jak postępować

Z kim rozmawiałaś o pielęgnacji ciała i higienie intymnej w ciąży lub po porodzie? (możliwość wielokrotnego wyboru)



Rozdział V

Test ciążowy. Wiedza, emocje, mity.

Dwie kreski. Kilka minut oczekiwania, które potrafią być jednymi z najdłuższych w życiu. Test ciążowy to małe urządzenie diagnostyczne, które niesie ze sobą ogromny ładunek emocjonalny niezależnie od tego, czy wynik jest oczekiwany z nadzieją, czy z lękiem..

Mylące objawy: ciąża czy PMS?

Zanim kobieta sięgnie po test ciążowy, musi najpierw dostrzec sygnały, które sugerują, że warto go wykonać. Często okazuje się, że wiele objawów wczesnej ciąży jest podobna do objawów nadchodzącej miesiączki. W badaniu opinii marek Pink Mama i Pink zapytano kobiety o to jakie objawy mogą być ich zdaniem mylące.

Kobiety najczęściej wskazywały tkliwość i obrzmienie piersi: 45,1% ankietowanych uznało ten objaw za potencjalnie mylący. Wahania nastroju i drażliwość: 43,5%. Bóle podbrzusza i skurcze: 41,3%. Zmęczenie i senność bez wyraźnej przyczyny: 38,7%. Nudności: 34,1%. Lekkie plamienie: 34,1%. Wzmożona wrażliwość na zapachy: 28,9%. Wzdęcia i uczucie pełności w brzuchu: 28,1%. Bóle głowy i zawroty głowy: 27,3%. Częste oddawanie moczu: 25,7%. Tylko 3,2% kobiet stwierdziło, że objawy ciąży i PMS są zupełnie różne i łatwe do odróżnienia.

Które objawy mogą być zarówno pierwszymi sygnałami ciąży, jak i objawami PMS? (możliwość wielokrotnego wyboru)





dr hab. med. Barbara Suchońska, ginekolog,
Zastępca dyrektora medycznego oraz Kierownik Zespołu Poradni
Specjalistycznych i Izby Przyjęć w Uniwersyteckim Centrum Zdrowia Kobiety
i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,
przyjmuje również w Centrum Medycznym MediSpace

Test ciążowy najlepiej wykonać w dniu spodziewanej miesiączki lub po jej terminie. Większość współczesnych testów jest na tyle czuła, że można je wykonać o dowolnej porze dnia, jednak na bardzo wczesnym etapie ciąży pierwsza poranna próbka moczu pozostaje najbardziej wiarygodna. Ważne jest natomiast, żeby odczytać wynik w okienku czasowym wskazanym przez producenta. Po upływie czasu wskazanego przez producenta mogą pojawić się linie, które mogą zostać błędnie zinterpretowane jako wynik dodatni. Jeśli mamy wątpliwości co do wyniku testu z moczu, można wykonać badanie z krwi: oznaczenie beta hCG. Badanie jest bardziej czułe niż test z moczu. Powtarzane oznaczenia beta hCG w odpowiednich odstępach czasu mogą dostarczyć informacji o wczesnym przebiegu ciąży. W uzasadnionych sytuacjach lekarz może zalecić wykonanie dwóch lub więcej oznaczeń beta hCG w odstępie 48-72 godzin, aby ocenić dynamikę zmian. W badaniu USG można uwidocznzyć czynność serca zarodka, potwierdzając w ten sposób obecność ciąży 6.-7. tygodnia. Prawidłowy przyrost stężenia beta hCG jest jednym z elementów oceny wczesnego rozwoju ciąży, jednak ostateczną ocenę umożliwia badanie USG oraz obraz kliniczny.

Pamiętajmy też, że ciąża biochemiczna, czyli taka, w której dochodzi do zapłodnienia, ale organizm samoistnie kończy tę ciążę bardzo wcześnie, może dać dodatni wynik testu. Kobieta może zobaczyć dwie kreski, a potem mieć krwawienie przypominające miesiączkę. Nie oznacza to, że test był błędny – oznacza, że doszło do bardzo wczesnej ciąży, która zakończyła się samoistnie. To szczególna sytuacja, którą warto omówić z ginekologiem.

Kiedy wykonać test?

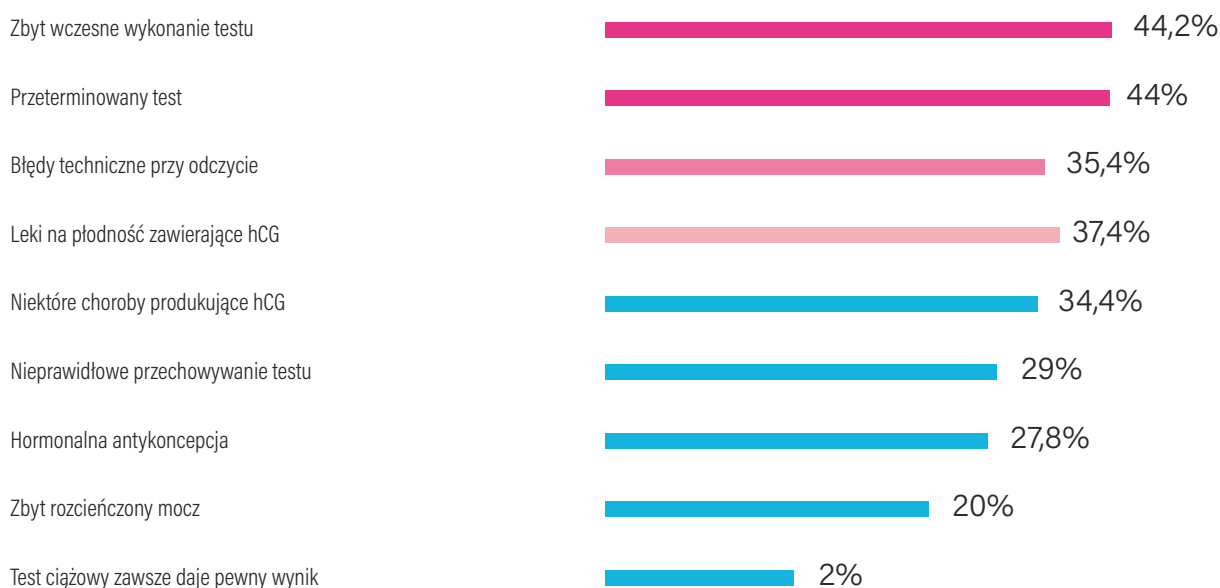
Pytanie o optymalny moment wykonania testu ciążowego ujawnia jeden z najważniejszych mitów w tej dziedzinie: przekonanie, że na wynik trzeba długo czekać, żeby był pewny. Aż 37,3% ankietowanych uważa, że test najlepiej wykonać dopiero tydzień po spóźnionej miesiączce. Tymczasem współczesne wysokoczułe testy ciążowe nie wymagają tak długiego czekania.

Tylko 15,7% kobiet wskazało prawidłowo, że test można wykonać już od pierwszego dnia spóźnionej miesiączki. Kolejne 15,3% wybrało odpowiedź, że nowoczesne testy są wystarczająco czułe, by wykonać je nawet kilka dni przed spodziewaną miesiączką. Co piąta ankietowana (19,1%) wiedziała, że kluczową rolę odgrywa pora dnia, że mocz poranny daje najwyższe stężenie hCG i tym samym najbardziej wiarygodny wynik. 5,4% stwierdziło, że pora dnia i dzień cyklu nie mają znaczenia, a 7,2% przyznało wprost, że nie wie.

Co może fałszować wynik?

Kobiety zapytano też o to, co ich zdaniem, może wpłynąć na wiarygodność wyniku testu ciążowego i go sfalszować. Najczęściej wskazywano zbyt wczesne wykonanie testu, gdy stężenie hCG w moczu jest jeszcze za niskie: 44,2%. Niemal tyle samo (44%) wymieniło przeterminowany test. Błędy techniczne, na przykład odczyt wyniku po upływie czasu wskazanego w instrukcji: 35,4%. Niektóre leki zawierające hCG, stosowane w leczeniu niepłodności: 37,4%. Niektóre choroby produkujące hCG, jak nowotwory czy torbiele jajników: 34,4%. Nieprawidłowe przechowywanie testu: 29%. Hormonalna antykoncepcja: 27,8%. Zbyt rozcieńczony mocz po wypiciu dużej ilości płynów: 20%. Zaledwie 2% kobiet uważało, że test ciążowy zawsze daje pewny wynik, co jest dobrą informacją, bo oznacza, że zdecydowana większość kobiet rozumie, że test może się mylić.

Co, Twoim zdaniem, może wpłynąć na wiarygodność wyniku testu ciążowego? (możliwość wielokrotnego wyboru)



Czułość testu

Jednym z najbardziej niedocenianych aspektów wyboru testu ciążowego jest jego czułość. Tylko 30,3% ankietowanych poprawnie wyjaśniło, że im niższa wartość mIU/ml, tym test jest czulszy i wykrywa ciążę wcześniej. Blisko 28,7% słyszało o czułości testów, ale nie rozumie, co ta wartość oznacza. Co czwarta kobieta (27,9%) nie zwracała na to uwagi przy zakupie. Co ósma (13,2%) nie wiedziała, że testy w ogóle różnią się czułością.



Beata Bożek, Brand Manager marki Pink Mama

Test „**Pink Super Czuły**”^{*} to jeden z najczulszych testów ciążowych dostępnych na rynku: jego czułość wynosi 10 mIU/ml, co oznacza, że jest w stanie wykryć ciążę już 6 dni od momentu zapłodnienia, a jego dokładność według badań klinicznych przekracza 99,9%. Wynik można odczytać już po jednej minucie. Test jest dostępny w wersji płytkowej (wystarczy trzy krople porannego moczu naniesione pipetką na pole testowe) oraz w wersji strumieniowej, którą kieruje się bezpośrednio pod strumień moczu. Oba typy są zarejestrowanymi wyrobami medycznymi do diagnostyki in vitro, co oznacza, że ich wiarygodność i bezpieczeństwo zostały potwierdzone zgodnie z wymogami prawa.

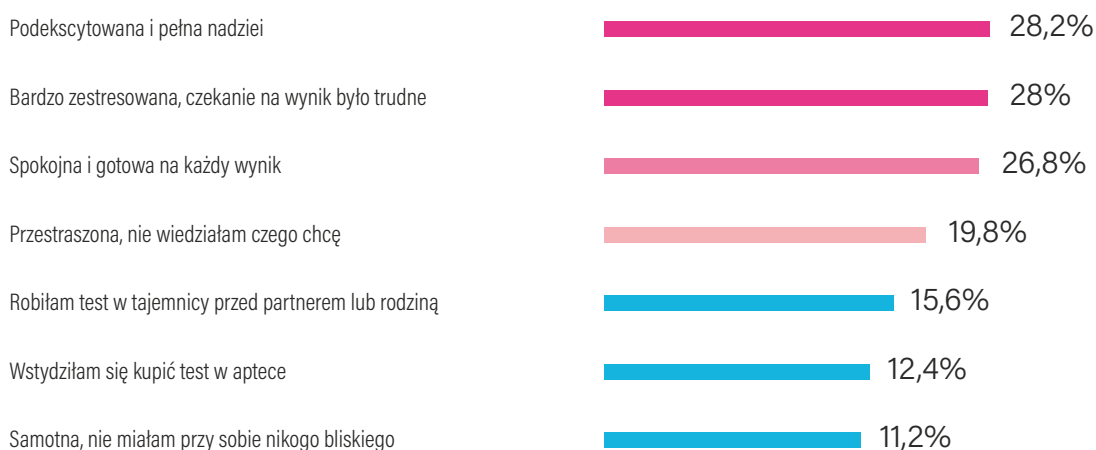
***Test ciążowy to jest wyrób medyczny.
Używaj go zgodnie z instrukcją używania lub etykietą.**

Emocje przy wykonywaniu testu: radość, stres, wstyd, samotność

Dane dotyczące emocji towarzyszących wykonaniu testu ciążowego są jednym z najbardziej ludzkich fragmentów całego badania. Kobiety były proszone o wskazanie wszystkich odczuć, które im towarzyszyły. 28,2% czuło podekscytowanie i nadzieję. Niemal tyle samo (28%) odczuwało silny stres, dla którego czekanie na wynik było trudnym przeżyciem. 26,8% deklaroowało spokój i gotowość na każdy wynik. Co piąta ankietowana (19,8%) była przestraszona. 15,6% robiło test w tajemnicy przed partnerem lub rodziną. 12,4% wstydziło się kupić test w aptece. A 11,2% czuło się samotna, nie miała przy sobie nikogo bliskiego.

Jak się czułaś w momencie wykonywania testu ciążowego?

(możliwość wielokrotnego wyboru)

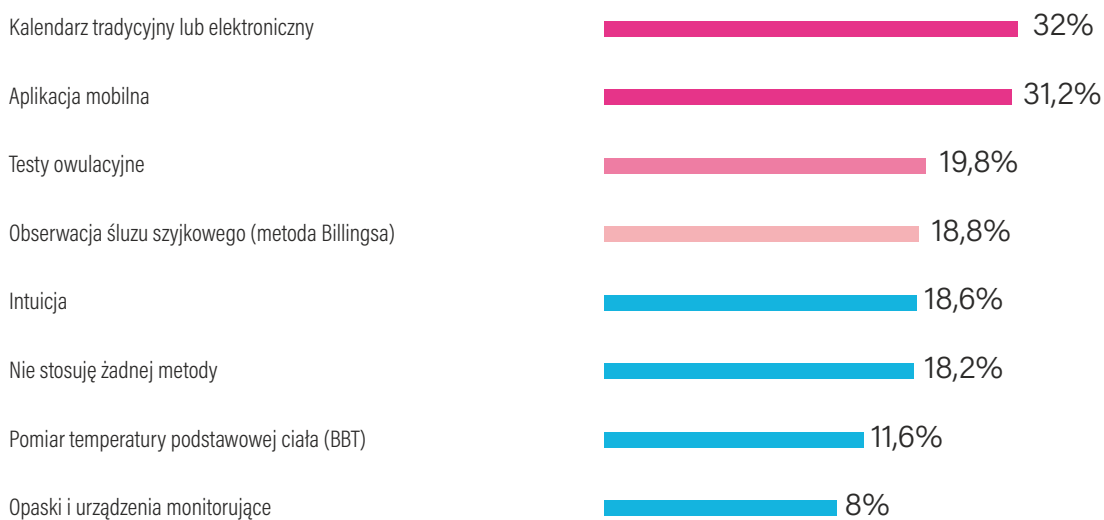


Jak kobiety monitorują swój cykl i czy laktacja jest dobrą antykoncepcją?

Na koniec warto przyrzeć się temu, jak kobiety monitorują swój cykl i płodność. Najpopularniejsze metody to kalendarz tradycyjny lub elektroniczny: stosuje go 32% ankietowanych oraz aplikacja mobilna, jak Clue, Flo czy Natural Cycles: 31,2%. Co piąta kobieta (19,8%) korzysta z testów owulacyjnych, a 18,8% obserwuje śluzówkę szyjkową metodą Billingsa. Co szósta (18,6%) polega na intuicji. 11,6% mierzy temperaturę podstawową ciała. 8% stosuje opaski i urządzenia monitorujące. Co piąta kobieta (18,2%) nie stosuje żadnej metody.



Z jakich metod korzystasz do monitorowania cyklu i płodności? (możliwość wielokrotnego wyboru)





Osobnym tematem, ściśle związanym z monitorowaniem cyklu po porodzie, jest antykoncepcja w czasie laktacji. Wiele kobiet jest przekonanych, że karmienie piersią skutecznie chroni je przed kolejną ciążą. To jeden z najtrwalszych mitów, który warto obalić, zanim podejmie się decyzję o braku zabezpieczenia. O tym, dlaczego laktacja nie zastępuje antykoncepcji i jakie bezpieczne metody można stosować podczas karmienia piersią, mówi dr hab. med. Barbara Suchońska

dr hab. med. Barbara Suchońska, ginekolog,
Zastępca dyrektora medycznego oraz Kierownik Zespołu Poradni
Specjalistycznych i Izby Przyjęć w Uniwersyteckim Centrum Zdrowia Kobiety
i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,
przyjmuje również w Centrum Medycznym MediSpace

To jeden z najtrwalszych mitów, z którymi spotykam się w gabinecie: przekonanie, że karmienie piersią zawsze zapewnia skuteczną antykoncepcję. Moc antykoncepcyjna laktacji nie jest stuprocentowa i nigdy nie powinna być traktowana jako pewna metoda zabezpieczenia. Samo karmienie piersią nie gwarantuje ochrony przed ciążą. Choć u części kobiet laktacja opóźnia powrót owulacji, nie można zakładać, że każda karmiąca kobieta jest zabezpieczona przed zajściem w ciążę. Połóg trwa sześć do ośmiu tygodni. Zdarza się, że kobiety karmią intensywnie przez rok i przez cały ten czas nie miesiączkują. Problem polega na tym, że nigdy nie wiemy, kiedy powróci aktywność jajników i wystąpi pierwsza owulacja. A owulacja poprzedza miesiączkę, więc kobieta może zajść w ciążę, zanim w ogóle zorientuje się, że jej cykl wrócił. Dlatego kwestia antykoncepcji po porodzie powinna być omawiana rutynowo podczas wizyty połogowej. Dobór metody powinien uwzględniać stan zdrowia kobiety, sposób karmienia dziecka oraz jej preferencje. Możliwości jest wiele: wkładki wewnątrzmaciczne, metody mechaniczne, a także tabletki antykoncepcyjne zawierające wyłącznie progestagen, które mogą być stosowane w okresie karmienia piersią



Ciąża to jedno z największych doświadczeń w życiu kobiety.
Jej ciało przez dziewięć miesięcy wykonuje ogromną pracę,
a potem potrzebuje czasu, opieki i życzliwości,
by wrócić do siebie, albo odnaleźć nową wersję siebie.
Ten proces zasługuje na szacunek, nie na ocenę.

Kobiety potrzebują wiedzy, która je wspiera, a nie presji.
Potrzebują przestrzeni, w której mogą zapytać o wszystko,
co boli, co niepokoi, co jest trudne.

Ten raport powstał właśnie po to,
by edukować i dawać wsparcie.



mama

