

Dr Katarzyna Mariańczyk, <https://orcid.org/0000-0001-5807-5978>

*Institut Psychologii, Katedra Psychologii Pracy, Organizacji i Rehabilitacji Psychospołecznej
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin*

Dr Aneta Libera, <https://orcid.org/0000-0002-6323-4432>

Katedra i Klinika Położnictwa i Perinatologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

Dr Paulina Rosińska, <https://orcid.org/0000-0002-3410-7805>

Institut Psychologii, Zakład Psychologii Wspomagania Rozwoju, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Psychologiczne i społeczne czynniki ryzyka porodu przedwczesnego

Psychological and social risk factors for preterm birth

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.329>

Abstrakt: Problematyka porodu przedwczesnego jest istotna z uwagi na fakt, że wciąż wzrasta ilość porodów zakończonych przed terminem, niosąc ryzyko zaburzeń rozwojowych i niepełnosprawności dla dziecka oraz doświadczenie traumy dla dziecka i matki. O ile medyczne czynniki ryzyka występowania porodu przedwczesnego są dość dobrze opisane w literaturze przedmiotu, to determinanty psychospołeczne są wciąż niedostatecznie zbadane. Celem pracy jest próba ogólnego, wstępnego omówienia czynników psychospołecznych. Stanowi to wstęp do podjęcia badań, które będą poświęcone różnym zmiennym psychospołecznym związanym z porodem przedwczesnym. Kompleksowa analiza tych zmiennych przysłuży się planowaniu precyzyjnych działań promujących zdrowie prokreacyjne oraz zwiększeniu poziomu profilaktyki pierwotnej porodów przedwczesnych.

Słowa kluczowe: macierzyństwo, poród przedwczesny, wcześniactwo

Abstract: The issue of preterm birth is important because the number of preterm births is still increasing, with the risk of developmental and disability disorders for the child and the experience of trauma for the child and mother. While medical risk factors for preterm delivery are quite well described in the literature, psychosocial determinants are still insufficiently researched. The aim of this study is to attempt a general, preliminary description of psychosocial factors. This is a prelude to research work that will address the various psychosocial variables associated with preterm birth. A comprehensive analysis of these variables will help to plan precise actions to promote reproductive health and increase the level of primary prevention of preterm births.

Key words: motherhood, preterm birth, prematurity

1. Poród jako kluczowe wydarzenie macierzyństwa

Macierzyństwo według Słownika Języka Polskiego to „bycie matką i związane z tym uczucia, doznania, powinności” (Słownik Języka Polskiego, PWN). Z pewnością perspektywa psychologiczna daje możliwość na szersze spojrzenie na to zagadnienie. Macierzyństwo, w ujęciu np. psychologii rozwojowej, stanowi jeden z elementów procesu

rozwoju kobiety, wymaga dostosowania się do zmian i otworzenia się na nową życiową rolę (Brzezińska i in. 2015). Podjęcie i pełnienie roli matki jest procesem długofalowym, na który składają się jakościowo różne etapy, a każdy z nich stawia przed kobietą nowe zadania rozwojowe. Poszczególne etapy pełnienia roli matki są wyznaczane przez rozwój dziecka, przynosząc kolejne zadania rozwojowe dla matki (Mądry, 2012). Jak podaje Key-Roberts (2009) dla większości kobiet rodzicielstwo jest zarówno trudne, jak i satysfakcjonujące. Ciąża i poród są zdarzeniami, które wyznaczają początek doświadczania bycia matką. Stan ciąży, określany w języku staropolskim jako "bycie przy nadziei", to czas oczekiwania na dziecko i związane z jego narodzeniem zmiany. Owa nadzieja to oczekiwanie narodzin zdrowego dziecka, we właściwym czasie, bez komplikacji. Niestety nie zawsze taki scenariusz się realizuje, ponieważ dziecko może urodzić się z obciążeniem chorobą, ciąża może być powikłana różnymi problemami medycznymi lub może zakończyć się przedwcześnie. Jak pokazują statystyki porody przedwczesne stanowią ważny problem zdrowia publicznego, gdyż mają wpływ, często z negatywnymi konsekwencjami, na zdrowie matki i dziecka. Dla matek jest to zwiększone ryzyko doświadczania zaburzeń psychicznych, zwłaszcza depresji (Mariańczyk, Libera 2014), dla dziecka obarczenie zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń rozwojowych i niepełnosprawności (Mariańczyk, Libera 2016).

2. Poród przedwczesny jako problem jednostki oraz wyzwanie zdrowia publicznego

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) określa przeciętny czas trwania ciąży na 38–42 tygodnie. Poród zakończony przed tym terminem, a dokładnie między 22. a 37. tygodniem czasu trwania ciąży, kiedy płód nie osiągnął jeszcze optymalnej zdolności do życia poza środowiskiem wewnątrzmacicznym, uznawany jest za poród przedwczesny (PTB, preterm birth) (Berkovitz, Papiernik, 1993; Czajka, 2010; WHO 2018).

Ze zjawiskiem porodu przedwczesnego łączy się zagadnienie wcześniactwa. To zdarzenie niesie liczne konsekwencje zarówno dla dziecka jak i matki oraz ich wzajemnej relacji. W odniesieniu do dziecka, konsekwencje przedwczesnego porodu rozpatruje się w perspektywie krótkoterminowej (do końca 2 r. ż.) oraz długoterminowej, obejmującej dalsze lata życia (Mariańczyk, Libera 2016). Zastosowanie wieloletniej perspektywy w projektach badawczych np. PREMATURITAS (Rutkowska i in. 2010) pozwala określać możliwe konsekwencje przedwczesnych narodzin dla funkcjonowania człowieka w dorosłym życiu. Należy podkreślić, że konsekwencje porodu przedwczesnego dotyczą nie tylko noworodka. Zdarzenie to opisywane jest w literaturze również w kontekście matki i całego systemu rodzinnego (Bieleninik i in. 2013); z perspektywy praktyki pomocowej

i terapeutycznej rozpatrywane jest jako rodzinna trauma psychiczna (Kmita, 2003; Libera i in. 2007).

Ujmując zagadnienie wcześniactwa z perspektywy epidemiologicznej należy podkreślić, że jest ono główną przyczyną śmiertelności okołoporodowej (WHO 2018). Tym samym poród przedwczesny stanowi duże wyzwanie dla współczesnej perinatologii, gdyż właśnie wcześniactwo i mała masa urodzeniowa noworodka warunkują około 70% przypadków śmiertelności okołoporodowej (Blencowe i in. 2013). Jak podaje Gotsch (2009) ryzyko śmierci okołoporodowej wcześniaków jest 120 razy większe w porównaniu do noworodków urodzonych o czasie. Odnosi się to głównie do wszystkich skrajnie niedojrzałych wcześniaków z ekstremalnie niską masą ciała (Extremely Low Birth Weight) pomiędzy 500 a 750 g (w tej grupie umiera 50% dzieci). W przypadku dzieci z wagą urodzeniową powyżej 1000 g wskaźnik ten znacznie maleje i wynosi około 10% (Walas, 2008).

Noworodek urodzony przedwcześnie to dziecko, które przychodzi na świat po 22., a przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży. Uszczegóławiając tę podstawową definicję, uwzględnia się także kryterium masy urodzeniowej noworodków i stopień ich dojrzałości. Przykładem takiej klasyfikacji może być ta zaproponowana przez Hamudę i Kowalczykiewicz-Kutę (2006), które wyodrębniły grupy dzieci przedwcześnie urodzonych w oparciu o stopień dojrzałości i rozwoju wewnątrzmacicznego oraz masę urodzeniową. Podział wcześniactwa w zależności od wieku płodowego:

- a. poród skrajnie przedwczesny tj. przed 28.t.c.
- b. poród bardzo przedwczesny tj. między 28. a 31.t.c.
- c. poród umiarkowanie przedwczesny tj. między 32. a 33. t.c.
- d. poród miernie przedwczesny tj. między 34. a 36. t.c.

Podział wcześniactwa dokonany ze względu na masę urodzeniową ciała prezentuje się następująco:

- a. noworodki o małej urodzeniowej masie ciała <2500 g (LBW, low birth weight);
- b. noworodki o bardzo małej urodzeniowej masie ciała <1500 g (VLBW, very low birth weight);
- c. noworodki o skrajnie małej urodzeniowej masie ciała <1000 g (ELBW, extremely low birth weight);
- d. noworodki o niewiarygodnie małej urodzeniowej masie ciała <750 g (ILBW, incredibly low birth weight).

3. Zróżnicowanie czynników ryzyka porodu przedwczesnego

Z uwagi na skalę i konsekwencje porodu przedwczesnego dla dzieci i ich matek warto analizować czynniki ryzyka tego zjawiska. Wiedza ta może być bowiem

wykorzystywana w praktycznych działaniach mających na celu profilaktykę porodu przedwczesnego. W medycynie jest on bowiem nadal zjawiskiem niewystarczająco wyjaśnionym, wymagającym indywidualnego rozpatrywania oceny zagrożenia jego wystąpienia (Czerwińska, 2018). Podejmując próby opisu czynników ryzyka porodu przedwczesnego warto zwrócić uwagę, że na przebieg ciąży i jej zbyt wczesne zakończenie mają wpływ nie tylko czynniki medyczne, ale także pozamedyczne. Chamberlain (1984) wskazuje na cztery główne grupy czynników ryzyka porodu przedwczesnego: medyczne, środowiskowe, społeczne i psychogenne. Wśród czynników społecznych i środowiskowych wymieniane są: niski status ekonomiczny, złe nawyki żywieniowe, nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, niewystarczająca opieka podczas ciąży lub jej brak, wiek kobiety (poniżej 17 lat i powyżej 35 lat), stan cywilny. W grupie czynników psychogennych wskazuje się na: zaburzenia psychiczne występujące u kobiety w ciąży, sytuacje stresowe, nadmierne obciążenie pracą zawodową, konflikty w rodzinie, uzależnienia od alkoholu, nikotyny, narkotyków i leków, stres związany z nadmiarem obowiązków, lęk o ciążę i o stan zdrowia dziecka (Chamberlain 1984; Frey i in. 2016; Hańczyc, Pakuła 2014; Odent, 2003; Oleszczuk, Sawulicka-Oleszczuk 2009; Sulima i in. 2013).

Jak podaje Słowniczek Terminów Epidemiologicznych, przygotowany przez redakcję czasopisma *Przegląd Epidemiologiczny*, czynnik ryzyka to cecha zachowania lub stylu życia danej osoby, narażenie środowiskowe lub cecha wrodzona związana ze wzrostem prawdopodobieństwa wystąpienia niekorzystnego efektu zdrowotnego. W kontekście porodu przedwczesnego w literaturze przedmiotu znaleźć można liczne publikacje na temat wagi oceny czynników ryzyka. Nacisk wśród nich kładziony jest przede wszystkim na ocenę czynników ryzyka o charakterze medycznym, ale coraz większa grupa autorów podkreśla znaczenie zjawiska zarządzania czynnikami ryzyka (*risk assessment and management*), którego celem jest przeciwdziałanie porodom przedwczesnym poprzez uwzględnianie aspektów pozamedycznych (społecznych, osobowych, ekonomicznych) (Koullali i in. 2016). Kierunek ten wydaje się być słusznym, ponieważ uwzględnia sytuację ciężarnych całościowo, daje szansę na realizację bardziej kompleksowych działań zapobiegających przedwczesnym narodzinom i wynikającym z nich trudnym doświadczeniom dla matki, dziecka i systemu rodzinnego. Rozważając kwestie czynników ryzyka należy także wspomnieć o czynnikach chroniących. Takim terminem określa się pewne własności indywidualne, relacje z ludźmi czy zasoby środowiska, które mogą neutralizować działanie czynników ryzyka (Ostaszewski i in. 2009). Innymi słowy, czynniki chroniące stanowią przestrzeń do realizacji profilaktyki pierwotnej porodów przedwczesnych. Świadomość istnienia pozamedycznych czynników ryzyka oraz możliwości - przynajmniej w jakimś stopniu - wpływu na nie poprzez wzmacnianie czynników ochronnych pokazuje obszar działań dla psychologów i psychoterapeutów, a także pracowników socjalnych i pracowników służby zdrowia.

Ciekawymi, w kontekście poszukiwania i analizowania czynników ryzyka porodu przedwczesnego, jawią się amerykańskie badania z 1959 roku (Kaplan, Mason 1960) przeprowadzone w grupie 60. matek po porodach przedwczesnych, a dotyczące matczynych przeżyć emocjonalnych związanych z przedwczesnymi narodzinami dziecka. Artykuł Kaplan i Mason (1960) wywołał dyskusję (Wortis 1960), w której zaznaczono, że oto otwiera się w medycynie nowy rozdział poświęcający uwagę nie tylko przedwczesnie narodzonemu dziecku, ale także jego matce. Helen Wortis (1960) z Wydziału Pediatrii Uniwersytetu w Nowym Jorku podkreśliła, że wiele matek wcześniaków może być poddana stresowi jeszcze przed urodzeniem dziecka, a sam przedwczesny poród może być właśnie wynikiem doświadczania stresu. Powołując się na przeprowadzone w 1950 roku badanie białych matek z Baltimore podkreśliła wyraźny związek niskiego statusu ekonomicznego i przedwczesnego porodu. Przytoczyła także dane, że w 1955 w Nowym Jorku odsetek porodów przedwczesnych wśród białej, lepiej sytuowanej populacji wynosił ok. 7%, zaś 13,1% wśród matek czarnoskórych, mieszkających w gorszych warunkach, w niższym standardzie społeczno-ekonomicznym. Wortis (1960) wspomniała również wyniki badań Douglasa (1950), które pokazały, że zaangażowanie w ciężką i obciążającą czasowo pracę może przyczynić się do wystąpienia porodu przedwczesnego.

Także inne rodzaje stresu, zdaniem Wortis (1960), mogą mieć związek z przedwczesnym porodem. Autorka, powołując się na różne badania, przywołała m.in. ciążę pozamałżeńską, palenie jako czynność związaną z neurotyzmem i sposobem reagowania na stres, jakością żywienia w ciąży. Podkreślała także, że część kobiet bezpośrednio wiązało doświadczenie porodu przedwczesnego z konkretną sytuacją stresową np. konfliktem małżeńskim, upadkiem, przepracowaniem, próbą samobójczą lub próbą aborcji. Inne, które nie potrafiły określić jednego powodu wpływającego na poród przedwczesny opisywały ogólne uczucie nerwowości i lęku w czasie ciąży.

Pomimo rozwoju medycyny liczba porodów przedwczesnych wciąż wzrasta. Do listy czynników ryzyka, na które wskazywała już Wortis (1960) i które nadal są aktualne, wciąż dopisywane są nowe - wynikające ze zmian społeczno-kulturowych i cywilizacyjnych. Współcześnie wiele badań potwierdza, że obok czynników medycznych ważna jest zrównoważona dieta, bogata w białka. Taki styl odżywiania wpływa na zmniejszenie ryzyka porodu przedwczesnego, zaś dieta bogata w żywność przetworzoną oraz typu fast food jest dla ciężarnych niekorzystna. Ważnymi składnikami pokarmowymi są cynk oraz PUFA v-3, które w niewielkim stopniu zmniejszają ryzyko przedwczesnego urodzenia. Zauważono również, że na poród przedwczesny może mieć wpływ niedożywienie, które aktywuje kortyzol i oksytocynę, jak również zwiększa stan zapalny. Niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza jest związana ze znacznie niższym pobraniem energii i spożyciem żelaza we wczesnej fazie ciąży. Zwiększa to ryzyko porodu przedwczesnego oraz niskiej masy urodzeniowej dziecka. Podobnie ryzyko porodu przedwczesnego zwiększa się przy

spożywaniu żywności zanieczyszczonej ksenoestrogenami, które poprzez zdolność interakcji z układem hormonalnym mogą zakłócać pracę układu endokrynnego (Gregoraszczuk i in. 2004). Jak podaje Czerwińska (2018), przeprowadzone zostały metaanalizy, w których brano pod uwagę niedowagę w ciąży - analizowano wyniki 857 280 kobiet, w tym 59 845 (6,98%) u których wystąpił poród przedwczesny. Badania były prowadzone głównie w Europie (w tym dwa w Polsce), w Stanach Zjednoczonych, pojedyncze badania odbywały się w Kanadzie, Hong-Kongu oraz Argentynie. Zanotowano związek między niską masą ciała kobiet a porodem przedwczesnym. Metaanaliza wykazała statystycznie istotną zależność pomiędzy BMI przed ciążą, a prawdopodobieństwem wystąpienia porodu przed 37. tygodniem ciąży. Niedobór żelaza może powodować przewlekłe niedotlenienie, zwiększać stężenie noradrenaliny oraz powodować stres matczyny i płodowy. Warto podkreślić, że istnienie takich powiązań staje się ważne również w świetle coraz częstszych zaburzeń odżywiania się (takich jak anoreksja czy ortoreksja). Można się w tym miejscu odwołać do stosunkowo nowego terminu, jakim jest anoreksja ciążowa - *pregoreksja* (*pregnancy* czyli ciąża + *anorexia* czyli anoreksja). Termin *pregoreksja* został po raz pierwszy użyty w 2008 roku w programie telewizyjnym „The Early Show” w stacji Fox News, na potrzeby zdefiniowania zaburzeń żywienia występujących u kobiet ciężarnych, które nadmiernie zmniejszały liczbę kalorii w diecie i wykonywały intensywne ćwiczenia fizyczne. *Pregoreksja* to swoisty jadłowstręt psychiczny, który po raz pierwszy wystąpił podczas ciąży, jednak należy zaznaczyć, że ciąża może stanowić niejako czynnik inicjujący powstanie tego zaburzenia (Harasim-Piszczałowska, Krajewska-Kułak 2017). W literaturze wiele badań wskazuje, że matki otyłe raz z wysokim przyrostem masy ciała są najbardziej zagrożone powikłaniami w ciąży (np. nadciśnienie ciążowe, cukrzyca ciążowa), ale podkreśla się także, że ryzyko porodu przedwczesnego wzrasta wraz z coraz niższym BMI i niskim przybieraniem na masie matki w ciąży (Santos i in. 2019).

Kolejnym, z coraz szerzej opisywanych czynników ryzyka, które mogą wpływać na poród przedwczesny jest stres zawodowy. Na podstawie internetowej bazy *Medline*, Biernacka i Hanke (2016) przeanalizowali 23 prace opublikowane po 1990 roku, które dotyczyły oceny wpływu stresu zawodowego na przebieg i wynik ciąży. Niektórzy badacze, tacy jak Nordentoft, Orr czy Hobel (za Biernacka, Hanke, 2006), są zdania, że przebieg i wynik ciąży są w znacznej mierze zdeterminowane poprzez szeroko rozumiany stres psychospołeczny, związany z pracą zawodową. Inne badania koncentrowały się wokół specyfiki danego zawodu jako źródła stresu (Biernacka, Hanke 2006). Praca Escriba-Aguir i wsp. (2001) analizowała zależności między rozmiarem wymagań a ryzykiem przedwczesnego porodu. Badanie porównawcze przeprowadzono równolegle w 17 krajach Unii Europejskiej. W kwestionariuszu pytano między innymi o fizyczne uciążliwości pracy, jej tempo, monotonię, liczbę godzin w tygodniu, czas dojazdu do niej. Badacze podkreślali, że nie tylko wysokie, ale i nawet średnie obciążenie pracą fizyczną w sposób istotny

statystycznie podwyższało zagrożenie porodem przedwczesnym. Potwierdzają to wyniki badań Saurel-Cubizolles i wsp. (2004), w których wykazano, że to ryzyko istotnie zwiększa pozostawanie w pozycji stojącej przez ponad 6 godzin, ponad 42-godzinny tygodniowy czas pracy oraz brak satysfakcji i zadowolenia z pracy. Mutambudzi i wsp. (2011) na podstawie przeglądu literatury stwierdzili, że obciążenie pracą w powiązaniu z innymi czynnikami ryzyka porodu przedwczesnego istotnie zwiększają prawdopodobieństwo jego wystąpienia.

Potwierdzeniem tego wniosku są przeprowadzone w latach 1980–1982 w New Haven (USA) badania w grupie 1206 matek po porodzie przedwczesnym, które w okresie ciąży były aktywne zawodowo. Odsetek urodzeń przedwczesnych był wyższy wśród kobiet wykonujących prace wymagające długotrwałego stania w porównaniu do kobiet mających tzw. siedzący tryb pracy (Teitelman i in. 1990).

Podsumowując wyniki różnych badań okazuje się, że szczególnie niebezpieczne dla ciężarnych są: praca w niebezpiecznych warunkach, zbyt duża ilość zadań do wykonania (zwłaszcza pod presją czasu), a także liczba przepracowanych godzin i brak możliwości częstych przerw w pracy. Z perspektywy psychologicznej ważne są również bezkonfliktowe lub mało-konfliktowe relacje z przełożonymi i współpracownikami. Jak pokazują analizowane badania, dla kobiet ciężarnych szczególnie niekorzystna jest praca charakteryzująca się wysokimi wymaganiami i niską kontrolą. Dlatego też, o ile tylko jest to możliwe, wskazana byłaby w takich przypadkach czasowa zmiana stanowiska pracy. Rolą lekarza jest ocenienie stopnia zagrożenia czynnikami stresogennymi jak i poradzenie pacjentce, jak można zredukować stres. Optymalne byłoby spotkanie z psychologiem zdrowia, który mógłby przeprowadzić psychoedukację dotyczącą prozdrowotnego stylu życia, w tym radzenia sobie ze stresem, np. poprzez nauczenie ciężarnej technik oddechowych czy treningów relaksacyjnych (Biernacka, Hanke, 2006). Szacuje się, że stres może zwiększać ryzyko porodu przedwczesnego nawet dwukrotnie (Cardwell, 2013; Cooper i in. 1996; Kramer i in. 2011). Można wyróżnić dwa mechanizmy wpływu stresu na wystąpienie porodu przedwczesnego tj. mechanizm bezpośredni i mechanizm pośredni. Ten pierwszy, określanym mianem fizjologicznego, opiera się na aktywacji układu nerwowego, odpornościowego i hormonalnego. Drugi z nich, zwany także behawioralnym, polega na angażowaniu się w różne zachowania niekonstruktywne związane ze zdrowiem np. używki czy nieprawidłowe nawyki żywieniowe (Sulima i in. 2013).

Warto także wspomnieć o roli obciążenia stresującymi wydarzeniami życiowymi w przedwcześnie zakończonej ciąży. Przykładem takich badań jest praca Whitehead i współpracowników (2003). Wybrali oni ze stanowego rejestru urodzeń losową próbę kobiet, które urodziły żywe dzieci (70 840 pojedynczych urodzeń w 11 stanach USA). Badacze dokonali oceny zależności pomiędzy ilością stresujących wydarzeń losowych a porodem przedwczesnym, wykorzystując dane z lat 1990–1995 (pochodzące z Systemu Kontroli Oceny Zagrożenia Ciąży PRAMS – Pregnancy Risk Assessment Monitoring

System). Odwoływano się do modeli progowych, które zakładają, że poród przedwczesny może wywołać tylko pewien określony poziom doświadczanego stresu. Dodatkowo, jeśli przekroczony zostanie pewien próg stresu to kolejny czynnik niekorzystny sprawia, że ryzyko wzrasta. Nagłe i silnie stresujące wydarzenia życiowe naruszają mechanizmy adaptacyjne i homeostazę organizmu. Niekiedy, przedłużający się stres powoduje, że organizm stopniowo się do niego przyzwyczaja. Dla niektórych kobiet sama ciąża może wiązać się z doświadczaniem silnego stresu. Do podobnych wniosków doszedł Moutquin (2003), który opisywał zależności pomiędzy stresującymi wydarzeniami życiowymi a ryzykiem wystąpienia powikłań ciąży. Interesującą konkluzją było to, iż obok narażenia zawodowego, stresujących zdarzeń życiowych, niezwiązanych z pracą, istotnym okazał się brak wsparcia społecznego. W opisywanym badaniu największy negatywny wpływ na wzrost ryzyka porodu przedwczesnego miały: komplikacje w ciąży, śmierć bliskiej osoby i problemy z dziećmi. Wsparcie społeczne redukuje niekorzystne dla ciężarnych skutki stresu w pracy zawodowej i w życiu prywatnym. Dodatkowymi niekorzystnymi czynnikami dla rozwoju płodu jest palenie tytoniu przez kobiety ciężarne, niski poziom wykształcenia oraz bardzo młody wiek matek (Biernacka, Hanke 2006), a także samotne macierzyństwo (Chazan, 2003; Borkowski, Mielniczuk 2007). Warto zwrócić uwagę na doniosłą rolę wsparcia społecznego ciężarnej ze strony najbliższych (współmałżonka, partnera), zwłaszcza w dobie pandemii COVID-19, kiedy przez dłuższy czas nie było możliwości porodów rodzinnych i/lub odwiedzin pacjentek hospitalizowanych w oddziale patologii ciąży. Sam pobyt w oddziale patologii ciąży jest dla wielu kobiet bardzo trudnym doświadczeniem: fizycznym (łączy się często z bólem, ograniczeniem ruchowym), a w szczególności psychicznym (przebywanie w miejscu obcym, z ograniczoną możliwością kontaktu z rodziną, w sytuacji zależności od personelu medycznego). Już sama nazwa "patologia" oznacza dla kobiety komplikacje, co łączy się ze zwiększonym poczuciem zagrożenia utratą ciąży lub przedwczesnym porodem, a tym samym zagrożenia zdrowia/życia dziecka. W takiej sytuacji ujawnia się szczególnie silna potrzeba kontaktu z bliskimi osobami, która wzmacnia poczucie bezpieczeństwa. Brak możliwości realizacji potrzeby kontaktu z najbliższymi osobami oznacza znacznie wyższy poziom stresu, a tym samym może przyczyniać się do podwyższenia ryzyka porodu przedwczesnego. Tezę tę potwierdzają badania wykazujące, że lęk i stres (występujące w sytuacji antycypowanego krótszego czasu trwania ciąży) korelują z podwyższonym poziomem kortykoliberyny (CRH) oraz cytokin, co wiąże się z porodem przedwczesnym (Bruckner i in. 2010; Romero i in. 2006; Wadhwa i in. 2011).

Obok lęku, jednym z ważniejszych czynników psychogennych podwyższonego ryzyka porodu przedwczesnego jest depresja, która dotyka około 12% kobiet w ciąży (Chrzan-Dętkoś, 2015) i podobnie jak lęk dwukrotnie zwiększa ryzyko porodu przedwczesnego (Dayan i in. 1995; Dayan i in. 2006; Grote i in. 2010). Badacze wyjaśniają

negatywny wpływ depresji na przebieg ciąży poprzez zmiany neurochemiczne prowadzące do zakłócenia adaptacji układów: endokrynologicznego, odpornościowego i nerwowego w przebiegu ciąży (Chrzan-Dętkoś, 2015).

Ważnym zjawiskiem nierzadko współwystępującym z początkami macierzyństwa jest depresja poporodowa. Jak pokazują badania, poród przedwczesny - którego czynników ryzyka dotyczy to opracowanie, można uznać za jeden z czynników ryzyka wystąpienia depresji poporodowej (de Paula Eduardo i in. 2019). Zatem podejmowanie działań profilaktycznych wobec porodów przedwczesnych można uznać jako pośrednie działanie prewencyjne wobec depresji poporodowej. Vigod i wsp. (2010), podają że w okresie połogu matki wcześniaków są bardziej narażone na depresję poporodową niż matki dzieci urodzonych o czasie. Bener (2013), opierając się na badaniach 1659 matek dzieci urodzonych o czasie oraz przedwcześnie, stwierdza, że matki wcześniaków istotnie częściej doświadczały depresji poporodowej oraz wysokiego lęku, niż matki dzieci urodzonych o czasie. Także w badaniach greckich (Bouras i in. 2015) u matek wcześniaków stwierdzono wyższy, niż u matek które urodziły o czasie, poziom depresji poporodowej oraz lęku (podwyższone wyniki zarówno w zakresie lęku-stanu jak i lęku-cechy). Ponadto, zwiększone ryzyko wystąpienia depresji w okresie roku od narodzin dziecka jest większe u matek wcześniaków z bardzo niską wagą urodzeniową (LBW). Warzecha z zespołem (2016) zwracają uwagę, że czynniki ryzyka wystąpienia objawów depresyjnych po porodzie są inne w grupie kobiet badanych bezpośrednio po porodzie (2-5 dzień) oraz wśród kobiet badanych po 6. tygodniach od porodu. W związku z tym podkreślają, że badań przesiewowych w kierunku depresji poporodowej nie należy przeprowadzać tylko raz w jednej wybranej grupie ryzyka.

Podsumowanie

Badacze zjawiska porodu przedwczesnego zgodnie stwierdzają, że konieczne jest kontynuowanie badań nad wnikliwą identyfikacją przyczyn porodu przedwczesnego i metod ich zapobiegania (Czerwińska, 2018). Znajomość i świadomość czynników ryzyka porodu przedwczesnego umożliwia wyodrębnienie grupy kobiet ciężarnych, które są bardziej narażone na wystąpienie porodu przedwczesnego, co w dalszym etapie pozwala na podjęcie działań profilaktycznych. Wiedza ta nie powinna być zarezerwowana tylko dla personelu medycznego, psychologów czy pracowników socjalnych. Wydaje się, że istnieje pilna potrzeba, by wiedzę tą bardziej upowszechniać, a w sposób szczególny zadbać o psychoedukację kobiet ciężarnych. Hańczyc i Pakuła (2014) wskazują, że kobiety w ciąży posiadają wiedzę o porodach przedwczesnych, ale nie jest ona w pełni zadowalająca. Zwiększony poziom wiedzy i świadomości o czynnikach ryzyka porodu przedwczesnego może pełnić funkcje chroniące poprzez podejmowane działania profilaktyczne

tj. modyfikacja stylu życia ciężarnych i otoczenie opieką ginekologa-położnika adekwatną do potrzeb poszczególnych matek, ale także psychologa, położnej, dietetyka, pracownika socjalnego (Mathieu, 2009). Wyrazem profilaktyki pierwotnej porodów przedwczesnych będzie zatem szeroko rozumiana społeczna dbałość o kobiety ciężarne oraz świadomość, że od jakości ich życia w ciąży, szeroko rozumianego poczucia *well-being*, możliwości zachowania równowagi między aktywnością zawodową a życiem prywatnym tzw. *work-life balance* zależy nie tylko zdrowie matek, ale także ich dzieci, dla których terminowy poród to większa szansa na zdrowe życie.

Bibliografia:

- Bener, A. (2013). Psychological distress among postpartum mothers of preterm infants and associated factors: A neglected public health problem, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(3), 231-236.
- Berkovitz, G.S., Papiernik, E. (1993). Epidemiology of preterm birth, *Epidemiologic Reviews*, 15(2), 414-443.
- Bieleninik, Ł., Bidzan, I., Bidzan, M. (2013). Wczesniactwo a trudne rodzicielstwo w okresie preperinatalnym, *Roczniki Pedagogiczne*, 5 (41),3, 39-7.
- Biernacka, J., Hanke, W. (2006). Wpływ stresu psychospołecznego w pracy zawodowej i pozazawodowej na przebieg i wynik ciąży, *Medycyna Pracy*, 57 (3), 281- 290.
- Blencowe, H., Cousens, S., Chou, D., Oestergaard, M., Sa, L., Moller, A. B., Kinney, M., Lawn, J., Born Too Soon Preterm Birth Action Group (2013). Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births, *Reproductive Health*, 10 Suppl 1(Suppl 1), S2.
- Borkowski, W., Mielniczuk, H. (2001). Poród przedwczesny a przyrost masy ciała w ciąży w połączeniu z masą ciała przed ciążą, *Przegląd Epidemiologiczny*, 61, 577-584.
- Bouras, G., Theofanopoulou, N., Mexi-Bourna, P., Poulios, A., Michopoulos, I., Tassiopoulou, I., Daskalaki, A., Christodoulou, C. (2015). Preterm birth and maternal psychological health, *Journal of Health Psychology*, 20 (11), 1388-1396.
- Bruckner, T., Catalano, R., Ahern, J. (2010). Male fetal loss in the U.S. following the terrorist attacks of September 11, *BMC Public Health*, 10 (1), 273.
- Brzezińska, I.A., Ziółkowska, B., Appelt, K. (2015). *Psychologia rozwoju człowieka*. Gdańsk: GWP Profesjonalne.
- Cardwell, M.S. (2013). Stress: pregnancy considerations, *Obstetrical and Gynecological Survey*, 68 (2), 119-129.
- Chamberlain, G. (1984). Epidemiology and aetiology of the preterm baby, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 11, 297-314.
- Chazan, B. (2003). Mała masa urodzeniowa - czy poradzimy sobie z tym problemem? *Medycyna wieku rozwojowego*, 1, 11-24.

- Chrzan-Dętkoś M. (2015). Depresja i lęk w okresie ciąży jako czynnik ryzyka wcześniactwa oraz niskiej masy urodzeniowej – przegląd badań, *Gynecology and Obstetrics medical project*, 3 (37), 110-113.
- Copper, R.L., Goldenberg, R.L., Das, A., Elder, N., Swain, M., Norman, G., Ramsey, R., Cotroneo, P., Collins, B. A., Johnson, F., Jones, P., Meier, A. M. (1996). The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175 (5), 1286–1292.
- Czajka, R. (2010). Poród przedwczesny. (w:) G.H. Bręborowicz (red.), *Ciąża wysokiego ryzyka*, Wyd. 3, 121–135. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych.
- Czerwińska, E. (2018). Czynniki wpływające na poród przedwczesny, *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, 3 (2), 52–57.
- Dayan, J., Creveuil, C., Marks, M.N. i in. (2006). Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care, *Psychosomatic Medicine*, 68 (6), 938-946.
- Dayan, J., Orr, S.T., Miller. C.A. (1995). Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome: review of the literature and preliminary findings, *Epidemiologic Reviews*, 17, 165–171.
- de Paula Eduardo, J.A.F., de Rezende, M.G., Menezes, P.R., Del-Ben, C.M. (2019). Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis, *Journal of Affective Disorders*, 259 (1), 392-403.
- Douglas, J.W.B. (1950). Factors Associated with Prematurity: Results of a National Survey, *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire*, 57, 143-170.
- Escriba-Aguir, V., Perez-Hoyos, S., Saurel-Cubizolles, M. (2001). Psychosocial load and psychological demand at work during pregnancy and preterm birth, *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 74, 583–588.
- Frey, H.A., Klebanoff, M.A. (2016). The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth, *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 21(2), 68-73.
- Gotsch, F., Romero, R., Erez, O., Vaisbuch, E., Kusanovic, J. P., Mazaki-Tovi, S., Kim, S.K., Hassan, S., Yeo, L. (2009). The preterm parturition syndrome and its implications for understanding the biology, risk assessment, diagnosis, treatment and prevention of preterm birth. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 22 Suppl 2, 5–23.
- Gregoraszczyk, E, Augustowska, K, Ptak, A. (2004). Ksenoestrogeny środowiskowe jako jedna z przyczyn endokrynych będących powodem poronień i przedwczesnych porodów, *Endokrynologia Polska*, 6 (55), 819-824.

- Grote, N.K., Bridge J.A., Gavin, A.R., Melville, J.L., Iyengar, S., Katon, W.J. (2010). A Meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction, *Archives of General Psychiatry*, 67 (10), 1012-1024.
- Hamuda, M., Kowalczykiewicz-Kuta, A. (2006). Przeżywalność noworodków urodzonych przedwcześnie z masą ciała poniżej 1500 g w województwie opolskim w latach 1998–2003, *Nowa Pediatria*, 10 (1), 27–31.
- Hańczyc, P., Pakuła, M. (2014). Wiedza ciężarnych na temat przedwczesnych porodów, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 4 (4), 371-375.
- Harasim-Piszczatowska, E., Krajewska-Kułał, E. (2017). Pregoreksja-anoreksja kobiet ciężarnych, *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 13 (3), 363–367.
- Kaplan, D.M., Mason, E.A. (1960). Maternal reactions to premature birth viewed as an acute emotional disorder, *American Journal of Orthopsychiatry*, 30, 539-547.
- Key-Roberts, M.J. (2009). Motherhood. (w:) S.J. Lopez (red), *The Encyclopedia of Positive Psychology*, 632-636. Chichester: Blackwell Publishing.
- Kmita, G. (2003). Trauma przedwczesnych narodzin: procesy radzenia sobie rodziców a rozwój dziecka. (w:) J. Jakubowski, J. Wątroba (red.), *Zastosowania metod statystycznych w badaniach naukowych II*, 255–262, Kraków: StatSoft.
- Koullali, B., Oudijk, M.A., Nijman, T., Pajkrt, E., Mol, B.W. (2016). Risk assessment and management to prevent preterm birth, *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 21 (2), 80-88.
- Kramer, M.R., Hogue, C.J., Dunlop, A.L., Menon, R. (2011). Perceptual stress and racial disparities in preterm birth: an overview, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 90, 1307-1316.
- Libera, A., Darmochwał-Kolarz, D., Oleszczuk, J. (2007). Sense of coherence (SOC) and styles of coping with stress in women after premature delivery, *Medical Science Monitor*, 13 (3), 125–130.
- Mądry, M. (2012). Macierzyństwo jako płaszczyzna permanentnego rozwoju kobiety w biegu życia, *Psychologia rozwojowa*, 17 (3), 9–21.
- Mariańczyk, K., Libera, A. (2014). Stres doświadczany przez matki w sytuacji przedwczesnych narodzin dziecka jako przestrzeń działań dla psychologa, (w:) W. Otrębski, G. Wiącek (red.), *Przepis na rehabilitację. Metodologie oraz metody w badaniach i transdyscyplinarnej praktyce rehabilitacyjnej*, s. 379-387, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Mariańczyk, K., Libera, A. (2016). Przedwczesne narodziny jako czynnik ryzyka zaburzeń rozwoju oraz niepełnosprawności - perspektywa psychologii rehabilitacji, (w:) W. Otrębski, K. Mariańczyk (red.), *Przepis na rehabilitację. Dzieci i młodzież z niepełnosprawnościami*, 95-111, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.

- Mathieu, J. (2009). What is pregorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 109, 976–979.
- Moutquin, J.M. (2003). Socio-economic and psychosocial factors in the management and prevention of preterm labour. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110 (20), 56–60.
- Mutambudzi, M., Meyer, J.D., Warren, N., Reisine, S. (2011). Effects of psychosocial characteristics of work on pregnancy outcomes: a critical review, *Women Health*, 51 (3), 279-297.
- Odent, M. (2003). Risk factors for preterm delivery, *Lancet*, 361 (9355), 436–437.
- Oleszczuk, J., Sawulicka-Oleszczuk, H. (2009). Wcześnieactwo jako problem medyczny, rodzinny i społeczny, (w:) A.B. Pilewska-Kozak (red.), *Opieka nad wcześniakiem*, 17–25, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL .
- Ostaszewski, K., Rustecka-Krawczyk, A., Wójcik, M. (2009). *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: kl. I-II*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Romero, R., Espinoza, J., Kusanovic, J.P., Gotsch, F., Hassan, S., Erez, O., Mazor, M. (2006). The preterm parturition syndrome, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113, 17–42.
- Rutkowska, M., Polak, K., Seroczyńska, M., Szamotulska, K., Grupa PREMATURITAS (2010). Długofalowa ocena rozwoju noworodków przedwcześnie urodzonych: doświadczenia własne (badanie PREMATURITAS) na tle wybranych badań europejskich, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 3 (3), 175–180.
- Santos, S., Voerman, E., Amiano, P., Barros, H., Beilin, L.J., Bergström, A., Charles, M.A., Chatzi, L., Chevrier, C., Chrousos, G.P., Corpeleijn, E., Costa, O., Costet, N., Crozier, S., Devereux, G., Doyon, M., Eggesbø, M., Fantini, M. P., Farchi, S., Forastiere, F., Jaddoe, V. (2019). Impact of maternal body mass index and gestational weight gain on pregnancy complications: an individual participant data meta-analysis of European, North American and Australian cohorts, *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 126 (8), 984–995.
- Saurel-Cubizolles, M.J., Zeitlin, J., Lelong, N. (2004). Employment, working conditions, and preterm birth; results from the Europop case-control survey, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58 (5), 395-401.
- Słowniczek Terminów Epidemiologicznych; źródło internetowe, dostęp 01.06.2020, <http://www.przglepidemiol.pzh.gov.pl/slowniczek-terminow-epidemiologicznych>
<https://sjp.pwn.pl/sjp/>.
- Słownik Języka Polskiego PWN; źródło internetowe; dostęp 2.06.2020.

- Sulima, M., Lewicka, H., Wiktor, K., Wiktor, H. (2013). Analysis of preterm delivery risk factors - a literature review, *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 4, 9-15.
- Teitelman, A.M., Welch, L.S., Hellenbrand, K.G., Bracken, M.B. (1990). Effect of maternal work activity on preterm birth and low birth weight, *American Journal of Epidemiology*, 131 (1), 104-113.
- Vigod, S.N., Villegas, L., Dennis, C-L., Ross, L. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review, *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117 (5), 540-550. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x>.
- Wadhwa, P.D., Entringer, S., Buss, C., Lu, M.C. (2011). The contribution of maternal stress to preterm birth: Issues and considerations, *Clinics in Perinatology*, 38, 351-384.
- Walas, W. (2008). Bardzo trudne początki, czyli wcześniak w oddziale intensywnej terapii, (w:) I.Pirogowicz, A. Steciwko (red.), *Dziecko i jego środowisko. Noworodek przedwcześnie urodzony – trudności i satysfakcje*, 7-21. Wrocław: Continuo.
- Warzecha, D., Gajda, S., Kosińska-Kaczyńska, K., Szymusik, I., Wielgos, M. (2016). Risk factors for depressive symptoms in early postpartum period and after puerperium – are they the same? *Neuroendocrinology Letters*, 37 (6), 452-460.
- Whitehead, N., Brogan, D., Blackmore-Prince, C., Hill, H. (2003). Correlates of experiencing life events just before of during pregnancy, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 24 (2), 77-86.
- World Health Organization: Preterm birth. 2018; źródło internetowe, dostęp 01.06.2020, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
- Wortis H. (1960). Maternal reactions to premature birth viewed as an acute emotional disorder - Discussion, *American Journal of Orthopsychiatry*, 30, 547-552.