

Lęk przed porodem w III trymestrze ciąży i jego powiązania ze stanem noworodka

Grażyna Gebuza¹, Marzena Kaźmierczak¹, Małgorzata Gierszewska¹, Estera Mieczkowska¹, Mariola Banaszekiewicz², Agnieszka Wróbel-Bania³

¹ Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

² Zakład Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

³ Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Gebuza G, Kaźmierczak M, Gierszewska M, Mieczkowska E, Banaszekiewicz M, Wróbel-Bania A. Lęk przed porodem w III trymestrze ciąży i jego powiązania ze stanem noworodka. Med Og Nauk Zdr. 2015; 21(1): 39–44. doi: 10.5604/20834543.1142357

Streszczenie

Wstęp. Wiele badań na świecie sugeruje powiązanie prenatalnego niepokoju i nieprawidłowego przebiegu ciąży ze stanem zdrowia noworodka. Skutecznym predyktorem dobrostanu kobiet ciężarnych i noworodków może być wsparcie społeczne od bliskich osób.

Cel. Ocena lęku przed porodem i jego związek ze stanem zdrowia noworodka w skali Apgar, masą ciała i nieprawidłowościami pępowiny oraz określenie predyktorów dobrostanu kobiet.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w III trymestrze ciąży u 199 kobiet. Lęk przed porodem mierzono *Kwestionariuszem Lęku Porodowego* (KLPII). Wykorzystano również *Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego* (BSSS) oraz *Skalę Satysfakcji z Życia* (SWLS). Po porodzie zebrano dane dotyczące oceny noworodków w skali Apgar, masę ciała noworodków i wystąpienie powikłań pępowinowych podczas porodu.

Wyniki. Nie stwierdzono różnicy w poziomie lęku przed porodem u matek ze względu na niską wagę ciała noworodków, niską punktację w skali Apgar i powikłania pępowiny. Satysfakcja z życia jest związana z otrzymanym wsparciem społecznym. Wraz ze wzrostem ryzyka ciąży wzrasta poziom otrzymanego przez kobiety wsparcia społecznego.

Wnioski. Lęk przed porodem u kobiet w III trymestrze ciąży nie jest związany ze złym stanem noworodka. Należy prowadzić dalsze badania oceniające związek lęku przed porodem ze stanem zdrowia noworodka.

Słowa kluczowe

niepokój matki, lęk, ciąża, noworodek, pępowina, wsparcie społeczne

WSTĘP

Kobiety w ciąży w związku z narodzinami dziecka przeżywają wiele pozytywnych emocji, niekiedy doświadczają również emocji negatywnych, które wyrażają się lękiem związanym z całym okresem okołoporodowym. Lęk przed porodem, dotyczy wielu aspektów porodu, które mogą wzbudzać niepokój u kobiet ciężarnych. Można go rozpatrywać jako przejaw prenatalnego stresu, zaburzenie lękowe lub strach o charakterze fobii, włączając dolegliwości fizyczne i psychiczne [1] w zależności od czynnika stanowiącego źródło [2].

Często lęk przeżywany w okresie ciąży ma swoje konsekwencje w okresie poporodowym, wpływając na jakość życia matki, może obniżać zadowolenie z życia [3] i inicjować wystąpienie depresji poporodowej [4]. Podjęcie się przez kobiety roli rodzica wiąże się z odczuciem stresu, wyzwaniem, ale też uczuciem radości oraz spełniania się w życiu osobistym [3, 5]. Zatem sprostanie zadaniom związanym z macierzyństwem nie jest łatwe nawet w sytuacji prawidłowego przebiegu ciąży. Natomiast w ciąży o przebiegu patologicznym stanowi dodatkowy czynnik ryzyka zakłócenia fizjologicznych procesów rozwojowych płodu. W takiej sytuacji istotne jest uzyskanie wsparcia społecznego od bliskiej rodziny, a szczególnie od partnerów [6].

Od czasów starożytnych naukowcy byli przekonani, że stan emocjonalny matki podczas ciąży może mieć wpływ na nienarodzone dziecko. Obecnie badania nad ludźmi, jak też zwierzętami potwierdzają pogląd, że stres i niepokój matki podczas trwania ciąży może mieć natychmiastowy i długotrwały wpływ na stan zdrowia potomstwa. Podczas wielu niezależnych badań prospektywnych stwierdzono, że jeśli matka doświadcza lęku lub depresji w ciąży, jej dziecko jest w grupie podwyższonego ryzyka prognozującego wystąpienie wielu problemów, w tym emocjonalnych, ADHD, zaburzeń zachowania oraz zaburzeń w rozwoju poznawczym [7, 8].

Niektóre badania sugerują, że niewielki i umiarkowany poziom stresu w ciąży może mieć pozytywny wpływ na rozwój mózgu i zachowania poznawcze dzieci [8]. Istnieją również badania, które wykazały, że problemy takie jak codzienne kłopoty, nieprawidłowy przebieg ciąży oraz złe relacje partnerskie mogą mieć wpływ na rozwijający się płód [9].

Wyniki badań przeprowadzonych przez Sarkar i in. sugerują, że prenatalny niepokój matki może szczególnie wpływać na funkcję łożyska, które reguluje ekspozycję płodu na wysoki poziom kortyzolu u matki, w konsekwencji wpływa na płód i zakłóca trwające procesy rozwojowe. Badania wykazały, że kortyzol, który jest uwalniany do krwi wówczas, gdy występuje niepokój, ma w krótkim czasie działanie korzystne, ponieważ wzmacnia procesy radzenia sobie ze stresującą sytuacją, mobilizuje do działania, natomiast długotrwałe działanie może wywołać zmęczenie, depresję i sprzyja chorobom [10].

Adres do korespondencji: Grażyna Gebuza, Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika Toruń, Wydział Nauk o Zdrowiu, ul. Jagiellońska 13–15, 85-067 Bydgoszcz
E-mail: grazyna.gebuza@cm.umk.pl

Nadesłano: 18 lipca 2014 roku; Zaakceptowano do druku: 24 września 2014 roku



Sandman i wsp. stwierdzili, że wyższy poziom hormonu pochodzenia łożyskowego uwalniającego kortykotropinę (pCRH) jest połączony ze zwiększoną reaktywnością płodu [11]. Zaobserwowano także, że wysoki poziom kortyzolu u matek spowodował wzrost czynności serca płodu w spoczynku [12]. W innych badaniach, u matek z wyższym poziomem kortyzolu w 3 trymestrze ciąży zaobserwowano przez 50 minut większą liczbę ruchów płodu, które występowały częściej u płodów płci męskiej [13]. Zwiększona reaktywność płodu może być uwarunkowana różnymi czynnikami, lecz wielu badaczy twierdzi, że depresja i niepokój matek jest związany z szybszą reakcją płodu na bodziec zewnętrzny [14]. Badania Diego i wsp. wykazały, że jedynym istotnym czynnikiem związanym z niską masą urodzeniową noworodków był wysoki poziom kortyzolu u matek podczas ciąży [15]. Inne badania wykazały związek niepokoju matki podczas ciąży z wewnątrzmacicznym ograniczeniem wzrostu płodu [16] i niską masą urodzeniową noworodków [16, 17].

Przeprowadzone dotąd badania nie są spójne i należy dokonać jeszcze wielu analiz, zarówno przed, jak i po narodzinach dziecka, aby w pełni zrozumieć mechanizmy wpływające na rozwój płodu. W Polsce lęk przed porodem badany jest niezwykle rzadko, bagatelizuje się jego znaczenie, dlatego w badaniu podjęto próbę oceny lęku przed porodem u kobiet w III trymestrze ciąży oraz jego znaczenia dla stanu zdrowia noworodka. W prezentowanej pracy starano się również odpowiedzieć na pytanie, czy otrzymane wsparcie społeczne i zadowolenie z życia mogą zminimalizować skutki prenatalnego lęku przed porodem.

CEL PRACY

Analiza lęku porodowego oraz jego wpływ na stan noworodka, określenie czynników zmniejszających prenatalny lęk przed porodem.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w okresie od lipca 2010 do kwietnia 2011 roku. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, nr 270/10.

Badania przeprowadzono w III trymestrze ciąży u 199 kobiet przebywających w Oddziale Patologii Ciąży, Poradni „K” w Szpitalu Klinicznym im. dr Jana Bizuela w Bydgoszczy, Gabinetcie Ginekologicznym M. Bułatowicza i Szkole Rodzenia Pani Anny Appelt. Wszystkie kwestionariusze były przygotowane w kopertach: *Kwestionariusz Lęku Porodowego* KLP II autorstwa L. Putyńskiego, M. Paciorek [18], *Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego* (*Berlin Social Support Scales – BSSS*) autorstwa: A. Łuszczynskiej, M. Kowalskiej, M. Mazurkiewicz, R. Schwarzer, U. Schulz [19], a także *Kwestionariusz Satysfakcji z Życia* (*The Satisfaction with Life Scale – SWLS*) autorstwa: E. Dienera, R.A. Emmons, R. Larsen, S. Griffin, w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego [20].

Lęk porodowy analizowany jest w niniejszej pracy jako subiektywnie odczuwane przez kobiety natężenie lęku przed porodem. Za wskaźnik zmiennej przyjęto wynik pomiaru natężenia lęku porodowego *Kwestionariuszem Lęku Porodowego* (KLP II) autorstwa L. Putyńskiego i M. Paciorek. *Kwestionariusz* jest krótkim, składającym się z dziewięciu

stwierzeń narzędziem, który może być używany w pomiarach przesiewowych. Wyniki mogą kształtować się od 0 do 27 punktów [18]. Im wyższy wynik, tym większe natężenie lęku porodowego. W przeprowadzonym badaniu wartości poszczególnych *i*-tych pozycji były unormowane (znormalizowane) do skali 0–1, gdzie wynik 0 – oznacza brak lęku, a wynik 1 – maksymalne natężenie lęku.

Otrzymane wsparcie społeczne analizowane jest w niniejszym badaniu jako relacjonowany przez kobiety rodzaj i wielkość otrzymanego wsparcia społecznego od partnerów. W sytuacji narodzin uwagę zwraca się na wsparcie społeczne udzielane kobietom, które znajdują się pod wpływem sytuacji stresującej – oczekiwania na narodziny dziecka, pełne obawy o zdrowie dziecka i swoje. Użyte w pracy narzędzie badawcze, pozwoliło rozróżnić trzy rodzaje wsparcia społecznego: emocjonalne, instrumentalne i informacyjne. Wyniki dotyczące otrzymanego wsparcia emocjonalnego wynosiły maksymalnie – 36 punktów, wsparcia instrumentalnego – 12 punktów, wsparcia informacyjnego – 8 punktów [19]. W związku z tym, że pozycje wchodzące w skład oceny otrzymanego wsparcia społecznego w skali BSSS miały różne granice „min-max”, to wartości poszczególnych *i*-tych pozycji były unormowane (znormalizowane) do skali 0–1, gdzie wynik 0 – oznacza brak wsparcia, a wynik 1- maksymalne wsparcie.

Wynikiem pomiaru kwestionariuszem SWLS jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia. Obszar wyników mieści się w granicach od 5 do 35 punktów. Im wyższy wynik, tym większe zadowolenie z życia. Wyniki w granicach 1–4 stena przyjęto traktować jako wyniki niskie, zaś w granicach 7–10 stena jako wysokie, wyniki w granicach 5 i 6 stena traktuje się jako przeciętne [20]. Wartości poszczególnych *i*-tych pozycji były unormowane (znormalizowane) do skali 0–1, gdzie wynik 0 – oznacza brak zadowolenia, a wynik 1- maksymalne zadowolenie.

W okresie ciąży analizowano przypadki 199 kobiet, w tym 96 (48,24%) kobiet rodziło po raz pierwszy, 72 (36,18%) po raz drugi, 26 (13,06%) po raz trzeci, 3 (1,50%) po raz czwarty i 2 (1,00%) piąty. Najniższy wiek ciążowy wynosił 27 tydzień, najwyższy 42, średnio wypełniano kwestionariusz w 34 tygodniu ciąży (SD-4,24). Średnio ciążę zakończono w 38 tygodniu (SD-2,84). Zdecydowana większość kobiet była zamężna – 174 (87,44%), pozostałe były pannami lub żyły w związku partnerskim 25 (12,56%). Większość badanych kobiet posiadała wykształcenie wyższe – 101 (50,75%), średnie – 64 (32,16%), podstawowe i zawodowe – 34 (17,09%) kobiet. Wiek badanych wahał się w granicach od 17–44 lat, średnio 29,1±5,2 lat.

W okresie poporodowym analizie poddano 198 noworodków, oceniano stan noworodka w skali Apgar, masę ciała noworodka, nieprawidłowości dotyczące pępowiny takie jak węzeł prawdziwy oraz owinięcie ciała noworodka pępowiną. Urodziły się 172 (91,00%) noworodki w stanie dobrym (8–10 punktów w skali Apgar), natomiast w stanie średnim urodziło się (4–7 punktów w skali Apgar) – 17 (8,99%). Noworodki urodzone w złym stanie zdrowia, ogółem 2, nie były brane pod uwagę. Noworodków o prawidłowej masie ciała >2500g urodziło się 164 (84,10%), z wagą ≤2500g – 31(15,89%).

Wyniki badań opracowano w oparciu o metody statystyczne z zastosowaniem programu komputerowego Microsoft Excel 2000 oraz pakietu programów do analizy statystycznej STATISTICA v.10. Jako miarodajny przy weryfikacji postawionych hipotez był przyjęty poziom istotności $p=0,05$, dla którego podano wartości krytyczne.



WYNIKI

Lęk przed porodem dotyczy wielu aspektów porodu, które mogą wzbudzać obawy u kobiet. W poniższej tabeli analizowano lęk przed porodem ze względu na stan urodzeniowy noworodka. Podzielono noworodki na dwie grupy: urodzone w stanie średnim i dobrym, następnie analizowano, jaki poziom lęku wskazywały kobiety w kwestionariuszu KLP w III trymestrze ciąży. Odnosząc analizy do stanu noworodków (stan średni i dobry) nie stwierdzono różnicy między lękiem przed porodem w porównywanych grupach kobiet.

Tabela 1. Porównanie parametrów lęku przed porodem u kobiet w III trymestrze ciąży ze względu na stan noworodka oceniany w skali Apgar

Parametry	Stan noworodka wg skali Apgar	
	Średni (4–7 punktów)	Dobry (8–10 punktów)
<i>n</i>	17	172
min	0.296	0.148
max	0.593	0.778
mediana	0.481	0.444
średnia	0.486	0.454
<i>SD</i>	0.073	0.118
W	0.927	-
Test normalności Shapiro-Wilka	W_{kr}	0.892
	normalność	Tak
Test <i>F</i> Snedecora ($F_{kr}=2.04$)	<i>F</i>	2.62
	<i>p</i>	<0.02
Test <i>C</i> Cochran-Coxa ($C_{kr}=2.09$)	<i>C</i>	1.60
	<i>p</i>	0.11 (ns)

W poniższej tabeli dokonano analizy poziomów lęku porodowego ze względu na masę ciała noworodka. Podzielono noworodki na dwie grupy: z masą ciała poniżej i powyżej 2500 gramów, później analizowano, jaki poziom lęku wskazywały kobiety w kwestionariuszu KLP w III trymestrze ciąży. Odnosząc analizy do masy ciała noworodków (masa ciała poniżej i powyżej 2500 gramów) nie stwierdzono różnicy między lękiem przed porodem w porównywanych grupach kobiet.

Tabela 2. Porównanie parametrów lęku przed porodem u kobiet w III trymestrze ciąży ze względu na masę ciała noworodków

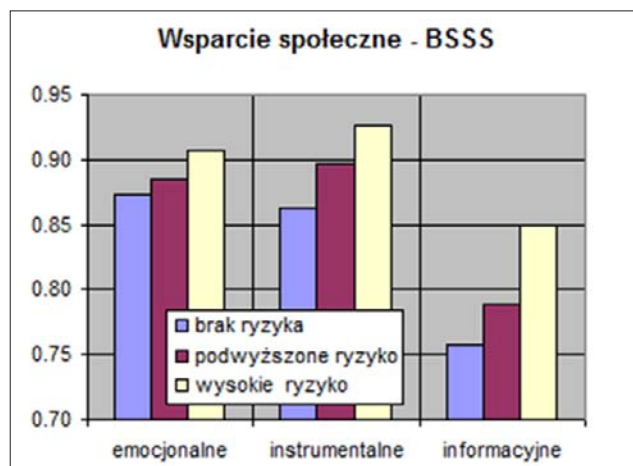
Parametry	Masa ciała noworodków	
	<=2500g	>2500g
<i>n</i>	31	164
min	0.296	0.148
max	0.741	0.778
mediana	0.481	0.444
średnia	0.480	0.454
<i>SD</i>	0.108	0.115
W	0.958	-
Test normalności Shapiro-Wilka	W_{kr}	0.926
	normalność	tak
Test <i>F</i> Snedecora ($F_{kr}=1.67$)	<i>F</i>	1.14
	<i>p</i>	0.32 (ns)
Test <i>t</i> Studenta ($t_{kr}=1.97$)	<i>t</i>	0.18
	<i>p</i>	0.24 (ns)

W pracy dokonano analizy poziomów lęku porodowego ze względu na powikłania związane z pępowiną (okręcenie ciała noworodka pępowiną i węzeł prawdziwy). Podzielono noworodki na dwie grupy: noworodki, u których występowały nieprawidłowości związane z pępowiną i bez powikłań, później analizowano, jaki poziom lęku wskazywały kobiety w kwestionariuszu KLP w III trymestrze ciąży. Odnosząc analizy do powikłań związanych z pępowiną nie stwierdzono różnicy między lękiem przed porodem w porównywanych grupach kobiet. Jednak na poziomie istotności $p=0,06$ można byłoby stwierdzić, że średni poziom lęku jest nieco wyższy u kobiet, które urodziły dzieci i wystąpiły u nich powikłania związane z pępowiną.

Tabela 3. Porównanie parametrów lęku przed porodem u kobiet w III trymestrze ciąży ze względu na powikłania u noworodków związane z pępowiną

Parametry	Powikłania pępowinowe u noworodka	
	Tak	Nie
<i>n</i>	64	134
min	0.222	0.148
max	0.704	0.778
mediana	0.481	0.444
średnia	0.479	0.448
<i>SD</i>	0.106	0.116
Test z ($z_{kr}=1.96$)	<i>z</i>	1.87
	<i>p</i>	0.06 (ns)

Zgodnie z założeniami pracy dokonano analizy poziomów wsparcia społecznego otrzymanego przez kobiety w III trymestrze ciąży ze względu na ryzyko związane z ciążą. Porównując wartości średnie poszczególnych rodzajów wsparcia społecznego, wg BSSS, można wnioskować, że jedynie wsparcie informacyjne jest istotnie większe w przypadku ciąży wysokiego ryzyka. Natomiast wszystkie rodzaje wsparcia społecznego, według BSSS, rosną wraz ze wzrostem ryzyka występującego w ciąży, im większe jest ryzyko w ciąży, tym większe kobiety otrzymują wsparcie społeczne.



Rycina 1. Wykres otrzymanego wsparcia społecznego ze względu na przebieg ciąży

W przedstawionym badaniach ustalano, które z trzech rodzajów wsparcia społecznego jest silniej związane z lękiem porodowym (KLP II). W tym celu obliczono i zweryfikowa-

no na istotność współczynniki korelacji Pearsona, oceniające siłę związku poszczególnych rodzajów wsparcia z parametrami KLP II. W poniższej tabeli podano obliczone współczynniki korelacji między lękiem przed porodem a poszczególnymi składowymi wsparcia społecznego.

Tabela 4. Współczynniki korelacji wsparcia społecznego i lęku przed porodem w III trymestrze ciąży

Wsparcie społeczne wg BSSS – lęk przed porodem KLP II (n=199)	R_{xy}	Test t Studenta		Zależność istotna
		T	p	
Emocjonalne	-0.076	1.07	0.29 (ns)	Nie
Instrumentalne	0.003	0.04	0.97 (ns)	Nie
Informacyjne	-0.005	0.07	0.94 (ns)	Nie

Nie stwierdzono zależności korelacyjnej między każdym z trzech rodzajów wsparcia społecznego a lękiem przed porodem.

W celu ustalenia związku między otrzymanym wsparciem przez kobiety i zadowoleniem z życia kobiet, obliczono średnie wartości z poszczególnych unormowanych ocen wsparcia społecznego, wg wzoru $W_{sr} = (w_{em} + w_{inst} + w_{inf})/3$, następnie zbudowano diagramy korelacyjne, obliczono i zweryfikowano na istotność współczynniki korelacji liniowej Pearsona (tabela 5). Stwierdzono niewielką, ale istotną dodatnią zależność korelacyjną pomiędzy aktualnie otrzymanym wsparciem a satysfakcją z życia (SWLS).

Tabela 5. Współczynniki korelacji zadowolenia z życia i średniego otrzymanego wsparcia społecznego w III trymestrze ciąży

Wsparcie społeczne wg BSSS – zadowolenie z życia SWLS	R_{xy}	Test t Studenta		Zależność istotna
		t	p	
III trymestr ciąży	0.41	6.31	<0.0001	Tak

DYSKUSJA

Poziom lęku przed porodem może mieć odmienne nasilenie u różnych kobiet, ponieważ wiąże się z wieloma aspektami ich życia. W przedstawionych badaniach kobiety w III trymestrze ciąży doświadczały niskiego poziomu lęku przed porodem (0,463). Wiele badań wskazuje, że wysokie natężenie lęku przed porodem może mieć swoje odzwierciedlenie w stanie zdrowia dziecka [7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16]. W prezentowanych badaniach zwrócono uwagę na nieprawidłowości, które wystąpiły u płodu podczas ciąży i porodu, takie jak obecność węzła prawdziwego i owinięcie pępowiny ciała noworodka, które mogą być skutkiem dużej wrażliwości płodu na stres matki powstający w efekcie – nadmiernej aktywności płodu w życiu wewnątrzmacicznym [14].

W pracy porównywano poziom lęku przed porodem u matek ze względu na powikłania pępowinowe występujące u noworodków, ale nie stwierdzono różnicy między średnimi poziomami lęku przed porodem w porównywanych grupach kobiet. Jednakże na poziomie istotności $p=0,06$ można byłoby stwierdzić, że średni poziom lęku był nieco wyższy w grupie kobiet, u których podczas porodu wystąpiły niepokojące okoliczności związane z owinięciem pępowiny noworodka lub wystąpieniem węzła na pępowinie. Poza tym w badaniu okazało się, że powikłania związane z pępowiną

występują dość często, na 198 badanych przypadków wystąpiły w 64(32.32%). Należy jeszcze wskazać, że w badanej grupie kobiet poziom lęku był niski, jednak powikłania pępowinowe u noworodków, pomimo takiej sytuacji, zaobserwowano. Przeprowadzone badanie porusza problem lęku przed porodem oraz w pewnym stopniu sygnalizuje, jak lęk doświadczany przez matki podczas ciąży może oddziaływać na płód. Obserwacja lęku przed porodem w grupie ciężarnych kobiet i ocena urodzonych noworodków wskazuje, że na podstawie badania lęku związanego z porodem można u niektórych kobiet prognozować wystąpienie powikłań u płodu [4].

W badaniu analizowano również stan zdrowia noworodków po porodzie w skali Apgar i oceniano poziom lęku u matek podczas ciąży. Noworodki podzielono na dwie grupy – urodzone w stanie dobrym i urodzone w stanie średnim. Dzieci urodzonych w złym stanie zdrowia nie brano pod uwagę w analizach. W grupie matek, które urodziły noworodki w stanie średnim (na podstawie skali Apgar) zaobserwowano wyższy poziom lęku przed porodem niż w grupie matek dzieci urodzonych w stanie dobrym, lecz zaobserwowane różnice nie były istotne statystycznie. W badaniach innych autorów u noworodków matek doświadczających prenatalnego stresu stwierdzono niższą punktację w skali Apgar [21], zaburzenia w rozwoju umysłowym i motorycznym [7, 8]. Wyniki prezentowanego badania nie wskazują, że wyższy poziom lęku przed porodem może prognozować niższą punktację noworodków w skali Apgar. Należy jednak dodać, że w przedstawionym badaniu analizowano bardzo małą grupę noworodków (w stanie średnim było tylko 17 dzieci), a poziom lęku przed porodem w całej grupie kobiet był niski, więc takich wyników nie można uogólniać.

W prezentowanych badaniach analizowano także lęk przed porodem w badanej grupie kobiet ze względu na masę ciała noworodków. Porównywano lęk przed porodem w III trymestrze ciąży u matek noworodków z masą ciała poniżej 2500 gramów i powyżej 2500 gramów. U matek noworodków z niską masą ciała zaobserwowano wyższy poziom lęku przed porodem niż u matek noworodków z prawidłową masą ciała, ale różnice nie były istotne statystycznie. W badaniach innych autorów, u noworodków matek doświadczających prenatalnego stresu stwierdzono niższą masę urodzeniową [17, 16].

Wyniki prezentowanego badania nie wskazują, że wyższy poziom lęku przed porodem może prognozować niższą masę ciała noworodków. Należy jednak wskazać, że w przedstawionym badaniu analizowano bardzo małą grupę noworodków z niską masą ciała (tylko 31(15.89%) dzieci), a poziom lęku przed porodem w całej grupie kobiet był niski, więc takie wyniki należy ostrożnie interpretować.

W przedstawionych badaniach większość kobiet deklarowała – ogólnie dobry stan zdrowia i wysoki poziom zadowolenia z życia (7 sten), pomimo udziału w badaniu 19% kobiet w ciąży o wysokim ryzyku, kobiety odczuwają wysoki poziom zadowolenia. Według naukowców subiektywna ocena stanu zdrowia jest dodatnio skorelowana z dobrostanem psychicznym [5], dlatego, pomimo nieprawidłowego przebiegu, ciąża jest odbierana pozytywnie, a kobiety nie skupiają się na swoim zdrowiu, lecz na zdrowiu dziecka. Jednakże czasami ciąża o przebiegu powikłanym może okazać się źródłem prenatalnego stresu. Jednym ze sposobów, dzięki którym ludzie radzą sobie w stresujących sytuacjach, jest uzyskanie adekwatnego do potrzeb wsparcia społecznego [6].

W badanej próbie kobiety wraz ze wzrostem ryzyka związanego z przebiegiem ciąży otrzymały istotnie więcej wsparcia informacyjnego. Nie otrzymały istotnie więcej wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego. Natomiast, gdy wzrastało ryzyko związane z przebiegiem ciąży, wzrastały poziomy każdego rodzaju wsparcia, co w konsekwencji mogło pozytywnie oddziaływać na samopoczucie kobiet (rys.1). Według badaczy, wsparcie społeczne, na które mogą liczyć kobiety w ciąży, może stanowić bufor na drodze między stresem życiowym a zdrowiem [5, 6]. W przedstawionych badaniach nie stwierdzono związku między lękiem przed porodem i otrzymanym wsparciem społecznym (tab.4). Uzyskany wynik prawdopodobnie jest związany z niskim odczuciem lęku przed porodem w badanej próbie kobiet (0.458, SD – 0.113) i wysokim poziomem otrzymanego wsparcia. Według wielu badaczy wsparcie społeczne działa najskuteczniej w sytuacji wysokiego poziomu lęku [6], a w powyższym badaniu średni poziom lęku w badanej grupie był niski. W przedstawionym badaniu najwyraźniej zaobserwowano bezpośrednie działanie wsparcia społecznego, które w pewnym stopniu chroni kobiety przed wpływem stresów. Przedstawione wyniki badań własnych są zgodne z uzyskanymi przez polskich autorów [22] oraz sprzeczne z uzyskanymi przez skandynawskich badaczy [23].

WNIOSKI

1. Na podstawie przeprowadzonego badania nie zaobserwowano wpływu lęku przed porodem doświadczanego przez matki na stan zdrowia noworodków ocenianych w skali Apgar, masę ciała oraz nieprawidłowości pępowinowe. Prawdopodobnie jest to związane z niskim poziomem odczuwanego lęku przez badane kobiety podczas ciąży i bezpośrednim działaniem wsparcia społecznego od bliskich osób, które w pewnym stopniu chroni kobiety w ciąży przed wpływem stresu.
2. W prezentowanym badaniu wsparcie społeczne wzrastało adekwatnie do zagrożenia związanego z ciążą. Można sugerować, że dzięki ofiarowanemu wsparciu społecznemu nie obserwujemy negatywnych skutków prenatalnego stresu u noworodków.

PIŚMIENICTWO

1. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Fear of Childbirth in late pregnancy. *Gyneacol Obstet Invest.* 1981; 12: 262–266.
2. Jolly J, Walker J, Bhabra K. Subsequent obstetric performance related to primary mode of delivery. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999; 106:227–232.
3. Dyrdal G, Roysamb E, Bang Nes R, Vitterso J. Can a Happy Relationship Predict a Happy Life? A Population – Based study of Maternal

- Well-Being During the Life Transition of Pregnancy, Infancy, and Toddlerhood. *J Happiness Stud.* 2010; 12(6): 947–962.
4. Martini J, Knappe S, Beeso-Baum K, Lieb R, Wittchen H. Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Hum Dev.* 2010; 86(5):305–10.
 5. Diener E, Lucas R, Oishi S. Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia. W: Czapiński J. (red.) *Psychologia pozytywna.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004; 33–51.
 6. Sęk H, Cieślak R. Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: Sęk H, Cieślak R. (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie,* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006: 11–28.
 7. Talge N, Neal C, Glover V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry.* 2007; 48(3–4): 245–61.
 8. DiPietro J, Novak M, Costigan K, Atella L, Reusing S. Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child Dev.* 2006; 77: 573–587.
 9. Bergman K, Sarkar P, O'Connor TG, Modi N, Glover V. Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46 (11):1454–63.
 10. Sarkar P, Bergman K, O'Connor T, Glover V. Maternal antenatal anxiety and amniotic fluid cortisol and testosterone: possible implications for foetal programming. *J Neuroendocrinol.* 2008; 20: 489–496.
 11. Sandman C, Wadhwa P, Glynn L, Chicz-Demet A, Porto M, Garite T. Corticotrophin-releasing hormone and fetal responses in human pregnancy. *Ann NY Acad Sci.* 1999; 897: 66–75.
 12. Fink N, Urech C, Berger C, Hoesli I, Holzgreve W, Bitzer J, et al. Maternal laboratory stress influences fetal neurobehavior: cortisol does not provide all answers. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2010; 23: 488–500.
 13. DiPietro J, Kivlighan K, Costigan K, Laudenslager M. Fetal motor activity and maternal cortisol. *Dev Psychobiol.* 2009; 51:505–512. [PMC free article].
 14. Dieter J, Emory E, Johnson K, Raynor B. Maternal depression and anxiety effects on the human fetus: preliminary findings and clinical implications. *Infant Ment Health J.* 2008; 29: 420–441.
 15. Diego M, Jones N, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, et al. Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight. *Psychosom Med.* 2006; 68(5):747–53.
 16. Henrichs J, Schenk J, Roza S, van den Berg M, Schmidt H, Steegers E, et al. Maternal psychological distress and fetal growth trajectories: the Generation R Study. *Psychom Med.* 2010; 40(4): 633–43.
 17. Maina G, Saracco P, Giolito M, Danelon D, Bogetto F, Todros T. Impact of maternal psychological distress on fetal weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *J Affect Disord.* 2008;111(2–3): 214–20.
 18. Putyński L, Paciorek M. Lęk porodowy, jego istota i metoda pomiaru. *Acta UL. Paedag.* 1997; 1: 147–153.
 19. Łuszczynska A, Kowalska M, Mazurkiewicz M, Schwarzer R. Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS): Wyniki wstępnych badań nad adaptacją skal i ich własnościami psychometrycznymi, *Stud Psychol* 2006, 44(3): 17–27.
 20. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa, 2001: 134–9.
 21. Berle J, Mykletun A, Daltveit A, Rasmussen S, Holsten F, Dahl A. Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. *Arch Womens Ment Health.* 2005; 8(3):181–9.
 22. Bielawska-Batorowicz E. Psychologiczne aspekty prokreacji. Katowice; Wydawnictwo Naukowe Śląsk; 2006:183–221.
 23. Adams S, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG.* 2012; 119(10): 1238–46.



Fear of childbirth in the third trimester of pregnancy and its correlation with the condition of neonate

Abstract

Background. Many studies worldwide have suggested the existence of a relationship between prenatal anxiety and abnormal course of pregnancy, and the health status of the neonate. Social support received from close friends and relatives may constitute an effective predictor of the welfare of pregnant women and newborns.

Objectives. The aim of the present study was to assess the level of childbirth fear and its correlation with neonatal health status evaluated using the Apgar scale, neonatal body mass and umbilical cord complications, as well as to determine the predictors of women's welfare.

Methods. The study included 199 women in the third trimester of pregnancy. The fear of childbirth was measured using the Fear of Childbirth Questionnaire (KLP II). The Berlin Social Support Scales (BSSS) and the Satisfaction with Life Scale (SWLS) were also applied. After parturition, data concerning neonatal assessment in the Apgar scale, neonatal body mass and umbilical cord complications during delivery were collected.

Results. No differences were found in the level of childbirth fear in mothers with regard to low neonatal body weight, low scores in the Apgar scale and umbilical cord complications. Satisfaction with life correlates with received social support. The level of social support received by women increases along with an increase in pregnancy risk.

Conclusions. The fear of childbirth in women in the third trimester of pregnancy does not correlate with poor health status of the neonate. Further research should be carried out in order to determine correlations between the fear of childbirth and the health status of the neonate.

Key words

Maternal anxiety, fear, pregnancy, newborn, umbilical cord, social support

