

**Aleksandra Dembińska, Edyta Wichary**

Katedra Psychologii Górnośląskiej Wyższej Szkoły Handlowej w Katowicach

# Wybrane psychospołeczne korelaty lęku przedporodowego – znaczenie dla praktyki położniczej

## Selected psycho-social correlates of antenatal anxiety – and their significance for obstetrics care

### STRESZCZENIE

**Wprowadzenie:** Poród będący momentem wieńczącym okres ciąży jest sytuacją zwrotną, przy której obok pozytywnych emocji, związanych z wizją macierzyństwa, u prawie wszystkich kobiet pojawia się strach lub lęk.

**Cel pracy:** Przeprowadzone badania dotyczyły analizy zjawiska lęku przedporodowego i jego związku z wybranymi czynnikami psychospołecznymi i socjodemograficznymi u kobiet ciężarnych.

**Grupa badana:** W badaniu zastosowano dobór celowy – było to 98 kobiet w ciąży.

**Narzędzia:** W badaniu użyto następujących narzędzi badawczych: Kwestionariusz Nadziei na Sukces (Snyder, w polskiej adaptacji M. Łaguny, J. Trzebińskiego i M. Zięby), Kwestionariusz Lęku Porodowego L. Putyńskiego i M. Paciorka, Kwestionariusz BHI-R J. Trzebińskiego i M. Zięby oraz kwestionariusz własny.

**Wyniki:** Analiza statystyczna wykazała związek lęku przedporodowego z: nadzieją podstawową, samopoczuciem w ciąży, lękiem przed zabiegami medycznymi, poziomem zaufania do personelu medycznego oraz wspomnieniem bólu z poprzedniego porodu. Natomiast zidentyfikowano brak istotnych statystycznie związków pomiędzy lękiem przedporodowym a zmiennymi socjodemograficznymi (wiekiem, wykształceniem, poziomem bezpieczeństwa finansowego, miejscem zamieszkania i etapem ciąży), nadzieją na sukces, poziomem stresu w ciąży, wsparciem ze strony partnera.

**Dyskusja:** Sytuacja porodu jest niezwykle złożona. W warunkach polskich istnieje silne przeświadczenie o konieczności rodzenia w szpitalu – jako bezpiecznym sposobie zakończenia ciąży, co odzwierciedla sposób postrzegania sytuacji porodu. Kobiety traktują go jako sytuację niezależną od ich własnego działania, z dominującym brakiem po-

---

#### Adres do korespondencji:

dr Aleksandra Dembińska, Katedra Psychologii Górnośląskiej Wyższej Szkoły Handlowej w Katowicach  
ul. Harcerzy Września 3, Katowice, e-mail: Aleksandra@dembinska.pl

czucia wpływu na jego przebieg i poczuciem silnej zależności od działania personelu medycznego. Znalazło to odzwierciedlenie w przeprowadzonych badaniach.

**Wnioski:** Wyniki badania dostarczają praktycznych wskazówek, które mogą zostać wykorzystane przy konstruowaniu programów wsparcia oraz programów psychoedukacyjnych dla kobiet w ciąży.

**Słowa kluczowe:** poród, lęk przedporodowy, nadzieja podstawowa, nadzieja na sukces.

## ABSTRACT

**Introduction:** Birth, as the final moment of pregnancy, is a turning point when positive emotions related to the vision of maternity are often accompanied by fear and anxiety.

**Aim:** Analysis, on the basis of the conducted studies, of the antenatal anxiety phenomenon and its connections with selected psycho-social and socio-demographic factors in pregnant women.

**Study group:** 98 pregnant women chosen by nonprobability sampling.

**Tools:** The Hope Scale (Snyder; Polish adaptation by M. Łaguna, J. Trzebiński and M. Zięba), Antenatal Anxiety Scale (L. Putyński, M. Paciorek), BHI-R [Basic Hope Inventory] (J. Trzebiński and M. Zięba), and the author's Original Questionnaire.

**Results:** Statistical analyses revealed connections between antenatal anxiety and: basic hope, woman's mood during pregnancy, fear of medical procedures, level of trust in the medical personnel, memories of pain from the previous delivery. No statistically significant connections were found between antenatal anxiety and socio-demographic variables (age, education, level of financial security, place of living, pregnancy stage), hope for success, stress level during pregnancy, and support from the partner.

**Discussion:** The situation of childbirth is a very complicated one. Polish women have a strong conviction that a hospital delivery is the only safe solution, and this conviction influences their perception of the childbirth situation. Women treat it as a situation that does not depend on their actions, and at the same time they are strongly dependent on the medical personnel actions. They also lack the feeling that they can impact the process in any significant way. These assumptions were confirmed in the conducted studies.

**Conclusions:** The study results include practical hints which can be used during the development of support and psychological education programs for pregnant women.

**Key words:** delivery, antenatal anxiety, basic hope, hope for success.

## Wprowadzenie

Poród będący momentem wieńczącym okres ciąży jest sytuacją zwrotną, w której obok pozytywnych emocji związanych z wizją macierzyństwa u prawie wszystkich kobiet pojawia się lęk – w słabym nasileniu odczuwa go około 80% ciężarnych, a około 20% kobiet odczuwa go intensywnie. Nasila się on w 3 trymestrze ciąży, kiedy 6–10% kobiet zmagają się z patolo-

gicznym lękiem o bardzo dużym nasileniu, natomiast u 2% kobiet rozpoznaje się lęk przed porodem o skrajnym natężeniu (Guszkowska 2012). Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii wykazały, że w ciągu ostatnich 20 lat liczba kobiet, które boją się porodu, zwiększyła się trzykrotnie, co pociągnęło za sobą znaczące zwiększenie liczby cesarskich cięć. Przyczyna takiego stanu rzeczy może wynikać ze zwiększenia się stopnia medykalizacji poro-

du, który w świadomości wielu kobiet utracił status procesu naturalnego i fizjologicznego na korzyść procedury medycznej, której się podlega. Warto zaznaczyć, że perspektywa pobytu w szpitalu na oddziale położniczym jest również źródłem stresu ze względu na zaburzone poczucie bezpieczeństwa (Kędra-Rakoczy i wsp., 2007).

Lęk w okresie okołoporodowym może dotyczyć wielu aspektów. Jako jego źródło kobiety najczęściej wymieniają ból oraz niepokój o zdrowie swoje oraz dziecka, a w dalszej kolejności niepokój o utratę kontroli oraz o brak sił niezbędnych do rodzenia (Chazan, 2005). Ból jako nieodłączny element porodu jest ważnym czynnikiem lękotwórczym. Ma to swoje uzasadnienie wynikające z badań przeprowadzonych przez R. Melzacka nad tym bólem. Ponad 90% badanych określiła go jako bardzo intensywny, a 23,5% oceniło go jako „ból nie do zniesienia” (Bielawska-Batorowicz, 2006).

Jedną z konsekwencji doświadczania lęku przedporodowego jest wystąpienie stresu związanego z porodem, który jest tak duży, że spełnia kryteria podobne do zaburzeń po stresie traumatycznym. W zależności od źródła szacuje się, że częstotliwość występowania tego zaburzenia wynosi od ok. 2 do 14% wszystkich ciąż, natomiast częściowe objawy zaburzeń po stresie traumatycznym mogą dotyczyć nawet ponad 1/3 kobiet (Bielawska-Batorowicz, 2006). S. Allen w koncepcji porodu traktowanego jako zdarzenie traumatyczne kluczową rolę w powstawaniu tego zaburzenia przypisuje poczuciu utraty kontroli – jako reakcji na ból, nad którym kobieta nie może zapanować przy pomocy dostępnych jej środków. Niezdolność do opanowania bólu wprowadza poczucie zagrożenia i niepokój o możliwe komplikacje. Kolejnymi czynnikami mogącymi wpłynąć na zachwianie poczucia kontroli podczas porodu są zagrożenie zdrowia dziecka, a także negatywne doświadczenia związane z poprzednimi porodami. Wymienione wyżej czynniki mogą interferować, wzmacniając swój wzajemny wpływ i nasilając tym samym jeszcze bardziej negatywne emocje. W sytuacji występowania wyżej wymienionych oko-

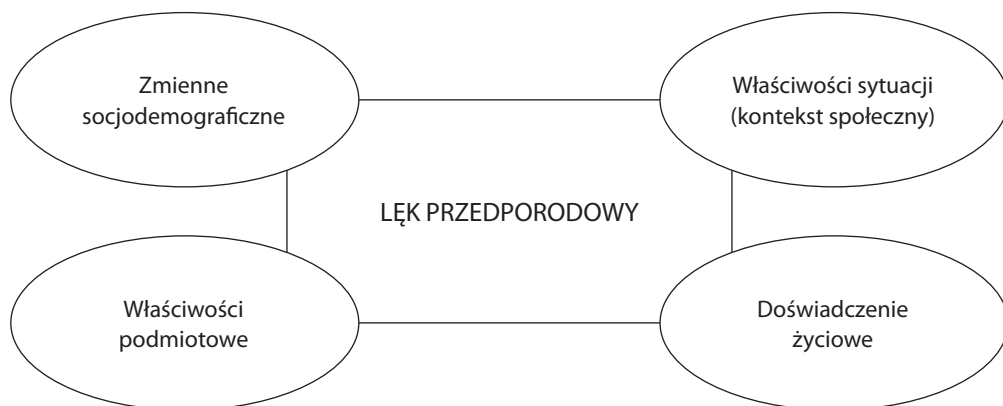
liczności, przy równoczesnym braku wystarczających zasobów niezbędnych do uporania się z trudną sytuacją, poród może stać się wydarzeniem traumatycznym, predysponującym do wystąpienia Zespołu Stresu Potraumatycznego (PTSD). Ryzyko to dodatkowo się zwiększa w sytuacji niskiego poziomu uzyskiwanego wsparcia społecznego, wysokiego poziomu odczuwanego bólu, a także niektórych dyspozycji osobowościowych, takich jak niekorzystny styl radzenia sobie ze stresem czy wysoki poziom neurotyzmu i związana z nim cecha lęku. Także lęk przed samym porodem, obecność zaburzeń emocjonalnych lub depresyjnych oraz uprzednie negatywne doświadczenia z poprzednich porodów, np. nieplanowane cesarskie cięcie czy poród kleszczowy, sprzyjają traumatyzacji porodu (Bielawska-Batorowicz, 2006; por. Bailham, Joseph, 2003).

Częstym powikłaniem wystąpienia PTSD po porodzie jest tokofobia, czyli skrajne nasilenie lęku przed ciążą i porodem przy równoczesnym pozytywnym ustosunkowaniu do posiadania dzieci. Zjawisko to zostało opisane przez Hofberga i Brockingtona (2000), jednak uwagę na nie zwrócono znacznie wcześniej, gdyż zachowania związane z nadmiernym lękiem przedporodowym obserwowane są w codziennej praktyce położniczej.

Tokofobia niesie ze sobą liczne konsekwencje natury psychologicznej i społecznej. Oprócz ryzyka całkowitej rezygnacji z macierzyństwa czy poddania się sterylizacji, w skrajnych przypadkach obserwowano również aborcję, nawet w sytuacji gdy ciąża była planowana. Wymienione zaburzenie może być bezpośrednią przyczyną depresji lub jej efektem. Częściej występuje również u ofiar wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie i u kobiet z obciążonym wywiadem psychiatrycznym, zwłaszcza w sytuacji gdy nie miały one możliwości decydowania o sposobie porodu (Hofberg, Brockington, 2000).

## **Cel pracy**

Przeprowadzone badania dotyczyły analizy zjawiska lęku porodowego i jego związku



Ryc. 1. Model badawczy – psychospołeczne korelaty lęku przedporodowego. Źródło: badanie własne

z wybranymi czynnikami psychospołecznymi i socjodemograficznymi u kobiet ciężarnych.

W zaproponowanym modelu (rys. 1) wyróżniono zmienne:

- socjodemograficzne: wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, etap ciąży, poczucie bezpieczeństwa finansowego;
- właściwości podmiotowe: nadzieja na sukces, nadzieja podstawowa, samopoczucie w ciąży, poziom stresu w ciąży, lęk przed zabiegami medycznymi;
- właściwości sytuacji (kontekst społeczny): wsparcie ze strony partnera, wsparcie informacyjne, zaufanie do personelu medycznego;
- doświadczenie życiowe: przebieg obecnej ciąży (komplikacje zdrowotne, przewidywany sposób rozwiązania ciąży, preferowany sposób rozwiązania ciąży), doświadczenia związane z poprzednimi ciążami (poronienie w przeszłości; powikłania zdrowotne w poprzednich ciążach; ocena poprzedniego porodu; ocena bólu porodowego; powikłania w trakcie porodu), problem niepłodności.

### Grupa badana

W celu przeprowadzenia badań zastosowano dobór celowy, uwzględniający wyłącznie kobiety ciężarne. Przebadano 98 kobiet w ciąży.

Większość z nich była w trzecim trymestrze ciąży (45,9%), natomiast w drugim i pierwszym odpowiednio 37,8% i 16,3%. Zdecydowaną większość (64,3%) stanowiły kobiety będące w ciąży po raz pierwszy. Wieloródki udzielały dodatkowych odpowiedzi dotyczących przebiegu ostatniej ciąży i porodu. Średni wiek wynosił 28,8 roku. Kobiety poddane badaniu najczęściej miały wykształcenie wyższe (75,5%) i były mieszkankami dużych miast (58,2%). Wśród badanej grupy małżonkami było 79,6%, pozostałe kobiety były w związku konkubentkim. Zdecydowana większość kobiet deklarowała, że planowała swoją ciążę, a jedynie 16,3% ciąży była niezaplanowana. Problemy z zajściem w ciążę zadeklarowała ¼ kobiet objętych badaniem, problemy z jej przebiegiem deklarowało zaś 28,6%. 40,8% ciężarnych korzystała z uzasadnionego zwolnienia lekarskiego w trakcie ciąży, co stanowi rozbieżność z informacjami dotyczącymi powikłań, wynikającymi z własnej deklaracji. Obciążony wywiad położniczy w postaci poronienia dotyczył 27,6% kobiet.

### Narzędzia

Użyto w badaniu następujących narzędzi badawczych:

- Kwestionariusz Nadziei na Sukces (Snyder, w polskiej adaptacji M. Łaguny, J. Trzebiń-

skiego i M. Zięby, 2005). Kwestionariusz ten służy do mierzenia siły oczekiwania pozytywnych efektów własnych działań. Jest to istotny aspekt obrazu własnej osoby, pełniący ważną funkcję w podejmowaniu decyzji, planowaniu działań, a także ich realizacji, nawet mimo przeciwności.

- Kwestionariusz Lęku Porodowego L. Pułyńskiego i M. Paciorka (2008) – służy do określenia poziomu lęku przedporodowego u kobiet ciężarnych.
- Kwestionariusz BHI-R J. Trzebińskiego i M. Zięby – służy do pomiaru siły Nadziei Podstawowej, czyli przeświadczenia o uporządkowaniu świata i jego przychylności ludziom. Siła Nadziei Podstawowej przejawia się w stopniu akceptowania przez człowieka twierdzeń dotyczących problemu przychylności i sensowności otaczającego go świata, a także jego przewidywalności (por. [http://nadziejapodstawowa.pl/?page\\_id=27](http://nadziejapodstawowa.pl/?page_id=27)).
- Ankieta własnej konstrukcji zawierająca 29 pytań standardowych oraz dodatkowych 6 pytań, na które udzielały odpowiedzi kobiety mające co najmniej 1 dziecko. Pytania dotyczyły zmiennych socjometrycznych, informacji dotyczących przebiegu ciąży, preferencji dotyczących przebiegu porodu, charakterystyki otrzymywanego i oczekiwanego wsparcia, historii położniczej, zachowań prozdrowotnych oraz źródeł pozyskiwania informacji na temat ciąży i porodu.

## Wyniki

Badane pod względem nasilenia lęku przedporodowego mogły uzyskać od 0 do 27 punktów, im wyższy punktowy wynik – tym wyższe natężenie lęku. Średni poziom lęku w badanej grupie wyniósł  $M=14,32$ . Rozpiętość wyników uzyskanych przez ankietowane kobiety wyniosła od 4 do 25 punktów. Wśród badanych najliczniejsza grupa osiągnęła wyniki wskazujące na niski poziom lęku (38,8%). Lekko podwyższony lęk wykazało 21,4% ciężarnych, wysoki – 12,2%. Bardzo wysoki poziom

lęku przedporodowego można na podstawie wyniku zdiagnozować u ponad jednej czwartej (27,6%) badanych kobiet.

Aby sprawdzić, jakie elementy porodu generują najsilniejszy lęk, przeanalizowano odpowiedzi na poszczególne pytania Kwestionariusza Lęku Porodowego. Z uzyskanych danych wynika, że badane kobiety najbardziej boją się bólu, a w następnej kolejności długości porodu oraz tego, że dziecko może się urodzić z wadą. Następnie obawiają się, iż dziecko może zostać w trakcie porodu uszkodzone. W najmniejszym stopniu badane martwią się, że podczas porodu znajdą niespodziewane komplikacje. Dodatkowo w ankiecie własnej zapytano ciężarne o poziom lęku przed nacięciem krocza oraz przed koniecznością wykonania nagłego cesarskiego cięcia. Nacięcie krocza budziło u badanych kobiet zdecydowanie większy lęk niż konieczność wykonania nagłego cesarskiego cięcia podczas porodu.

Aby sprawdzić, czy istnieją zależności związane z odczuwanym przez kobiety ciężarne lękiem przedporodowym, przeanalizowano wyodrębnione w modelu poszczególne zmienne. Wzięto pod uwagę zmienne socjodemograficzne, jednak żadna z nich nie wykazała istotnego statystycznie związku z poziomem lęku przedporodowego ( $p > 0,05$ ). Jak się okazało, nasilenie lęku przedporodowego u badanych nie było zależne od ich wieku, wykształcenia, poziomu bezpieczeństwa finansowego, miejsca zamieszkania ani etapu ciąży.

Zbadano także związki między lękiem przedporodowym a zmiennymi osobowościowymi, takimi jak nadzieja podstawowa i nadzieja na sukces. Przeprowadzono w tym celu analizę korelacji przy użyciu współczynnika  $\rho$  Spearmana (tab. 1).

Dane przedstawione w tabeli 1 wskazują, że występuje istotna statystycznie ujemna korelacja ( $\rho = -0,217$ ) pomiędzy poziomami nadziei podstawowej a lęku przedporodowego. Oznacza to, że im wyższy poziom nadziei podstawowej, tym niższy poziom lęku. Nie istnieje natomiast istotna statystycznie korelacja ( $p > 0,05$ ) pomiędzy poziomem nadziei na sukces i jej składowymi (umiejętność znajdo-

**Tabela 1.** Współczynniki korelacji  $\rho$  Spearmana dla związku pomiędzy zmiennymi podmiotowymi a poziomem natężenia lęku porodowego.

Zmienne podmiotowe	Poziom lęku porodowego	
	$\rho$	$p$
<b>Poziom nadziei podstawowej</b>	<b>-0,217</b>	<b>0,032</b>
Poziom nadziei na sukces	-0,113	0,269
Umiejętność znajdowania rozwiązań	-0,060	0,558
Siła woli	-0,146	0,150
<b>Samopoczucie w ciąży</b>	<b>-0,204</b>	<b>0,02</b>
<b>Lęk przed zabiegami medycznymi</b>	<b>0,243</b>	<b>0,03</b>
Poziom stresu w ciąży	-0,067	0,56

Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie);  $\rho$  – współczynnik korelacji,  $p$  – istotność statystyczna. Źródło: badania własne

wania rozwiązań i siła woli) a poziomem lęku porodowego.

W celu zbadania zależności pomiędzy deklarowanym przez badane samopoczuciem w ciąży a poziomem lęku porodowego przeprowadzono analizę korelacji  $\rho$  Spearmana. Jej wynik ( $\rho = -0,204$ ;  $p < 0,05$ ) wskazuje na istnienie istotnego statystycznie ujemnego związku pomiędzy tymi zmiennymi. Im lepsze samopoczucie ciężarnej, tym niższe nasilenie lęku porodowego. Natomiast analiza wykazała brak istotnego statystycznie związku pomiędzy poziomem stresu w ciąży a lękiem przedporodowym ( $p > 0,05$ ).

Aby zweryfikować, czy wyższy lęk przed zabiegami medycznymi (np. pobieranie krwi, zabiegi chirurgiczne) wiąże się z wyższym lękiem przed porodem, zastosowano analizę korelacji  $\rho$  Spearmana. Jej wynik  $\rho = 0,243$ ;  $p < 0,05$  wskazuje, że istnieje istotny statystycznie dodatni związek pomiędzy tymi zmiennymi. Im wyższy lęk przed zabiegami medycznymi, tym wyższy również lęk przed porodem.

Chciano także poznać związki pomiędzy właściwościami sytuacji w kontekście społecznym a odczuwanym lękiem przed porodem. Ważnym czynnikiem psychologicznym mogącym mieć wpływ na poczucie lęku przedporodowego jest wsparcie partnera. Badane

kobiety w związku ze zbliżającym się porodem w największym stopniu oczekują wsparcia psychicznego. Większość z nich deklaruje, że zależy im na tym, aby poród odbył się w obecności partnera. W najmniejszym stopniu kobiety oczekują pomocy fizycznej. Natomiast poziom otrzymywanego wsparcia w trakcie ciąży jest niewiele niższy niż poziom oczekiwań w tym zakresie w trakcie porodu.

Chcąc sprawdzić, czy poziom otrzymywanego wsparcia od partnera w trakcie ciąży i oczekiwanego wsparcia związanego z porodem ma związek z nasileniem lęku, przeprowadzono analizę korelacji  $\rho$  Spearmana. Z analizy wynika, że nie istnieje istotna statystycznie ( $p > 0,05$ ) korelacja pomiędzy tymi zmiennymi.

Podjęto także próbę analizy wsparcia informacyjnego. Prawie 3/4 badanych (74,5%) zadeklarowało, że informacje na temat ciąży czerpie głównie od lekarza prowadzącego. Nieco mniej ciężarnych (64,3%) tego typu informacje pozyskuje z Internetu lub prasy. Ponad połowa kobiet (58,2%) korzysta z relacji bliskich osób. Przeprowadzona analiza testem  $U$  Manna-Whitneya ( $U = 811,00$ ;  $p > 0,05$ ) wskazuje na brak istotnych różnic pomiędzy tymi grupami. Przeprowadzono ponadto analizę w celu zweryfikowania związku pomiędzy zainteresowaniem cudzymi porodami (np. fora internetowe) a lękiem przedporodowym.

**Tabela 2.** Współczynniki korelacji  $\rho$  Spearmana dla związku pomiędzy poziomem lęku porodowego a wskaźnikami przebiegu ostatniego porodu

	Poziom lęku porodowego	
	$\rho$	$p$
<b>Czy w poprzedniej ciąży wystąpiły jakieś komplikacje?</b> (1: tak, liczne – 5: nie, ciąża przebiegła bez komplikacji)	-0,174	0,325
<b>Czy wystąpiły w trakcie poprzedniego porodu?</b> (1: tak, liczne – 5: nie, poród przebiegł bez komplikacji)	-0,209	0,235
<b>Ocena bólu podczas ostatniego porodu? (od 1 silny do 5 słaby)</b>	<b>-0,442</b>	<b>0,010</b>
<b>Jak wspomina Pani swój ostatni poród?</b> (1: bardzo dobrze – 5: bardzo źle)	<b>0,468</b>	<b>0,005</b>

Źródło: badania własne

l tu wynik wskazuje na brak istotnego statystycznie związku pomiędzy tymi zmiennymi ( $p > 0,05$ ).

Zbadano ponadto, czy poziom zaufania do kompetencji personelu medycznego ma związek z poziomem lęku porodowego. Przeprowadzono w tym celu analizę korelacji  $\rho$  Spearmana. Wynik wskazuje na istnienie istotnego statystycznie, ujemnego związku pomiędzy tymi zmiennymi ( $\rho = -0,214$ ;  $p > 0,05$ ). Im wyższe zaufanie mają badane kobiety do personelu medycznego, tym niższy poziom lęku porodowego je cechuje.

Ciekawa okazała się także analiza doświadczenia życiowego ciężarnych kobiet poddawanych badaniu, zarówno dotyczącego obecnej ciąży, jak i ciąży wcześniejszych. Do analizy związków lęku przedporodowego z powikłaniami ciążowymi wykorzystano odpowiedź na pytanie o konieczność korzystania z uzasadnionego zwolnienia lekarskiego, które wydaje się rzetelniejsze od subiektywnej oceny występowania zaburzeń w przebiegu ciąży. Analiza testem  $U$  Manna-Whitneya nie wykazała istnienia istotnych statystycznie różnic:  $U = 936,00$ ;  $p > 0,05$ . Kobiety, u których ciąża przebiegała bez powikłań, cechują się podobnym poziomem lęku jak kobiety deklarujące występowanie powikłań zdrowotnych związanych z przebiegiem ciąży, potwierdzone uzasadnionym zwolnieniem lekarskim.

Interesujące okazało się zweryfikowanie, czy poziom lęku porodowego miał związek z przewidywanym i preferowanym sposobem rozwiązania ciąży. Przeprowadzono analizę testem  $U$  Manna-Whitneya ( $U = 763,50$ ;  $p > 0,05$ ), gdzie wykazano brak istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami przewidującymi cesarskie cięcie albo poród naturalny. Natomiast analiza preferencji odnośnie do zakończenia ciąży – test  $U$  Manna-Whitneya ( $U = 468,50$ ;  $p < 0,05$ ) – przeciwnie: wskazuje na występowanie istotnych różnic pomiędzy porównywanymi grupami. Kobiety preferujące poród za pomocą cesarskiego cięcia mają istotnie wyższy poziom lęku porodowego ( $M = 16,68$ ;  $SD = 5,00$ ) niż kobiety, które wolałyby rodzić w sposób naturalny ( $M = 13,61$ ;  $SD = 4,44$ ).

Część pytań w ankiecie własnej dotyczyła doświadczeń związanych z poprzednimi ciążami i porodami. Aby sprawdzić, czy przebieg ostatniej ciąży i porodu pozostaje w zależności z poziomem lęku porodowego w obecnej ciąży, przeprowadzono analizy korelacyjne. Wyniki analiz przedstawia tabela 2.

Dane przedstawione w tabeli 2 wskazują, że istnieje istotna statystycznie, ujemna korelacja pomiędzy poziomem bólu odczuwanego podczas ostatniego porodu a poziomem lęku porodowego. Im wyższy poziom bólu, tym wyższy poziom lęku porodowego. Istnieje także istotny statystycznie, dodatni związek



między oceną ostatniego porodu a lękiem. Im lepiej badane kobiety wspominały ostatni poród, tym w obecnej ciąży przeżywały mniejszy lęk przed porodem. Nie istnieje natomiast istotna statystycznie zależność między występowaniem komplikacji podczas ostatniej ciąży i porodu a poziomem lęku w obecnej ciąży.

Zweryfikowano także, czy wcześniejsze poronienie ma związek z aktualnie doświadczanym lękiem przed porodem. Analiza wykonana przy pomocy testu *U* Manna–Whitneya wykazała, że poziom różnicy jest na granicy tendencji statystycznej ( $U = 751,50$ ;  $p = 0,099$ ) nie osiągając poziomu istotności statystycznej. Sprawdzono także związek pomiędzy wcześniejszym doświadczeniem problemów związanych z zejściem w ciążę a odczuwanym aktualnie przez kobiety w ciąży lękiem przedporodowym. Analizę przeprowadzono z wykorzystaniem testu *U* Manna–Whitneya. Wyniki tej analizy wskazują na brak istotnych statystycznie różnic pomiędzy ciężarnymi z porównywanych grup ( $U = 882,50$ ;  $p > 0,05$ ).

## Dyskusja

Uzyskane w przeprowadzonym badaniu wyniki pozwalają potwierdzić obecność lęku przed porodem u kobiet ciężarnych. Bardzo wysokie wyniki w Kwestionariuszu Lęku Porodowego odnotowano u ponad ¼ badanych, natomiast wysokie – u 12,2%, co sugeruje, że nie jest to rzadkie zjawisko. Podobne wskaźniki uzyskiwano w wynikach innych badań przeprowadzonych na świecie, choć stosowano w nich inne narzędzia pomiarowe w celu oceny poziomu lęku (Saisto, Halmesmäki, 2003). Również wyszczególnienie bólu, jako najistotniejszego czynnika budzącego lęk, jest spójne z wieloma badaniami przeprowadzonymi dotychczas (Bączyk i wsp., 2011).

W badaniu własnym jako istotne okoliczności porodu wzbudzające niepokój kobiety w dalszej kolejności wskazywały na obawy dotyczące czasu trwania porodu, braku kontroli nad sytuacją, urodzenia dziecka z wadą oraz ryzyka niespodziewanych komplikacji. Duży poziom niepokoju odnotowano tak-

że w związku z ryzykiem epistomii (nacięcia krocza) w trakcie drugiej fazy porodu, co postrzegane było nawet bardziej negatywnie od nagłej konieczności wykonania cesarskiego cięcia. Jest to zastanawiająca obserwacja, zważywszy na poziom ryzyka, które niosą z sobą re dwie interwencje. Przy obu zabiegach występuje pewne prawdopodobieństwo komplikacji, jednak cesarskie cięcie jest w nieporównywalnie większym stopniu obciążone ryzykiem powikłań od zabiegu nacięcia krocza, a mimo to, jak się okazuje, nie budzi tak intensywnego lęku. Istotny związek na taki właśnie sposób postrzegania obu tych zabiegów ma prawdopodobnie przekaz medialny, w którym cesarskie cięcie jest kreowane na bezbolesny i bezpieczny sposób porodu (por. Michałowska i wsp., 2012), nacięcie krocza zaś – na zabieg niepożądany, często niepotrzebnie wykonywany.

Alternatywną koncepcją tłumaczącą uzyskany wynik może być także odczuwanie silniejszego lęku w stosunku do zabiegów, które są wykonywane z zaskoczenia, gdyż nacięcie krocza dotyczy większości kobiet w trakcie porodu naturalnego. Cesarskie cięcie – mimo że obecnie dotyczy ponad 30% porodów – w warunkach nagłych nie przekracza kilku procent (por. Michałowska i wsp., 2012). Opierając się na wynikach badań własnych można również zwrócić uwagę, że kobiety, które przejawiają niski poziom zaufania do personelu medycznego, wykazują równocześnie silniejszy lęk przed nacięciem krocza. Związku takiego nie wykazano w stosunku do ryzyka wykonania nagłego cesarskiego cięcia, co potwierdza tezę, że nacięcie krocza może w świadomości wielu kobiet być kojarzone z przejawem niekompetencji czy „wygodnictwa” personelu w celu przyspieszenia porodu.

Analizowane tu zależności dotyczące zmiennych socjodemograficznych nie zostały potwierdzone. Jednakże dostępne badania w tym względzie nie są spójne. Część z nich potwierdza wyniki tu uzyskane o braku takiej zależności (Pilch i wsp., 2011), natomiast inne badania wykazują związek niektórych zmiennych tego typu z lękiem porodowym (Sa-



isto, Halmesmäki, 2003). W prezentowanych badaniach dla odczuwania lęku porodowego nieistotne okazały się takie zmienne jak: wiek, miejsce zamieszkania, poziom bezpieczeństwa materialnego, poziom wykształcenia czy stopień zaawansowania ciąży. Wykazany brak związku powikłań w obecnej lub uprzedniej ciąży czy trudności z zajściem w ciążę z ryzykiem pojawienia się lęku porodowego jest zgodny z wynikami innych badań, w których nie wykazano związku doświadczeń poprzednich porodów z lękiem porodowym.

Odnotowano natomiast niższy poziom lęku u kobiet, które w przeszłości doświadczyły poronienia. Jedną z hipotez tłumaczącą taką zależność może być stosowanie mechanizmów obronnych obniżających poczucie więzi z nienarodzonym dzieckiem, co zabezpiecza przed emocjami związanymi z kolejną ewentualną stratą. Inną hipotezę wyjaśnienia tego zjawiska można upatrywać w ukierunkowaniu uwagi głównie na ryzyko utraty ciąży, a nie aspekt ewentualnego porodu, co przyczynia się do przeżywania mniejszego lęku porodowego. Tezy te wymagają jednak dalszych weryfikacji.

Kolejnym aspektem podjętym w przedstawionych badaniach własnych był problem wsparcia społecznego. Większość kobiet oczekuje, aby poród odbył się w obecności partnera – ponad 45% badanych nie wyobraża sobie porodu bez niego. Kobiety w większym stopniu oczekujące jego obecności wykazują wyższy poziom lęku przed porodem. Może to sugerować większą potrzebę wsparcia społecznego u kobiet odczuwających wyższy lęk.

Wsparcie polegające na oczekiwaniu kontrolowania personelu medycznego przez partnera dodatnio korelowało z natężeniem lęku porodowego, co jest kolejnym dowodem na niski poziom poczucia bezpieczeństwa i brak zaufania do działań personelu medycznego. Wyniki badań dotyczące tego aspektu dostępne w literaturze są niespójne. Choć powszechnie przyjmuje się, że adekwatne wsparcie społeczne przyczynia się do obniżenia poziomu negatywnych emocji i jest ważnym zasobem odpornościowym w radze-

niu sobie z sytuacją trudną, jaką jest poród, co potwierdzają badania Melendera (2002), to są badania, w których nie potwierdzono istotnej zależności pomiędzy żadnym z trzech rodzajów wsparcia społecznego (emocjonalnego, informacyjnego, instrumentalnego) a lękiem przed porodem (Gebuza i wsp., 2015).

Warto podkreślić, że przeprowadzone analizy wskazują na znaczenie okoliczności porodu związanych z pobytem w szpitalu jako istotnie powiązanych z ujawnianiem lęku porodowego. Poziom zaufania do personelu medycznego, jak i wysoki poziom lęku związany z przeprowadzanymi zabiegami medycznymi w sposób istotny koreluje z poziomem odczuwanego lęku związanego z urodzeniem dziecka. Nie wykazano jednak różnic w natężeniu ogólnego lęku przed porodem a rodzajami przewidywanego porodu (poród siłami natury/cesarskie cięcie). Wykazano natomiast, że wysoki poziom lęku porodowego związany jest z preferowaniem cesarskiego cięcia jako sposobu rozwiązania ciąży. Prawdopodobnie ma to związek ze sposobem postrzegania go jako bezbolesnego, obciążonego mniejszym ryzykiem i bardziej przewidywalnego.

Wśród czynników osobowościowych analizie poddano poziom nadziei na sukces i nadziei podstawowej. Oba dotyczą konstruktów nadziei, ale ich różny charakter różnicuje sposób zachowania w zależności od specyfiki sytuacji trudnej. W badaniu własnym nie potwierdzono związku nadziei na sukces z poziomem lęku porodowego. Do tej pory nie przeprowadzono badań skupionych na tym aspekcie, chociaż liczne badania potwierdziły ujemny związek poziomu własnej skuteczności, wykazujący w pewnych względach podobieństwo do konstruktów nadziei na sukces, z poziomem natężenia lęku porodowego (Sieber i wsp., 2006).

Wśród czynników różnicujących uzyskane wyniki należy zwrócić uwagę na kontekst kulturowy dotyczący różnic w ocenie porodu, poziomu poczucia bezpieczeństwa, warunków opieki medycznej, występujących nawet wśród krajów europejskich.

Mimo że rola powikłań w trakcie aktualnej i poprzedniej ciąży okazała się nieistotna dla

występowania lęku przed porodem, to wykazano istotny związek lęku porodowego z poziomem bólu doświadczanego w trakcie poprzedniego porodu, a także dodatni związek z poziomem pozytywnych wspomnień związanych z przebyciem już porodem. Co ciekawe, wykazano również, że z obecnością pozytywnych wspomnień z poprzedniego porodu związana jest też nadzieja na sukces, która jako składnik osobowościowy prawdopodobnie modyfikuje treść zapamiętywanych zdarzeń. Niektóre badania również potwierdziły to spostrzeżenie, np. wykazano, że wysokie poczucie skuteczności sprzyja postrzeganiu bólu porodowego jako słabszego (Tang, Goggins, 2009). Można wysunąć hipotezę, że wysoki poziom nadziei na sukces predysponuje do skupiania uwagi na pozytywnych aspektach porodu, gdyż gwarantuje spójność w postrzeganiu własnej osoby jako zdolnej do pokonywania przeciwności losu dzięki własnym kompetencjom.

Sytuacja porodu jest niezwykle złożona. Z jednej strony jest procesem w pełni fizjologicznym, naturalnym i w dużej mierze zależnym od samej kobiety, z drugiej strony jednak odbywa się prawie wyłącznie w szpitalu, który nieodłącznie utożsamiany jest z chorobą i zależnością od personelu medycznego. Rola samej ciężarnej w takich warunkach jest minimalizowana, gdyż jest ona w głównej mierze obiektem interwencji medycznych.

Poziom medykalizacji porodu w ostatnich latach bardzo się zwiększył, co jest motywowane głównie dbałością o bezpieczeństwo w przypadku powikłań w okresie okołoporodowym. Jednak badania w krajach, gdzie duży procent porodów odbywa się w warunkach domowych, wykazują, że nie obserwuje się tam większej liczby powikłań czy śmiertelności okołoporodowej niemowląt i matek (de Jonge i wsp., 2009).

W warunkach polskich istnieje silne przeświadczenie o konieczności rodzenia w szpitalu jako bezpiecznym sposobie zakończenia ciąży, co odzwierciedla sposób postrzegania sytuacji porodu. Kobiety traktują go jako sytuację niezależną od ich własnego działania, z dominującym brakiem poczucia wpływu na

jego przebieg i poczuciem silnej zależności od działań personelu medycznego. Uzasadnienie tej tezy można znaleźć między innymi w przedstawionych wyżej wynikach badań. Zaobserwowano ujemny związek poziomu nadziei podstawowej z poziomem lęku porodowego. Warto zaznaczyć, że nadzieja podstawowa opiera się na przekonaniu o sensie i sprawiedliwości świata i modyfikuje zachowanie zwłaszcza w tych sytuacjach, w których poczucie kontroli jest bardzo ograniczone, co w dużej mierze jest zgodne ze specyfiką porodu szpitalnego. Dodatkowo w przeprowadzonym badaniu nie odnotowano związku lęku z poziomem nadziei na sukces, odzwierciedlającej w znacznym stopniu poczucie własnej sprawczości, co potwierdza tezę o specyficznym postrzeganiu sytuacji porodu jako leżącej poza poczuciem kontroli.

Kolejnym potwierdzeniem takiego właśnie postrzegania sytuacji porodu przez wiele rodzących kobiet jest wykazany w pracy negatywny związek poziomu lęku z poziomem zaufania do personelu medycznego. Można z tego faktu wyciągnąć także wnioski praktyczne, o potrzebie podejmowania działań psychoprofilaktycznych zmierzających do modyfikacji sposobu postrzegania sytuacji porodu, gdyż wielokrotnie w publikowanych już badaniach wykazano pozytywną rolę poziomu zaangażowania w poród dla jego korzystnego przebiegu związanego między innymi z niższą oceną doznawanego bólu czy skróconym czasem jego trwania.

## Wnioski

- Ważnym aspektem porodu jest postrzeganie go jako sytuacji stresowej i nacechowanej lękiem, przy czym charakterystyczną cechą jest brak poczucia kontroli nad tym wydarzeniem, co przekłada się na ograniczone podejmowanie działań własnych i niewystarczające uruchamianie zasobów mogących przyczynić się do lepszego radzenia sobie z tą sytuacją.
- Działania psychoprofilaktyczne zmierzające do zwiększenia świadomości własnej

sprawczości i podkreślanie jej pozytywnego wpływu na przebieg nie tylko samego porodu, ale również okresu poporodowego, mogą pomóc zmienić to przeświadczenie, zwiększając jednocześnie dostępny repertuar sposobów radzenia sobie.

- Na zmianę poznawczej oceny porodu jako na wydarzenie zależne od własnego działania może wpłynąć udział takich kompetencji jak nadzieja na sukces, która oprócz pozytywnego wpływu na proces radzenia, modyfikuje również treść wspomnień, sprzyjając skupianiu uwagi na pozytywnych aspektach zdarzenia.
- Wzmacnianie poziomu zaufania do personelu medycznego może pozytywnie modyfikować poziom lęku porodowego, gdyż wielokrotnie w niniejszej pracy wyniki badań sugerowały brak takiego przekonania. Prawdopodobnie poprawa w jakości opieki medycznej, życzliwość i empatia w traktowaniu pacjentki oraz budowanie relacji zaufania są czynnikami mającymi szansę obniżyć lęk przedporodowy.
- W świetle uzyskanych wyników można postulować zwiększenie monitorowania osób wykazujących cechy osobowości sprzyjające zachowaniom lękowym np.: wysoki poziom neurotyzmu, wysoki poziom lęku jako cechy, zwiększona depresyjność czy zaburzenia lękowe o charakterze fobii, które mogą predysponować do nadmiernego doświadczania lęku porodowego, co wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań okołoporodowych.
- Dla prewencji lęku porodowego istotne wydaje się również zwrócenie szczególnej uwagi personelu i kobiet ciężarnych na doniosłą rolę jaką odgrywają wszelkie działania zmierzające do modyfikowania i obniżania poziomu odczuwanego bólu podczas porodu.
- Działania te mogą przynieść pozytywny skutek zmniejszając zarówno ryzyko negatywnych konsekwencji lęku, jak również obniżyć częstotliwość wykonywanych cesarskich cięć motywowanych lękiem przed bólem porodowym.

## Piśmiennictwo

- Areskog B., Uddenberg N., Kjessler B. (1983). Experience of delivery in women with and without antenatal fear of childbirth. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, t. 16, nr 1, 1–12.
- Bailham D., Joseph S (2003). Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health & Medicine*, t. 8, nr 2, 159–168.
- Bączyk G., Cebulska V., Koźlak V., Michalak M., Bajek A., Macinkowski J., T. (2011). Poziom lęku przedporodowego u kobiet w ciąży. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 92(4), 774–777.
- Bielawska-Batorowicz E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Śląsk, Katowice.
- Chazan B. (2005). Organizacja opieki medycznej nad kobietą w ciąży. Bręborowicz G.H. (red.), *Położnictwo i ginekologia*, PZWL, Warszawa.
- de Jonge A., van der Goes B.Y., Ravelli A.C., Amelink-Verburg M.P., Mol B.W. Nijhuis J.G. Bennebroek Gravenhorst J., Buitendijk S.E. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 116(9):1177–84
- Gebuzza G., Kazimierzczak M., Gierszewska M., Mieczkowska E., Banaszkiewicz M., Wróbel-Bania A. (2015). Lęk przed porodem w III trymestrze ciąży i jego powiązania ze stanem noworodka. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, t. 21, nr 1, 39–44.
- Guszkowska M. (2012). Lęk przed porodem i determinujące go czynniki – przegląd literatury, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, t. 5, z. 3, 154–161.
- Hofberg K., Brockington I. F. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases, *British Journal of Psychiatry*, 176 (1), 83–85. [http://nadziejapodstawowa.pl/?page\\_id=27](http://nadziejapodstawowa.pl/?page_id=27)
- Kędra-Rakoczy M., Kołomyjec P., Suchocki S. (2007). Wykształcenie i zachowania prozdrowotne ciężarnych biorących udział w zajęciach szkoły rodzenia oraz ich wpływ na przebieg porodu i stan noworodka. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, 43(3), 57–60.
- Łaguna M., Trzebiński J., Zięba M. (2005). *Kwestionariusz Nadziei na Sukces KNS. Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa.
- Melender H.L. (2002). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery and Women's Health* 47, 256–263.

- Michałowska S., Zalewski M., Heimrath J., Zalewski J. (2012). Analiza sposobów ukończenia ciąży na podstawie preferencji ciężarnych oraz danych statystycznych z lat 2006-2010. *Nowa Medycyna* 4, 67–75.
- Pilch D., Szamlewska B., Błaszczak A. (2011). Badanie poziomu lęku kwestionariuszem STAI C.D. Spielbergera u kobiet w okresie okołoporodowym. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, t. 4, z. 3, 163–168.
- Putyński L., Paciorek L. (2008). Kwestionariusz Lęku Porodowego (KLPII) Wersja Zrewidowana – konstrukcja i właściwości psychometryczne. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica*, nr 12.
- Saisto T. T., Halmesmäki E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, t. 82, nr 3, 201–208.
- Saisto T., Salmela-Aro K., Nurmi J-E., Halmesmaki E. (2001). Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80, 39–45.
- Sieber S., Germann N., Barbir A., Ehlert U. (2006). Emotional well-being and predictors of birth-anxiety, self-efficacy, and psychological adaptation in healthy pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85, 1200–1207.
- Tang C.S.K., Goggins W.B. (2009): An educational intervention to improve women's ability to cope with birth. *Journal of Clinical Nursing* 18, 2125–2135.