

Dr Ewelina Kamasz, <https://orcid.org/0000-0003-3192-3951>  
Wydział Nauk Społecznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego  
w Olsztynie

Dr Natalia Pilarska, <https://orcid.org/0000-0002-5545-1752>  
Wydział Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego  
w Bydgoszczy

Mgr Agata Włodarczyk, <https://orcid.org/0000-0002-3548-2922>  
Miejska Biblioteka Publiczna  
w Gdyni

## Znaczenie traumatycznych narracji porodowych oraz oceny opieki ginekologicznej jako czynnika rozwoju tokofobii w oczach młodych kobiet

**The importance of traumatic birth narratives and the evaluation  
of gynaecological care as a factor in the development of tokophobia in  
the eyes of young women**

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.401>

**Abstract:** Prezentowane badanie zostało przeprowadzone na grupie 604 młodych kobiet w wieku 19-24 lata, które nie są i nie były nigdy wcześniej w ciąży. Prezentowane badanie zostało przeprowadzone na grupie 604 młodych kobiet w wieku 19-24 lata, które nie są i nie były nigdy wcześniej w ciąży. Celem pracy była analiza ich postaw względem ewentualnej ciąży, porodu, macierzyństwa, służby zdrowia i opieki ginekologicznej w Polsce oraz historie rodzinne budujące postawę wobec ciąży i porodu. Dodatkowym celem było przebadanie związków pomiędzy samooceną, poczuciem własnej skuteczności, oceną służby zdrowia w Polsce i traumatycznymi narracjami porodowymi w otoczeniu badanych a deklarowaną chęcią posiadania dziecka. Samoocena kobiet została zmierzona za pomocą *Skali Samooceny Rosenberga*, poczucie własnej skuteczności przebadano przy użyciu *Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES)*. Postawy i historie porodowe zostały przebadane za pomocą autorskiej ankiety. Według przeprowadzonych badań większość kobiet boi się porodu w umiarkowanym bądź znacznym stopniu, w tym szczególnie komplikacji porodowych i bólu związanego z porodem. Ponad 75% badanych kobiet słyszała o traumatycznych doświadczeniach porodowych swoich bliskich. Pomimo tego prawie 92% badanych kobiet chciałoby zajść w ciążę i urodzić, a ponad 90% kobiet postrzega poród jako zjawisko naturalne i instynktowne. Traumatyczne narracje porodowe w rodzinie wiązały się z obniżonymi wynikami w skali GSES. Ocena opieki ginekologicznej nie odgrywała roli w rozwoju tokofobii ani w deklarowanej chęci posiadania dziecka.

**Słowa kluczowe:** lęk porodowy, samoocena, poczucie własnej skuteczności, młode kobiety

**Abstract:** This study was conducted on a group of 604 young women aged 19-24 who are not and had never been pregnant before. The aim of the study was to analyse their attitudes towards possible pregnancy, childbirth, motherhood, health care and gynaecological care in Poland and family narratives building attitudes towards pregnancy and childbirth. An additional aim was to examine the relationship between self-esteem, self-efficacy, evaluation of the health service in Poland and traumatic birth narratives in the surroundings of the respondents and the declared desire to have a child. Self-assessment of women was measured using the Rosenberg Self-Esteem Scale, self-efficacy was tested using the Generalised Self-Efficacy Scale (GSES). Attitudes and birth narratives were examined using a proprietary questionnaire. According to the survey, the majority of women are

moderately or significantly afraid of childbirth, particularly labour complications and pain associated with childbirth. More than 75% of the women surveyed heard from their relatives about their traumatic experiences. Despite this, almost 92% of the women surveyed would like to become pregnant and give birth, and more than 90% of women see childbirth as a natural and instinctive phenomenon. Traumatic birth narratives in the family were associated with reduced GSES results. The evaluation of gynaecological care did not play a role in the development of tokophobia or in the declared desire to have a child.

**Keywords:** tokophobia, self-esteem, self-efficacy, young women

### Wprowadzenie

Lęk porodowy jest specyficznym i wielowymiarowym zjawiskiem psychologicznym, które wiąże się ze sposobem poznawczego interpretowania sytuacji porodu (Putyński, 1997). Badania dotyczące lęku przed porodem prowadzone są już od 40 lat (zob. Areskog, Kjessler, Uddenberg, 1982). Często w obliczu lęku porodowego u pierworódek mówi się o konfrontacji z czymś, co nieznane, co dodatkowo podsycane jest poprzez słuchanie przerażających opowieści na temat porodu. Z czym wiąże się lęk porodowy kobiet? Najczęściej kobiety boją się zabiegu nacięcia krocza, doświadczenia utraty kontroli oraz bólu porodowego (Demšar i in., 2018), a także sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia ich dzieci. Co zatem może sprzyjać radzeniu sobie z lękiem w tej sytuacji? Można podejrzewać, że samoocena kobiet ciężarnych może mieć znaczenie dla radzenia sobie z sytuacjami stresującymi, w tym z sytuacją samego porodu. Postanowiono zatem sprawdzić zależności pomiędzy samooceną a lękiem porodowym u badanych kobiet, które nie doświadczyły i nie doświadczyły w swej przeszłości ciąży.

### 1. Tokofobia - definicja i epidemiologia zjawiska

Terminu tokofobia w 2000 roku użyli Hofberg i Brockington. Określają oni tokofobię lub parturifobię (*tokos* z greckiego - poród) jako intensywny, patologiczny, nieuzasadniony niepokój, który prowadzi do tego, że niektóre kobiety boją się, a nawet unikają porodu przy jednoczesnym pragnieniu posiadania dziecka (Hofberg, Brockington, 2000). Autorzy dokonują klasyfikacji tokofobii, wyróżniając tokofobię pierwotną, tokofobię wtórną oraz lęk przed porodem jako objaw depresji w ciąży (Billert, 2007). Pierwotna tokofobia skutkuje tym, że pomimo aktywnego życia seksualnego kobiety starannie dbają o antykoncepcję i dokładają wszelkich starań, aby do ciąży i porodu nie doszło. W przypadku zajścia w ciążę osoby te są gotowe poddać się zabiegowi aborcji. Nie zmienia to faktu, że pragnienie posiadania dziecka jest u nich na tyle silne, że niektóre kobiety dokonują adopcji. Część z nich decyduje się na nieposiadanie dziecka aż do okresu menopauzy, kiedy to w zderzeniu z faktem wyczerpania rezerwy jajnikowej kobiety te przeżywają sytuację nieodwracalnej utraty i smutku (Hofberg, Brockington, 2000; Hofberg, Ward, 2004; Greathouse, 2016). Tokfobia wtórna pojawia się w wyniku urazowego porodu i wiąże się z występowaniem

depresji, poporodowego zespołu pourazowego (PTSD), obniżeniem libido i zaburzeniami więzi emocjonalnych (Billert, 2007). Tokofobia jako objaw depresji może pojawić się w pierwszej lub kolejnej ciąży i wiąże się z występowaniem pierwotnego zespołu depresyjnego, którego podłożem jest obsesyjny lęk ciężarnej związany z przekonaniem o nieuniknionej śmierci noworodka w trakcie porodu (Hoffberg, Brockington, 2000).

Badania pionierów w tematyce lęku porodowego wykazały, że 17% badanych kobiet cierpiało na umiarkowany poziom lęku przed porodem, natomiast 6% kobiet wskazywało na jego wysoki poziom (Areskog, Kjessler, Uddenberg, 1982). Według prowadzonych badań prawie cztery dekady później uzyskano wyniki, które wskazują, że co czwarta kobieta przeżywa wysoki poziom lęku związany z sytuacją porodu (Demšar i in., 2018), przy czym u 1,6% badanych kobiet lęk ten osiągał poziom patologiczny. Warto nadmienić, że cytowane badania przeprowadzane były na grupie kobiet, które uczestniczyły w zajęciach szkoły rodzenia, co świadczy o ograniczeniach w kontekście reprezentatywności grupy. Sam fakt uczestnictwa w tego typu spotkaniach może być sposobem na redukcję lęku poprzez korzystanie ze wsparcia społecznego, co wiąże się z możliwością otrzymania wsparcia instrumentalnego od prowadzących zajęcia, a także wsparcia emocjonalnego, którego źródłem są inne uczestniczki szkoły. Według szwedzkich badaczy 80% kobiet doświadcza łagodnych obaw związanych z porodem, 6-10% położnic odczuwa silne lęki w tej samej materii, a 2% ciężarnych doświadcza skrajnie silnego, fobicznego lęku przed porodem (Billert, 2007). Inne badania, przeprowadzone na grupie studentów, dowodzą, że już co trzecia kobieta przejawia objawy tokofobii (Greathouse, K.E., 2016), a polskie badania prowadzone wśród kobiet w III trymestrze ciąży wskazują, że 65,66% ciężarnych kobiet charakteryzował niski/przeciętny poziom lęku porodowego, 18,18% – podwyższony, 10,10% – wysoki i 6,06% – bardzo wysoki (Kaźmierczak i in., 2017). Niewątpliwa trudność naukowców w badaniu i opisie tokofobii wynika z braku międzynarodowej definicji lub standardów diagnostycznych dla tego zjawiska (Haines, 2012). Należy jednak mieć nadzieję, że w dobie zapaści demograficznej oraz niechęci przedstawicieli pokoleń Y i Z do posiadania dzieci, zainteresowanie tą problematyką będzie wzrastać.

### **2. Korelaty lęku porodowego**

Nasilenie lęku porodowego wiąże się z trwałymi schematami poznawczymi kobiety ciężarnej bardziej niż jej z jej postrzeganiem aktualnej sytuacji porodu (Putyński, 1997).

Lęk przed porodem należy rozpatrywać w różnych obszarach - jako zjawisko: biologiczne (lęk przed bólem); psychologiczne (tutaj istotne znaczenie ma osobowość, wcześniejsze doświadczenia i wyobrażenie przyszłości); społeczne, gdzie istotna jest kwestia wsparcia społecznego i zabezpieczenia finansowego (por. Guskowska, 2012).

Dobrymi predyktorami dla wystąpienia tokofobii będzie niski poziom wykształcenia i poziom socjoekonomiczny przyszłej matki/rodziców, brak wsparcia społecznego i właściwej wiedzy dotyczącej fizjologii ciąży i porodu (Melender, 2002; Saisto i Halmesmäki, 2003). Dotychczasowe wyniki badań dowodzą, że dolegliwości natury psychicznej, takie jak wzmożony lęk, obniżone poczucie własnej wartości czy depresja zwiększają ryzyko lęku porodowego (Zar, Wijma, Wijma, 2002). Im większe narażenie na stres, tym ryzyko lęku porodowego wzrasta (Areskog i in., 1983; Sjörgen, 1997; Engle i in., 1990). Istotne w kontekście lęku porodowego są również relacje partnerskie oraz wsparcie (Paarlberg i in., 1999; Fisher, Hauck i Fenwick, 2006). Osobowość również okazała się odgrywać tutaj istotną rolę - kobiety podatne na lęk, neurotyczne, porywcze i mniej towarzyskie są bardziej skłonne do tokofobii (Ryding, Wirfelt, Wangborg, Sjogren i Edman, 2007). Na poziom lęku przed porodem wpływają także wcześniejsze doświadczenia okołoporodowe i seksualne - pierwiastki cierpiące na tokofobię zgłaszają wyższy poziom lęku porodowego niż wieloródki (Alehagen, Wijma i Wijma, 2001). Z kolei kobiety, które doświadczyły rozczarowania związanego z wcześniejszym/i porodem/porodami, przeszły poród operacyjny, zmagaly się z chorobą własną lub dziecka w trakcie ciąży lub po porodzie są naturalnie narażone na zwiększone ryzyko wtórnej tokofobii. Okazuje się ponadto, że doświadczenie wykorzystania seksualnego w przeszłości (Saisto, 2001) i patologie seksualne wzmagają lęk porodowy.

### 3. Metodologia badań własnych

W badaniach własnych zbadano ryzyko tokofobii pierwotnej (por. Hofberg, Brockington, 2000) w grupie młodych kobiet, które nigdy wcześniej nie były i nie są aktualnie w ciąży. Oprócz zbadania nasilenia problemu wśród kobiet, zestawiono zjawisko lęku porodowego z samooceną i poczuciem własnej skuteczności. Nasilenie lęku porodowego w prowadzonych wcześniej badaniach nie było związane z rodnością, wiekiem, wykształceniem, statusem materialnym i miejscem zamieszkania (Kaźmierczak i in., 2017). Pomimo tego, że w wybranych badaniach (dodatkowo por. Greathouse, 2016) zmienne demograficzne okazały się być nieistotnymi statystycznie predyktorami w badaniu ryzyka tokofobii, w innych miały one znaczenie (por. Saisto, Halmesmäki, 2003). Jednym z czynników determinującym lęk przed porodem okazał się właśnie młody wiek matki.

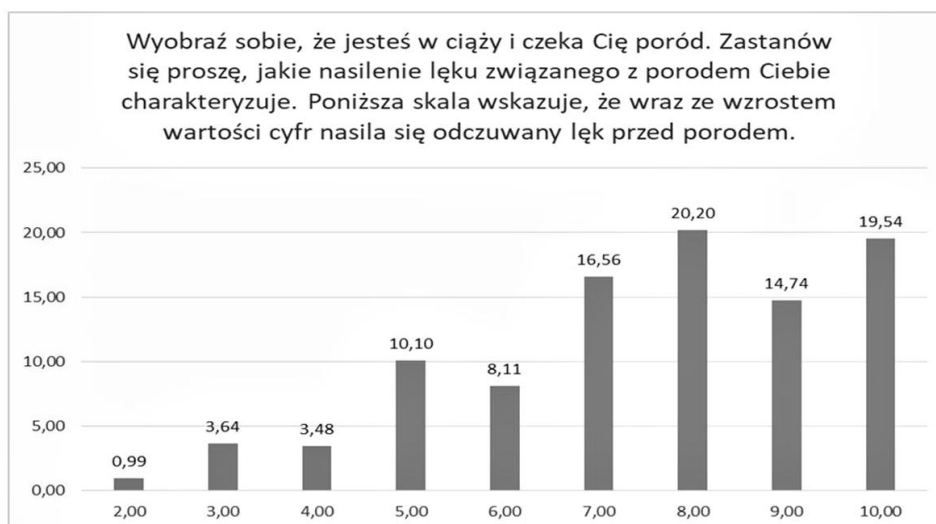
W naszym badaniu postanowiliśmy skontrolować lęk porodowy w grupie kobiet w wieku od 18 do 24 lat zamieszkujących zarówno wieś, jak i różne wielkościami miasta. Celem badania było znalezienie odpowiedzi wobec postawionych hipotez badawczych, w których to samoocena oraz poczucie własnej skuteczności badanych kobiet wiążą się z ryzykiem wystąpienia lęku porodowego, deklarowaną chęcią posiadania dziecka, traumatycznymi narracjami porodowymi występującymi w otoczeniu kobiet, oceną w opieki medycznej/ginekologicznej w Polsce oraz ich przekonaniemi na temat porodu. Samoocenę

zbadano za pomocą *Skali Samooceny Rosenberga* w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek, oraz M. Łaguny z 2008 roku. Skalę tą charakteryzuje wysoka zgodność wewnętrzna oraz dobrze zweryfikowana w polskich badaniach adaptacyjnych trafność teoretyczna. Poczucie własnej skuteczności przetestowano za pomocą *Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES)* autorstwa Ralfa Schwarzera, Michaela Jerusalema oraz Zygryda Juczyńskiego. Skala ta cechuje się zadowalającą rzetelnością oraz trafnością. W modelu badawczym uwzględniono także dane socjo-demograficzne oraz pytania odnoszące się do lęku porodowego, które zostały zawarte w autorskiej ankiecie.

#### 4. Uzyskane wyniki

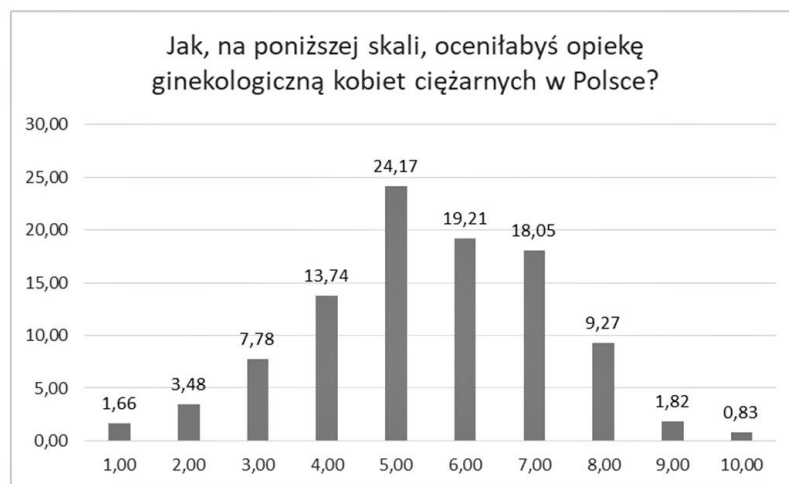
W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze i przetestowania postawionych hipotez badawczych przeprowadzono analizy statystyczne, przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics w wersji 23. Wyliczono podstawowe statystyki opisowe dla badanych zmiennych nominalnych. Rozkład pomiędzy grupami zamieszkującymi wieś, małe i większe miasto był zbliżony do rozkładu równolicznego - 29,5% badanych stanowiły młode kobiety zamieszkujące miasto powyżej 50 tysięcy mieszkańców, 30,6 % badanych było mieszkankami miast poniżej 50 tysięcy mieszkańców, a 39,2% respondentek stanowiły mieszkanki wsi.

Analiza wyników ankiety wykazała, że większość badanych odczuwa podwyższony poziom lęku związanego z porodem. Żadna z ankietowanych nie wskazała, że nie odczuwa w ogóle lęku związanego z porodem, zaś 19,5% badanych stwierdziło, że odczuwa maksymalnie silny lęk porodowy (wykres 1.).



Wykres nr 1. Lęk przed porodem u osób badanych

Badane oceniają opiekę zdrowotną i ginekologiczną w Polsce jako średnią lub umiarkowanie dobrą. Bardzo niewielki odsetek respondentek uważa, że opieka zdrowotna i ginekologiczna w naszym kraju jest ekstremalnie zła (kolejno 2,81% i 1,66%) (wykres 2. i 3.).



Wykres 2. Ocena opieki zdrowotnej w Polsce w grupie badanych

Wyniki te zgadzały się z rozmowami, które były przeprowadzone w badanych grupach po badaniach metodą papier-ołówek



Wykres 3. Ocena opieki ginekologicznej w Polsce w grupie badanych

Interesujące są wyniki dotyczące narracji rodzinnych i społecznych dotyczących porodu – 56,72% badanych posiada członka rodziny, który wspomina poród jako traumę, zaś 74,1% młodych kobiet słyszało narracje opisujące poród jako traumatyczne przeżycie.



Pomimo tego zdecydowana większość badanych (91,89%) deklaruje chęć zajścia w ciążę i urodzenia dziecka i aż 90% kobiet uważa, że poród jest zjawiskiem naturalnym (tabela 1).

Tabela nr 1. Wyniki procentowe dla traumatycznych historii porodowych w rodzinie i środowisku oraz ocena porodu jako zjawiska instynktownego

r	Pytanie	% odpowiedzi	
		Tak	Nie
0.	Czy w Twojej rodzinie ktoś traumatycznie przeżył poród/źle wspomina poród?	42,38	57,62
1.	Czy słyszałaś narracje innych osób opisujące poród jako traumatyczne przeżycie?	74,01	25,99
2.	Czy Twoim zdaniem poród jest zjawiskiem naturalnym i instynktownym?	90,07	9,93

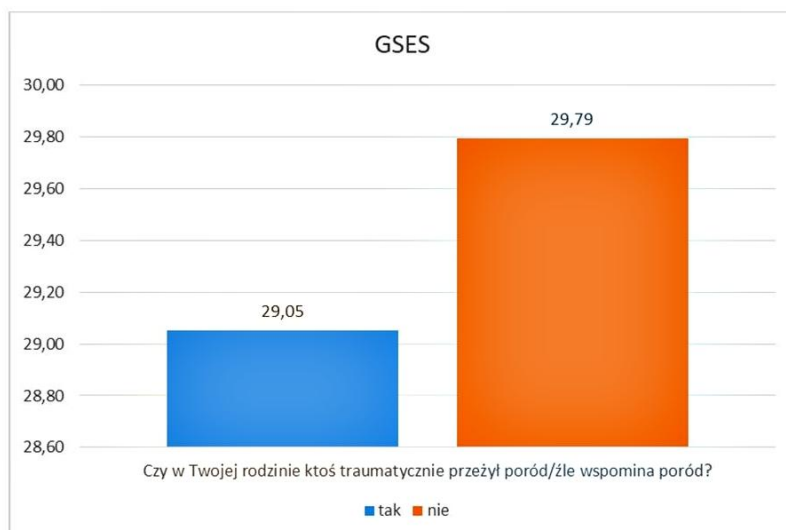
Założono, że traumatyczne historie porodowe w rodzinie i środowisku kobiety wiążą się z poczuciem własnej skuteczności, samooceną, ryzykiem wystąpienia lęku porodowego, deklarowaną chęcią posiadania dziecka i przekonaniami na temat porodu wśród badanych kobiet. W pierwszym kroku przeanalizowano jak traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu moderują związek pomiędzy poczuciem własnej skuteczności i lękiem porodowym.

Celem zbadania ewentualnego moderującego wpływu czynnika traumatycznego narracji otoczenia/rodziny dotyczącego porodu na związek między zmiennymi: poczucie własnej skuteczności i lękiem porodowym, wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik GSES, zaś czynnikami - traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu i lęku porodowego.

Zaproponowany model okazał się nie istotny ( $Chi^2(225) = 191,92, p = 0,95$ ) wskazując na brak związków między analizowanymi czynnikami. Dodatkowo wykonano test t-Studenta by ocenić, czy istnieje wpływ czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu na zmienną zależną.

Analiza wykazała, że czynnik traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu ma wpływ na zmienną GSES ( $t(602) = -1,98, p < 0,05$ ).

Osoby, które odpowiedziały „tak” na pytanie „Czy w Twojej rodzinie ktoś traumatycznie przeżył poród/źle wspomina poród?” miały niższy statystycznie ( $M = 29,05, SD = 4,39$ ) wynik na skali GSES, niż te, które odpowiedziały „nie” ( $M = 29,79, SD = 4,66$ ) (Wykres 4.).



Wykres 4. Poziom poczucia własnej skuteczności u osób, które doświadczyły lub nie doświadczyły traumatycznych narracji otoczenia/rodziny dotyczące porodu

W następnym kroku przeanalizowano relacje pomiędzy traumatycznymi narracjami porodowymi a samooceną i lękiem porodowym. W celu zbadania ewentualnie moderującego wpływu czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu na związek między zmiennymi samoocena i lęk porodowy wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik SES, zaś czynnikami traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu i lęk porodowy. Zaproponowany model okazał się nie istotny ( $Chi^2(225) = 260,54, p = 0,34$ ). Nie wykazano moderującego wpływu czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu, ani związku między poczucie własnej skuteczności i lękiem porodowym.

Postanowiono również sprawdzić związki pomiędzy deklarowaną chęcią posiadania dziecka oraz traumatycznymi narracjami porodowymi i poczuciem własnej skuteczności. Aby zbadać ewentualny moderujący wpływ czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu na związek między zmiennymi poczucie własnej skuteczności i deklarowana chęć posiadania dziecka wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik GSES, zaś czynnikami traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu i deklarowana chęć posiadania dziecka. Zaproponowany model okazał się nie istotny ( $Chi^2(50) = 56,37, p = 0,25$ ). Nie wykazano moderującego wpływu czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu, ani związku między poczucie własnej skuteczności i deklarowaną chęcią posiadania dziecka.

Następnie zbadano moderujący wpływ czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu na związek między zmiennymi samoocena i deklarowaną chęcią posiadania dziecka wykonano regresję wielomianową logistyczną,



gdzie zmienną zależną był wynik SES, zaś czynnikami traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu i chęć posiadania dziecka. Zaproponowany model okazał się nie istotny ( $Chi^2(56) = 62,28, p = 0,26$ ). Nie wykazano moderującego wpływu czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu, ani związku między samooceną i chęcią posiadania dziecka. Aby zbadać ewentualny moderujący wpływ czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu na związek między zmiennymi poczucie własnej skuteczności i przekonanie wobec porodu wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik GSES, zaś czynnikami traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu i przekonanie wobec porodu. Zaproponowany model okazał się nie istotny ( $Chi^2(50) = 61,82, p = 0,12$ ). Nie wykazano moderującego wpływu czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu, ani związku między poczuciem własnej skuteczności i przekonaniem wobec porodu.

W celu zbadania ewentualnie moderującego wpływu czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu na związek między zmiennymi samoocena i przekonanie wobec porodu wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik SES, zaś czynnikami traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu i przekonanie wobec porodu. Zaproponowany model okazał się nie istotny ( $Chi^2(56) = 72,68, p = 0,07$ ). Nie wykazano moderującego wpływu czynnika traumatyczne narracje otoczenia/rodziny dotyczące porodu, ani związku między samooceną i przekonaniem wobec porodu.

Założono, że ocena opieki medycznej i ginekologicznej może mieć związek z występowaniem lęku porodowego u kobiet, które nigdy wcześniej nie rodziły. Aby zbadać ewentualny moderujący wpływ ocena opieki medycznej i ginekologicznej na związek między poczuciem własnej skuteczności i lękiem porodowym wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik GSES, zaś czynnikami poczucie własnej skuteczności i lęk porodowy. Zaproponowany model okazał się nie istotny ( $Chi^2(650) = 148,13, p = 1$ ). Nie wykazano moderującego wpływu czynników ocena opieki medycznej i ginekologicznej w Polsce, ani związku między poczuciem własnej skuteczności i lękiem porodowym.

Następnie przeanalizowano ewentualny moderujący wpływ ocena opieki medycznej i ginekologicznej na związek między zmiennymi samoocena i lęk porodowy wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik SES, zaś czynnikami ocena opieki medycznej i ginekologicznej i lęk porodowy. Zaproponowany model okazał się nie istotny ( $Chi^2(728) = 275,47, p = 1$ ). Nie wykazano moderującego wpływu czynnika ocena opieki medycznej i ginekologicznej na związek między zmiennymi samoocena i lęk porodowy.

W kolejnym kroku przebadano związki pomiędzy wybranymi zmiennymi oraz deklarowaną chęcią posiadania dziecka. Aby zbadać ewentualny moderujący wpływ ocena opieki medycznej i ginekologicznej na związek między poczuciem własnej skuteczności i deklarowaną chęcią posiadania dziecka wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik GSES, zaś czynnikami poczucie ocena opieki medycznej i ginekologicznej i deklarowana chęć posiadania dziecka. Zaproponowany model okazał się nie istotny ( $Chi^2(475) = 95,76, p = 1$ ). Nie wykazano moderującego wpływu czynnika ocena opieki medycznej i ginekologicznej na związek między zmiennymi poczuciem własnej skuteczności i deklarowaną chęcią posiadania dziecka. W celu zbadania ewentualnie moderującego wpływu oceny opieki medycznej i ginekologicznej na związek między zmiennymi samoocena i deklarowana chęć posiadania dziecka wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik SES, zaś czynnikami ocena opieki medycznej i ginekologicznej i deklarowana chęć posiadania dziecka. Zaproponowany model okazał się nie istotny ( $Chi^2(532) = 201,37, p = 1$ ). Nie wykazano moderującego wpływu czynnika ocena opieki medycznej i ginekologicznej na związek między zmiennymi samoocena i lęk porodowy.

Następnie sprawdzono związki pomiędzy oceną opieki medycznej i ginekologicznej w Polsce, samooceną, poczuciem własnej skuteczności i deklarowaną chęcią posiadania dziecka. Aby zbadać ewentualny moderujący wpływ ocena opieki medycznej i ginekologicznej na związek między poczuciem własnej skuteczności i przekonaniem wobec porodu wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik GSES, zaś czynnikami ocena opieki medycznej i ginekologicznej i przekonanie wobec porodu. Zaproponowany model okazał się nie istotny ( $Chi^2(475) = 46,55, p = 1$ ). Nie wykazano moderującego wpływu czynnika ocena opieki medycznej i ginekologicznej na związek między zmiennymi poczucie własnej skuteczności i przekonanie wobec porodu. W celu zbadania ewentualnie moderującego wpływu oceny opieki medycznej i ginekologicznej na związek między samooceną i przekonaniem wobec porodu wykonano regresję wielomianową logistyczną, gdzie zmienną zależną był wynik SES, zaś czynnikami samoocena i przekonanie wobec porodu. Zaproponowany model okazał się nie istotny ( $Chi^2(532) = 204,2, p = 1$ ). Nie wykazano moderującego wpływu czynnika ocena opieki medycznej i ginekologicznej na związek między zmiennymi samoocena i przekonanie wobec porodu.

Na samym końcu zbadano czy miejsce zamieszkania ma znaczenie dla oceny opieki ginekologicznej w Polsce, lęku porodowego związanego z komplikacjami i hospitalizacją. Aby sprawdzić prawdziwość postawionej hipotezy badawczej wykonano dwa testy  $Chi^2$ , gdzie zmienną niezależną było miejsce zamieszkania a zależnymi: lęk porodowy związany z komplikacjami ( $Chi^2(27) = 25,78, p = 0,53$ ), lęk porodowy związany z hospitalizacją ( $Chi^2(27) = 35,32, p = 0,13$ ) oraz ocena opieki ginekologicznej w Polsce ( $Chi^2(27) = 13,79, p = 0,98$ ). Nie

wykazano istotnych statystycznie efektów zmiennych niezależnych na zmienne zależne w tej analizie.

## 5. Dyskusja wyników

Ciąża i poród stanowią dla wielu kobiet, zwłaszcza pierwiastek, przełomowe wydarzenie w życiu. Wydarzeniu temu niejednokrotnie towarzyszą silne emocje związane z lękiem, stresem i niepokojem o zdrowie swoje i dziecka. Wiele kobiet obawia się bólu, cierpienia i komplikacji porodowych (Sygulla i in., 2009). Według badań lęk przed porodem może być opisywany jako przejaw prenatalnego stresu, zaburzenie lękowe lub strach o charakterze fobii objawiający się w postaci koszmarów nocnych, dolegliwości fizycznych i trudności w koncentracji na pracy oraz zajęciach domowych (Jolly, Walker i Bhabra, 1999; Saisto i Halmesmäki, 2003). Lęk prenatalny może być wiązany z samą ciążą i urodzeniem dziecka, byciem rodzicem lub też osobniczą skłonnością do reagowania lękiem (Standley, Soule i Copans, 1979). Natomiast lęk związany z ciążą jest łączony ze stanem ciąży, porodem i hospitalizacją (Levin, 1991).

Przeprowadzone badania obejmowały zrównoważone liczbowo grupy młodych kobiet zamieszkujących różne miejscowości ze zróżnicowanym dostępem do opieki medycznej. Uzyskane rezultaty pokazały, że kobiety które do tej pory nie doświadczyły sytuacji ciąży i porodu bały się ich w umiarkowanym bądź znacznym stopniu, co ilustruje skalę omawianego problemu. Badane oceniały opiekę zdrowotną i ginekologiczną w Polsce jako średnią lub umiarkowanie dobrą. Spory niepokój budzą wyniki dotyczące narracji rodzinnych i społecznych dotyczących porodu – 56,72% badanych posiada członka rodziny, który wspomina poród jako traumę, zaś 74,1% młodych kobiet słyszało narracje opisujące poród jako traumatyczne przeżycie. Co więcej, styczność z traumatycznymi doświadczeniami dotyczącymi porodu w najbliższej rodzinie powoduje, że w przypadku wyobrażenia sobie sytuacji porodu badane wykazują niższe poczucie własnej skuteczności niż kobiety, które nie miały styczności z traumatycznymi narracjami porodowymi w swoim otoczeniu. Pociuszającym wydaje się jednak fakt, że prawie 92% badanych kobiet chciałoby zająć w ciążę i urodzić dziecko, co można interpretować jako istotność doświadczenia macierzyństwa dla badanych kobiet. Przez ponad 90% kobiet poród postrzegany jest jako zjawisko naturalne i instynktowne.

Wyniki badania pokazują, że większość młodych kobiet chce mieć dziecko. Zdecydowana większość badanych również słyszy o traumatycznych doświadczeniach porodowych swoich bliskich. Konieczne jest zatem uruchomienie mechanizmów obronnych, tudzież strategii radzenia sobie ze stresem w celu poradzenia sobie z naturalnie towarzyszącym porodowi lękiem oraz wiara w to, że poród jest zjawiskiem naturalnym i instynktownym. Zdecydowana większość kobiet odczuwa lęk związany z porodem. Może

być to efekt słyszanych traumatycznych narracji innych matek na temat ich porodów, stąd też bardzo ważne jest zwiększenie aktywności matek dobrze wspominających przeżyty poród, bo i takich wśród kobiet nie brakuje (na przykład działalność *Kręgów Opowieści Porodowych*).

W dobie zwiększania się liczby cięć cesarskich na życzenie kobiet, które dotyczy nawet do 14% ciężarnych na świecie, warto podkreślać istotność lęku porodowego dla przebiegu porodu oraz zdrowia matki i dziecka (Cekański, 2009). Istotne jest wczesne diagnozowanie problemu i wdrażanie kompleksowych działań celem jak najlepszego radzenia sobie z sytuacją stresową, jaką jest poród. Wydaje się to szczególnie ważne, gdyż kobiety doświadczające silnego lęku porodowego mogą być bardziej narażone na ból okołoporodowy, uszkodzenia fizyczne, interwencje chirurgiczne w trakcie porodu i komplikacje psychologiczne w okresie poporodowym (Hofberg i Ward, 2003). Programy edukacyjne dotyczące ciąży, porodu, położu, okołoporodowych standardów opieki i praw pacjenta mogą efektywnie zwiększać wiedzę i redukować lęk porodowy u kobiet, które nigdy nie rodziły dzieci. Dyskusje o porodach i pozytywne opowieści porodowe mogą również odgrywać dużą rolę w walce z lękiem porodowym. Aktywne uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia ma pozytywne znaczenie dla zmniejszenia się lęku i stresu przedporodowego (Szymański i in., 2017), a w przypadkach silnego lęku zbawienne może się okazać także wsparcie psychologiczne i terapeutyczne.

#### **Bibliografia:**

- Alehagen, S., Wijma, K., Wijma, B. (2001). Fear during labor, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80, 315-320.
- Areskog, B., Kjessler, B., Uddenberg, N. (1982). Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy, *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 13, 98-107.
- Areskog, B., Uddenberg, N., Kjessler, B. (1983). Background factors in pregnant women with and without fear of childbirth, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2, 102-108.
- Billert, H. (2007). Tokofobia – problem multidyscyplinarny, *Ginekologia Polska*, 78, 807-811.
- Cekański, A. (2009). Tokofobia – lęk przed porodem naturalnym – prośba o cięcie cesarskie. *Przegląd Ginekologiczno-Położniczy*, 9 (2), 31-33.
- Demšar, K., Svetina, M., Verdenik, I., Tul, N., Blickstein, I., Globevnik, Velikonja, V. (2018). Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors, *Journal of Perinatal Medicine*, 23, 46 (2), 151-154.
- Engle, P.L., Scrimshaw, S.C., Zambrana, R.E. i wsp., (1990). Prenatal and postnatal anxiety in Mexican women giving birth in Los Angeles, *Health Psychology*, 9, 285-299.
- Fisher, C., Hauck, Y., Fenwick, J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example, *Social Science Medicine*, 63 (1), 64-75.

- Greathouse, K.E., (2016). The "Nightmare" of Childbirth: The Prevalence and Predominant Predictor Variables for Tokophobia in American Women of Childbearing Age, *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 31 (1), 19-44.
- Guszkowska, M. (2012). Lęk przed porodem i determinujące go czynniki - przegląd literatury, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 5 (3), 154-161.
- Haines, H. (2012). 'No worries': A longitudinal study of fear, attitudes and beliefs about childbirth from a cohort of Australian and Swedish women, *Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine* 843. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Hofberg, K., Brockington, I. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth: A series of 26 cases, *British Journal of Psychiatry*, 176, 83-85.
- Hofberg, K., Ward, M.R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth, *Postgraduate Medical Journal*, 79, 505-510.
- Hofberg, K., Ward, M. (2004). Fear of childbirth, tokophobia and mental health in mothers: the obstetric-psychiatric interface. *Acta Obstetrica et Gynaecologica*, 47 (3), 527-534.
- Jolly, J., Walker, J., Bhabra, K. (1999). Subsequent obstetric performance related to primary mode of delivery, *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 106, 227-232.
- Kaźmierczak, M., Soldyńska, M., Gierszewska, M. Gebuza, G., Mieczkowska, E. (2017). Ocena lęku przed porodem u kobiet ciężarnych, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 26 (1), 69-75.
- Levin J.S. (1991). The factor structure of the pregnancy anxiety scale, *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 368-381.
- Melender, H.L. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 29 pregnant women, *Birth*, 29, 101-111.
- Paarlberg, K.M., Vingerhoets, J.J.M., Passchier, J. i wsp. (1999). Psychosocial predictors of low birthweight, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 106, 834-841.
- Putyński, L. (1997). Lęk porodowy: jego istota i metoda pomiaru, *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica*, 1, 147-152.
- Ryding, E., Wirfelt, E., Wangborg, I., Sjögren, B., Edman, G. (2007). Personality and fear of childbirth, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86 (7), 814-820.
- Saisto, T. (2001). *Obstetric, psychosocial, and pain-related background, and treatment of fear of childbirth*, Academic dissertation, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Helsinki, Finland.
- Saisto, T., Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 201-208.
- Sjörger, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 18, 266-272.

- Standley, K., Soule, B., Copans, S.A. (1979) Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 135, 22-26.
- Szymański, S., Brzączyk, W., Konstanty-Kurkiewicz, V. (2017). Wpływ zajęć w szkole rodzenia na zmniejszenie lęku porodowego, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2 (64), 232-235.
- Sygulla, K., Smędowski, A., Szatan, A., Michalak, A. (2009). Problemy i oczekiwania kobiet ciężarnych dotyczące opieki okołoporodowej-czy trudno je spełnić? *Problemy Medycyny Rodzinnej*, 4 (29), 30-36.
- Zar, M., Wijma, K., Wijma, B., (2002). Relations between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy, *Clinical Psychology and Psychotherapy Journal*, 9, 122-130.