

Marta Kucharska-Hauk

WIĘŹ MATKI Z DZIECKIEM W OKRESIE PRENATALNYM W CIĄŻY WYSOKIEGO RYZYKA

PSYCHOLOGIA



**WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
ŁÓDZKIEGO**

**WIĘŹ MATKI Z DZIECKIEM
W OKRESIE PRENATALNYM
W CIĄŻY WYSOKIEGO RYZYKA**



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Marta Kucharska-Hauk

WIĘŹ MATKI Z DZIECKIEM W OKRESIE PRENATALNYM W CIĄŻY WYSOKIEGO RYZYKA

PSYCHOLOGIA



Marta Kucharska-Hauk – Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu
Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Społecznej i Badań nad Rodziną
91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12

RECENZENT

Mariola Bidzan

REDAKTOR INICJUJĄCY

Urszula Dzieciatkowska

OPRACOWANIE REDAKCYJNE

Bogusława Kwiatkowska

SKŁAD I ŁAMANIE

AGENT PR

KOREKTA TECHNICZNA

Anna Sońta

PROJEKT OKŁADKI

Katarzyna Turkowska

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/lightsource

© Copyright by Marta Kucharska-Hauk, Łódź 2020

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2020

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Wydanie I. W.09949.20.0.M

Ark. wyd. 10,7; ark. druk. 11,625

ISBN 978-83-8220-246-5

e-ISBN 978-83-8220-247-2

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

90-131 Łódź, ul. Lindleya 8

www.wydawnictwo.uni.lodz.pl

e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl

tel. 42 665 58 63

Spis treści

| | |
|--|----|
| Wstęp | 9 |
| Rozdział 1. Wybrane aspekty ciąży fizjologicznej i zagrożonej | 11 |
| 1.1. Przebieg ciąży fizjologicznej i związane z nim zmiany | 11 |
| 1.2. Ciąża wysokiego ryzyka – aspekt medyczny | 16 |
| 1.2.1. Zagrożenia związane ze stanem zdrowia matki | 16 |
| 1.2.2. Zagrożenia związane z przebiegiem ciąży | 19 |
| 1.2.3. Wrodzone wady rozwojowe | 22 |
| 1.3. Doświadczanie ciąży fizjologicznej i zagrożonej – aspekt psychologiczny | 27 |
| 1.4. Metody diagnostyki prenatalnej | 31 |
| Rozdział 2. Teoria przywiązania | 35 |
| 2.1. Przywiązanie w okresie wczesnodziecięcym | 35 |
| 2.2. Style przywiązania w okresie dorosłości | 38 |
| Rozdział 3. Więź emocjonalna z dzieckiem w okresie ciąży | 43 |
| 3.1. Teorie przywiązania prenatalnego | 44 |
| 3.1.1. Traktowanie płodu jako odrębnej istoty | 46 |
| 3.1.2. Przypisywanie właściwości dziecku | 46 |
| 3.1.3. Interakcje z dzieckiem | 47 |
| 3.2. Determinanty więzi emocjonalnej | 47 |
| 3.2.1. Uwarunkowania demograficzne | 47 |
| 3.2.2. Doświadczenia prokreacyjne i przebieg obecnej ciąży | 48 |
| 3.2.3. Indywidualne właściwości kobiety | 53 |
| 3.2.4. Jakość relacji rodzinnych | 55 |
| 3.3. Skutki więzi emocjonalnej matki z dzieckiem w okresie prenatalnym | 57 |
| Rozdział 4. Metodologiczne założenia badań własnych | 59 |
| 4.1. Cel badań i problemy badawcze | 59 |
| 4.2. Charakterystyka grupy badanej i sposób przeprowadzania badań | 71 |
| 4.3. Charakterystyka narzędzi badawczych | 75 |
| 4.3.1. Kwestionariusz „Więź z dzieckiem w okresie ciąży” | 75 |
| 4.3.2. Skala Doświadczania Ciąży | 76 |
| 4.3.3. Kwestionariusz Stylów Przywiązania KSP | 77 |
| 4.3.4. Skala Samooceny SES | 78 |
| 4.3.5. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI | 78 |
| 4.3.6. Skala Wsparcia Społecznego | 79 |
| 4.3.7. Skala Zależności od Małżonka SZM | 79 |
| 4.3.8. Kwestionariusz wywiadu | 80 |
| 4.4. Metody analizy statystycznej wyników badań | 80 |

| | |
|--|-----|
| Rozdział 5. Cechy obecnej ciąży i doświadczenia prokreacyjne a więź z dzieckiem prenatalnym | 81 |
| 5.1. Więź matki z dzieckiem prenatalnym w ciążach zdrowych, z wadami wrodzonymi i innymi zagrożeniami | 81 |
| 5.2. Więź matki z dzieckiem prenatalnym w ciążach planowanych i nieplanowanych | 83 |
| 5.3. Więź matki z dzieckiem prenatalnym w pierwszej i kolejnych ciążach | 84 |
| 5.4. Więź matki z dzieckiem prenatalnym a jego płeć | 86 |
| 5.5. Więź z dzieckiem prenatalnym u matek z negatywnymi doświadczeniami prokreacyjnymi | 88 |
| 5.6. Wiek ciążowy a więź z dzieckiem prenatalnym | 89 |
| 5.7. Predyktory więzi z dzieckiem prenatalnym – doświadczenia prokreacyjne i cechy obecnej ciąży | 90 |
| 5.8. Podsumowanie | 91 |
| Rozdział 6. Doświadczenie ciąży zagrożonej i fizjologicznej a więź z dzieckiem prenatalnym | 93 |
| 6.1. Doświadczenie ciąży fizjologicznej, z wadami wrodzonymi i innymi zagrożeniami | 93 |
| 6.2. Doświadczenie ciąży a więź z dzieckiem prenatalnym | 95 |
| 6.3. Predyktory więzi z dzieckiem prenatalnym – doświadczenie obecnej ciąży | 99 |
| 6.4. Podsumowanie | 102 |
| Rozdział 7. Właściwości indywidualne badanych kobiet w ciążach zagrożonych i fizjologicznych a więź z dzieckiem prenatalnym | 103 |
| 7.1. Wiek matki a więź z dzieckiem prenatalnym | 103 |
| 7.2. Styl przywiązania a więź z dzieckiem prenatalnym | 104 |
| 7.3. Samoocena a więź z dzieckiem prenatalnym | 108 |
| 7.4. Lęk a więź z dzieckiem prenatalnym | 109 |
| 7.5. Predyktory więzi z dzieckiem prenatalnym – indywidualne właściwości matki | 112 |
| 7.6. Podsumowanie | 114 |
| Rozdział 8. Charakter relacji z partnerem badanych kobiet w ciążach zagrożonych i fizjologicznych a więź z dzieckiem prenatalnym | 115 |
| 8.1. Stan cywilny matki a więź z dzieckiem prenatalnym | 115 |
| 8.2. Wsparcie od partnera a więź z dzieckiem prenatalnym | 117 |
| 8.3. Zależność od partnera a więź z dzieckiem prenatalnym | 120 |
| 8.4. Predyktory więzi z dzieckiem prenatalnym – relacja z partnerem | 122 |
| 8.5. Podsumowanie | 124 |
| Rozdział 9. Wybrane czynniki położnicze, indywidualne i relacyjne a doświadczenie ciąży z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i fizjologicznych | 125 |
| 9.1. Przebieg ciąży i historia położnicza a doświadczenie ciąży | 125 |
| 9.2. Właściwości indywidualne badanych kobiet a doświadczenie ciąży | 130 |
| 9.3. Charakter relacji badanych kobiet z partnerem a doświadczenie ciąży | 133 |
| 9.4. Podsumowanie | 136 |
| Rozdział 10. Wybrane czynniki położnicze, indywidualne i relacyjne a więź z dzieckiem prenatalnym | 139 |
| Rozdział 11. Dyskusja wyników | 145 |
| 11.1. Cechy ciąży i doświadczenia położnicze a więź matki z dzieckiem | 145 |
| 11.2. Doświadczenie obecnej ciąży a więź emocjonalna matki z dzieckiem | 150 |
| 11.3. Właściwości indywidualne kobiet a więź matki z dzieckiem | 152 |

| | |
|--|-----|
| 11.4. Relacja z partnerem a więź matki z dzieckiem | 154 |
| 11.5. Znaczenie wybranych zmiennych położniczych, indywidualnych i relacyjnych dla tworzenia więzi z dzieckiem prenatalnym w ciążach zagrożonych i fizjologicznych ... | 156 |
| Zakończenie | 159 |
| Bibliografia | 163 |
| Maternal-fetal attachment in high-risk pregnancy. Summary | 179 |
| Spis tabel | 181 |
| Spis rysunków | 185 |

Wstęp

Tematyka ciąży, jej doświadczania, uwarunkowań i konsekwencji związanych z jej powikłaniami od lat jest jednym z podstawowych obszarów zainteresowania psychologii prenatalnej. Ciąża to czas, w którym kobieta adaptuje się do zmian w sferze psychicznej, fizjologicznej i społecznej oraz staje się matką. Według Brady'ego i jego współpracowników (2017) stawanie się rodzicem jest jedną z głównych przemian życiowych. Jest to okres, w którym kobiecie towarzyszy pełne spektrum emocji, dokonuje ona redefinicji priorytetów, przewartościowań oraz stawia czoła różnym wymaganiom społecznym (Lichtenberg-Kokoszka, Dzierżanowski, Janiuk, 2011). Rubin (Bielawska-Batorowicz, 2006; Brandon i in., 2009) uważa, że jednym z podstawowych zadań kobiety w czasie ciąży jest stworzenie więzi emocjonalnej z nienarodzonym dzieckiem.

W rzeczywistości proces ten jest rozciągnięty w czasie i zapoczątkowuje go już samo podjęcie decyzji o poczęciu dziecka, a następnie zaakceptowanie tego stanu przez ciężarną i jej bliskich (Robinson, Baker, Nackerud, 1999). Warunkiem koniecznym do rozwijania więzi z dzieckiem jest uświadomienie sobie, że jest ono autonomicznym człowiekiem, co ułatwia odczuwanie jego ruchów czy jego obraz w badaniu ultrasonograficznym (Kornas-Biela, 2002). Sprzyja to tworzeniu wizerunku dziecka, nadawaniu mu cech, płci, wyobrażaniu sobie, jakie jest, jakie ma usposobienie, jak będzie wyglądać, *etc.* (Condon, Dunn, 1988). Matka wyraża też swoje przywiązanie do rozwijającego się w jej łonie człowieka przez nawiązywanie kontaktu z nim, mówienie do niego, dotykanie brzucha, uspokajanie, stymulowanie do aktywności (Golańska, 1989; Kornas-Biela, 2002). Rozwój tej wyjątkowej relacji jest kontynuowany po wydaniu dziecka na świat. Jakość i nasilenie więzi matki z niemowlęciem jest naturalnym skutkiem więzi prenatalnej (Doan, Zimmerman, 2003; Lindgren, 2001; Muller, 1996).

Kontakt i praca z kobietami, które znalazły się w niezwykle trudnej sytuacji ryzyka ciąży i diagnozy wad rozwojowych u ich nienarodzonych dzieci, skłoniły mnie do zastanowienia się, jak wygląda proces tworzenia więzi matka – dziecko w tak wyjątkowych warunkach. Pojawienie się powikłań przebiegu ciąży może wpływać na charakter tej relacji. Badacze wskazują wiele czynników modyfikujących jej kształtowanie. Wydaje się, że pogłębianie wiedzy na temat więzi prenatalnej oraz czynników wpływających na jej tworzenie jest szczególnie istotne w przypadku ciąż zagrożonych, których konsekwencją może być strata dziecka lub jego zaburzony rozwój po urodzeniu.

Moja praca obejmuje trzy rozdziały teoretyczne. Pierwszy z nich skupia się na samej ciąży i funkcjonowaniu w niej zarówno w aspekcie biologicznym, jak i psychologicznym, kiedy przebiega ona bez komplikacji oraz w sytuacji pojawienia się zagrożenia. W rozdziale drugim przybliłam tematykę samej koncepcji przywiązania w okresie wczesnego dzieciństwa oraz jego wpływu na funkcjonowanie i tworzenie relacji z innymi osobami w życiu dorosłym. Rozdział trzeci bezpośrednio odnosi się do przywiązania prenatalnego i jego wybranych koncepcji. Omówiłam w nim charakter i komponenty więzi emocjonalnej matki z dzieckiem oraz czynniki determinujące jej rozwój, ze szczególnym wskazaniem skutków tej wyjątkowej relacji. W kolejnej części pracy prezentuję założenia metodologiczne moich badań (rozdział 4). Przedstawiono w nim cel badań, pytania i hipotezy badawcze, model testowanych zależności, narzędzia badawcze oraz metody statystycznego opracowania danych. Kolejne rozdziały (rozdział 5, 6, 7, 8, 9 oraz 10) obejmują analizę wyników badań własnych. Pracę zamyka dyskusja wyników, gdzie dokonano interpretacji uzyskanych rezultatów badań oraz wskazania ich zastosowania praktycznego (rozdział 11).

Rozdział 1. Wybrane aspekty ciąży fizjologicznej i zagrożonej

1.1. Przebieg ciąży fizjologicznej i związane z nim zmiany

Ciąża fizjologiczna jest okresem trwającym około 280 dni, czyli 40 tygodni, licząc od pierwszego dnia ostatniej miesiączki (Chazan, 2007; Skrzypczak, Kornacki, 2020) lub 266–267 dni, licząc od ostatniej owulacji (Chazan, 2007; Pisarski, 1998). Od pierwszego momentu tego procesu zapoczątkowanego zapłodnieniem w ciele kobiety zachodzą anatomiczne, fizjologiczne i biochemiczne zmiany w obrębie wszystkich układów. Jej organizm adaptuje się do coraz większych wymagań, które są uwarunkowane wzrostem płodu, koniecznością zadbania o jego homeostazę oraz przygotowania do porodu. Jeśli ciąża przebiega prawidłowo, to zmiany te nie stanowią zagrożenia dla zdrowia i kondycji kobiety ciężarnej (Kempiak, 2007; Pisarski, Skrzypczak, 1998b). Jest to stan naturalny, ale ze względu na wiele dynamicznych przemian w krótkim czasie stanowi dodatkowe obciążenie dla organizmu. Każda ciąża zostawia w nim ślady, jednak specjaliści dbają o to, aby były one jak najmniej dotkliwe i widoczne (Pisarski, Skrzypczak, 1998a).

Szereg procesów fizjologicznych zachodzących w organizmie kobiety w ciąży jest przyczyną wzrostu zapotrzebowania energetycznego, a co za tym idzie zmian w wydatkowaniu energii. Szacuje się, że ogólne zapotrzebowanie kaloryczne u kobiety w ciąży wzrasta około 14%. Jest to efekt obecności płodu, łożyska, powiększenia macicy i piersi, ponadto zwiększonego przyjmowania pokarmów i wydatkowania energii na trawienie. Zazwyczaj w zaawansowanej ciąży dochodzi do zmniejszenia aktywności życiowej (w tym zawodowej) względem stanu sprzed ciąży (Miller, Hanretty, 2000).

Zmiany metaboliczne wynikające z rozwoju płodu przyczyniają się do wzrostu masy ciała matki. Zwiększa się ona ok. 15–25% względem masy sprzed ciąży. Zarówno zbyt duży, jak i zbyt mały przyrost mogą być objawem zaburzeń, dlatego jego monitorowanie jest rutynowym działaniem wobec kobiet spodziewających się dziecka (Miller, Hanretty, 2000; Pisarski, Skrzypczak, 1998b). Średni wzrost masy ciała ciężarnej wynosi około 12,5 kg. Należy jednak zwrócić uwagę, że do połowy ciąży skoki wagi spowodowane są rozwojem tkanki tłuszczowej oraz zatrzymaniem płynów w organizmie. Dopiero w drugiej połowie ciąży przyrost masy jest efektem rozrastania się płodu i łożyska oraz zwiększania się objętości płynu owodniowego (Schneider, 2004).

Wzrost wagi u kobiety ciężarnej ma wpływ na jej postawę i układ kostny, jednak dopiero w zaawansowanej ciąży górna część kręgosłupa ulega wygięciu ku tyłowi, aby zrównoważyć przesunięcie punktu ciężkości będące wynikiem rozrastającego się brzucha. W okolicach 10.–12. tygodnia ciąży redukcji ulega ruchomość miednicy, ponieważ poszerza się spojenie łonowe i dochodzi do chrząstkowzrostu krzyżowo-biodrowego (Kempiak, 2007). Procesy te wiążą się z aktywnością relaksyny, która wpływa hamująco na skurcze mięśni macicy oraz rozluźniająco na spojenie łonowe już w czasie porodu (Miller, Hanretty, 2000).

Adaptacyjne zmiany w układzie oddechowym widoczne są już we wczesnej ciąży. Tor oddychania zmienia się z żebrowego na przeponowy. Powiększenie pojemności płuc oraz wymiany gazowej skutkuje zwiększeniem wentylacji minutowej o około 40% (Miller, Hanretty, 2000). Jednocześnie nie dochodzi do przyrostu oddechów na minutę, dlatego kobiety doświadczają swoistych duszności (Schneider, 2004). Zwiększona wentylacja jest efektem obniżenia progu wrażliwości ośrodka oddechowego i jego większej wrażliwości na podwyższenie dwutlenku węgla. W końcowych etapach ciąży połowa zapotrzebowania na tlen jest przeznaczona na potrzeby płodu. Zmiany w wymianie gazowej ułatwiają dyfuzję tlenu od matki do dziecka oraz dwutlenku węgla z jego krwi do krwi matki (Pisarski, Skrzypczak, 1998b).

W wyniku wzrastającego zapotrzebowania metabolicznego rozwijającego się płodu, zwiększonego unaczynienia, w szczególności dróg rodnych oraz zwiększenia perfuzji narządów pojawiają się zmiany hematologiczne (Kempiak, 2007). Substancje odżywcze oraz tlen są dostarczane do płodu za pomocą krążenia maciczno-łożyskowego. Zmiany w obrębie układu krążenia prowadzą do jego rozwinięcia i polegają na wyraźnym zwiększeniu pojemności minutowej serca matki. Zachodzą już w pierwszym trymestrze, ale apogeum natężenia przypada na 24. tydzień ciąży. Jest to wynikiem przyspieszenia czynności serca oraz zwiększenia jego objętości wyrzutowej (Miller, Hanretty, 2000; Schneider, 2004). Objętość wyrzutowa jest stopniowo zmniejszana wraz z przybliżaniem się do terminu rozwiązania, zaś zwiększenie częstości uderzeń serca na minutę pozwala na utrzymanie pojemności minutowej serca na odpowiednim poziomie (Miller, Hanretty, 2000).

Za sprawą powiększającej się macicy jelita i żołądek ciężarnej przesuwają się na boki i ku górze. W wyniku dużego stężenia progesteronu w organizmie oczekującej matki zmniejsza się napięcie mięśni gładkich. Motoryka błony mięśniowej przewodu pokarmowego ulega spowolnieniu, co skutkuje cofaniem się treści żołądkowych do przełyku oraz zaburzeniem funkcji zwieraczy. Korzystne dla efektywnego trawienia i wchłaniania się wartości odżywczych jest spowolnienie ruchów robaczkowych jelit oraz większa wydzielniczość gruczołów ślinowych (Miller, Hanretty, 2000; Pisarski, Skrzypczak, 1998b; Schneider, 2004).

Powszechnie znanym objawem ciąży jest zwiększona częstotliwość oddawania moczu, która jest efektem poszerzenia miedniczek nerkowych i moczowodów, ponieważ ciężarna macica uciska je przy wchodzie do miednicy (Miller, Hanretty, 2000). Charakterystyczne dla czynności nerek jest zwiększenie przepływu krwi, przesączenia kłębuszkowego oraz resorpcji zwrotnej sody i wody (Pisarski,

Skrzypczak, 1998b). Częste oddawanie moczu w czasie ciąży oraz możliwość wystąpienia refluksu pęcherzowo-moczowodowego sprzyja zakażeniom dróg moczowych, co jest niezwykle częstym powikłaniem ciąży (Miller, Hanretty, 2000; Pisarski, Skrzypczak, 1998b; Schneider, 2004).

Znaczące w przebiegu oraz doświadczaniu ciąży przez kobietę są zmiany endokrynologiczne będące następstwem działania hormonów wydzielanych przez matkę i łożysko. Niezbędny do zajścia w ciążę jest progesteron, który produkuje ciało żółte. Powstaje ono po pęknięciu pęcherzyka Graafa i uwolnieniu jajeczka. Progesteron jest odpowiedzialny za przygotowanie macicy do zagnieżdżenia się w niej zapłodnionego jaja. Ponadto obniża napięcie mięśni gładkich żołądka, może powodować nudności oraz zaparcia przez zwolnienie perystaltyki jelit. Przyczynia się także do rozszerzenia żył i wzrostu ciepłoty ciała oraz przyrostu tkanki tłuszczowej. Jego stężenie wzrasta przez całą ciążę i nieznacznie spada tuż przed porodem (Miller, Hanretty, 2000).

Niezwykle ważną rolę odgrywa również przysadka mózgowa, której przedni płat ulega rozrostowi w wyniku namnażania się komórek produkujących prolaktynę. Sama prolaktyna pobudza wzrost gruczołów sutkowych i wywołuje laktację. W tylnym płacie przysadki magazynowana jest oksytocyna, która jest bardzo aktywna w czasie ciąży. Jej wydzielanie pobudza macicę do skurczów w czasie porodu i ma związek z wypływem mleka (Pisarski, Skrzypczak, 1998b).

W początkowym etapie ciąży estrogeny są produkowane przez jajniki, później zadanie to przejmuje łożysko. Wydzielanie tych hormonów nasila się wraz z postępowaniem ciąży, ponieważ pobudzają rozwój piersi i macicy oraz kontrolują jej czynności. Są też bardzo znaczące w zwiększaniu elastyczności tkanki łącznej, co przekłada się na rozluźnienie stawów i więzadeł oraz szyjki macicy. Kortyzol, początkowo syntetyzowany w nadnerczach matki, potem przez łożysko, podnosi stężenie glukozy we krwi i oddziałuje na reakcję odpornościową (Miller, Hanretty, 2000).

W teorii i praktyce przebieg ciąży dzieli się na trzy etapy zwane trymestrami. Są to okresy około trzymiesięczne, w których zachodzą konkretne zmiany w ciele kobiety oraz stanie rozwoju płodu. Raphael-Leff (1991) przeniosła ten podział na grunt psychologii prokreacji, zwracając uwagę na to, że wraz ze zmianami fizjologicznymi zachodzą zmiany w psychice kobiety. Kobietom w ciąży towarzyszą ambiwalentne odczucia – radość i szczęście mieszają się ze strachem, wątpliwościami i niepewnością (Dunkel-Schetter, Gurung, Lobel, Wadhwa, 2000). Rodzaj doświadczanych emocji zależy od trymestru ciąży i procesów fizjologicznych zachodzących w ciele matki oraz wyzwani, jakie stawia przed nią nowa sytuacja (Łuczak-Wawrzyniak, Pisarski, 1998; Schneider, 2004; Szymona-Pałkowska, 2005).

Pierwsze stadium ciąży to istotny okres adaptacji do zmian neurohormonalnych. Obfituje w szereg sygnałów z ciała, które objawiają się zmianami w doznaniach smakowych, zwiększonym apetytem lub awersją do niektórych potraw. Charakteryzuje się także innym wyglądem włosów i skóry, powiększeniem i wzrostem wrażliwości piersi, zmienioną wydzieliną z pochwy (Bielawska-Batorowicz, 2006; Łuczak-Wawrzyniak, Pisarski, 1998) oraz obniżeniem wydolności fizycznej. W pierwszym trymestrze ryzyko utraty ciąży jest wysokie, dlatego często u przyszłych matek

pojawia się lęk o jej utrzymanie (Kucharska, Kossakowska, Janicka, 2013). Przemianom biologicznym towarzyszy wzrost wrażliwości emocjonalnej i duża chwiejność uczuciowa. Dodatkowo ta zmienność i nadwrażliwość są intensyfikowane przez silniejsze, niż przed ciążą, poczucie zmęczenia i senności oraz zaburzenia funkcji poznawczych, jak zakłócenia pamięci oraz koncentracji uwagi.

Powszechnymi, bo występującymi u 70% ciężarnych, objawami są nudności i wymioty (Baker, Oram, 2001). Od 50 do 90% kobiet doświadcza ich w pierwszym trymestrze ciąży (Arsenault, Lane, 2002). Ich nasilenie zwykle spada przed końcem tego etapu ciąży, jednak około połowa ciężarnych zgłasza ich występowanie jeszcze w 15. tygodniu. Potocznie nudności określa się jako poranne, jednak w większości sytuacji występują przez cały dzień (Lacroix, Eason, Melzack, 2000; Verberg, Gillot, Al-Fardan, Grudzinskas, 2005). Baker i Oram (2001) zwracają uwagę, że nawet 15% badanych nudności towarzyszą do końca ciąży, a 5% przez cały okres jej trwania doświadcza wymiotów (Lacroix i in., 2000). Attard i in. (2002) zauważyli, że te dolegliwości wpływają na ogólną jakość życia kobiety, jej samopoczucie (Munch, 2002) oraz zdrowie psychiczne (Swallow, Lindow, Masson, Hay, 2004).

Przyczyny nudności i wymiotów ciążowych nie są do końca określone. Teorie ewolucyjne traktują je jak mechanizm adaptacyjny, który ma chronić płód w krytycznym okresie rozwoju przed teratogenami (Baker, Oram, 2001; Profet, 1992). Rzeczywiście u kobiet ciężarnych mdłości najczęściej pojawiają się w reakcji na produkty, które zawierają wiele toksyn, np.: alkohol, kofeinę, teinę, smażone lub nieświeże mięso oraz niektóre warzywa. Skonsumowanie tych produktów zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia wymiotów, a tym samym zapobiega dostaniu się szkodliwych substancji za pośrednictwem krwioobiegu matki i łożyska do płodu (Profet, 1992; Buss, 2001).

Kolejnym argumentem potwierdzającym teorię Profeta (1992) jest fakt, że mdłości rozpoczynają się 2–4 tygodnie po zapłodnieniu, czyli w okresie, gdy rozwijają się podstawowe organy i płód jest najbardziej podatny na działanie toksyn. Natomiast u większości kobiet ustępują, gdy narządy dziecka są już wykształcone, czyli około czternastego tygodnia ciąży (Buss, 2001). Badania wskazują także, że u matek, które nie doświadczały mdłości w pierwszym trymestrze ciąży, częściej dochodzi do poronień (Profet, 1992). Buss (2001) podkreśla także, że nudności i wymioty występują w różnych kulturach i dzięki ewolucyjnemu podejściu Profeta można je traktować nie jako zaburzenia, a mechanizm przystosowawczy chroniący dziecko.

Pierwszy trymestr to bardzo ważny moment, ponieważ rozstrzyga się w nim, czy kobieta spodziewająca się dziecka akceptuje stan, w jakim się znalazła. Ponadto, jednym z najistotniejszych zadań tego okresu jest przekazanie otoczeniu informacji o rozwijającym się dziecku. Na szczególną uwagę zasługuje tutaj reakcja partnera, rodziców i najbliższej rodziny. Kroelinger i Oths (2000) wykazali w swoich badaniach, że pozytywna reakcja partnera na wieść o ciąży pomaga w ugruntowaniu u kobiety akceptacji posiadania dziecka. To też ważny moment, w którym ciężarna dokonuje przebudowy obrazu własnej osoby w oparciu o doświadczenia bycia dzieckiem oraz przekonania na temat pełnienia roli matki.

Drugi etap ciąży to, według Raphael-Leff (1991, 2000), czas ustanawiania relacji z dzieckiem. Nie bez powodu rozpoczyna się on w momencie, gdy kobieta odczuwa pierwsze ruchy płodu. Potęguje to świadomość konieczności dbania o dziecko, a jednocześnie pozwala na stopniowe akceptowanie jego odrębności i indywidualności. Matka zaczyna kreować obraz swojego potomka. Według Raphael-Leff (2000) wyobrażenia dziecka i relacji z nim mogą być płynne, elastyczne i pozostawać ze sobą w sprzeczności. Jeśli są niezmiennie, to wiążą się z idealizowaniem, depresją, lękiem, a nawet obsesją. Skrajna stałość może być destruktywna zarówno dla dziecka, jak i oczekującej go kobiety. Niewątpliwie postęp medyczny, a wraz z nim możliwość zobaczenia dziecka podczas badania ultrasonograficznego, usłyszenie jego serca czy potwierdzenie przez badania prenatalne prawidłowego rozwoju płodu, pomagają w tworzeniu relacji z nienarodzonym człowiekiem oraz zmniejszają lęk i niepokój ciężarnych (Schneider, 2004). Istotną rolę odgrywa tu także charakter relacji z własną matką, ponieważ oddziałuje on na przejście z roli córki do roli matki (Łuczak-Wawrzyniak, Pisarski, 1998).

Jest to okres, w którym wzrastają wymagania co do wsparcia emocjonalnego ze strony partnera. Coraz częściej pojawiają się rozmowy o dziecku i przyszłej opiece nad nim. Należy zaznaczyć, że partner przeżywa ciążę w inny sposób. Nie odczuwa swojego dziecka w sposób bezpośredni, fizyczny. Doświadcza ciąży poprzez towarzyszenie swojej partnerce w zmianach w jej sposobie życia oraz konsultacjach i badaniach medycznych (Draper, 2002). Mogą się pojawić rozbieżności w przeżywaniu ciąży przez przyszłych rodziców (Libera, 2008). Zazwyczaj w drugim trymestrze wzrasta też zapotrzebowanie na seks, co dodatkowo przyczynia się do zmiany w relacjach z partnerem (Bielawska-Batorowicz, 2006). Mimo że przemiana wyglądu ciała może w tym czasie obniżać poczucie własnej atrakcyjności i powodować ujemne emocje (Kucharska i in., 2013), to Schneider (2004) uważa, że w perspektywie psychologicznej jest to najlepszy etap ciąży, a kobiety często deklarują, że czują się w nim najkorzystniej w aspekcie psychicznym i fizycznym.

Trzeci trymestr to czas przygotowania do porodu. Jest to okres, w którym organizm daje coraz bardziej do zrozumienia, że zbliża się rozwiązanie, dlatego zadaniem kobiety jest zaakceptowanie myśli, że dziecko może rozwijać się dalej niezależnie od jej ciała (Bielawska-Batorowicz, 2006). Kobieta w ciąży może odczuwać niepokój, napięcie i strach przed przebiegiem porodu, związanym z tym bólem, ryzykiem powikłań i zagrożeń dla niej oraz dziecka. Poza tym jest to koniec ważnego etapu, w którym oczekująca matka była szczególnie chroniona i otoczona opieką przez bliskich. Jednocześnie towarzyszy jej ekscytacja i oczekiwanie na poznanie swojego potomka i sprawdzenie się w roli matki oraz obawa przed nowymi obowiązkami, odpowiedzialnością i koniecznością zaspokojenia potrzeb fizycznych i psychicznych dziecka (Łuczak-Wawrzyniak, Pisarski, 1998).

Prześledzenie zmian zachodzących podczas ciąży pokazuje, że jest to znaczące wydarzenie w życiu kobiety. Matka oczekująca narodzin dziecka na każdym jej etapie musi radzić sobie z wieloma wyzwaniem i oczekiwaniami, które wiążą się z koniecznością zmiany sposobu funkcjonowania w przestrzeni osobistej i społecznej. Proces akceptacji oraz adaptacji do nowej roli i rzeczywistości może

wzbudzać wiele skrajnych emocji, które dodatkowo są intensyfikowane przez procesy hormonalne i anatomiczne. Doświadczanie ciąży ze względu na swój złożony charakter, łączący aspekt emocjonalny, społeczny i biologiczny, niesie ze sobą następstwa psychologiczne – z jednej strony może stanowić duże obciążenie dla kobiety, ale daje także możliwość na przewartościowanie i uporządkowanie sfery psychicznej (Lichtenberg-Kokoszka, Dzierżanowski, Janiuk, 2011).

1.2. Ciąża wysokiego ryzyka – aspekt medyczny

Bręborowicz (2005) określa ciążę wysokiego ryzyka jako taką, w której istnieje zagrożenie dla zdrowia lub życia matki i dziecka będące wynikiem następstw poprzednich ciąż, przewlekłych chorób lub dysfunkcji w budowie narządów wewnętrznych oraz patologii lub zaburzeń rozwoju płodu pojawiających się w czasie ciąży. Szymona-Pałkowska (2005) podaje, że nawet 1/3 ciąż w Europie Środkowej to ciążę zagrożone, chociaż rodzaj i stopień czynników ryzyka są zróżnicowane. Do najczęściej występujących chorób matki, które w znaczący sposób podnoszą ryzyko, należą: cukrzyca ciążowa, nadciśnienie tętnicze indukowane, padaczka, nowotwory, choroby narządowe (wątroby, nerek, płuc, układu krążenia, serca) i zakaźne oraz nadwaga (Dudenhausen, 2013; Pisarski, 1998).

Optymalnym okresem dla rozrodu kobiety jest wiek między 19. a 25. rokiem życia (Pisarski, Skrzypczak, 1998a). Zagrożenie zdecydowanie wzrasta, gdy ciąża jest w wieku poniżej 15 lub powyżej 40 lat. Niebezpieczeństwo mogą stanowić także konsekwencje poprzednich ciąż i porodów, czyli np. przedwczesne rozwiązania, przenoszenie ciąży, poronienia, inne komplikacje. Istotnymi czynnikami ryzyka są oczywiście cechy bieżącej ciąży, czyli jej mnogość, złe ułożenie płodu, wystąpienie plamień, wielowodzia lub małowodzia, łożyska przodującego lub jego przedwczesnego odklejenia. Szczególną opieką otacza się też ciężarne, u których zaobserwowano nieprawidłowości hormonalne, krwawienia na różnych etapach ciąży, niepowściągliwe wymioty lub stwierdzono niewydolność ciśnieniowo-szyjkową (Bręborowicz, 2005; Miller i Hanretty, 2000; Pisarski, 1998). W Polsce najczęściej diagnozuje się podwyższone ryzyko w ciążach zagrożonych poronieniem, przedwczesnym porodem, przenoszeniem lub ze współwystępującą chorobą matki (Skrzypczak, Pisarski, Pawełczyk, 1998). Dolegliwości i choroby kobiety ciężarnej są znaczące dla przebiegu ciąży i porodu, a jednocześnie sama ciąża może je zaostrzać i być ryzykiem dla matki (Schneider, 2004).

1.2.1. Zagrożenia związane ze stanem zdrowia matki

Czynnikami podnoszącymi ryzyko zagrożenia ciąży mogą być zarówno choroby matki z okresu przedkoncepcyjnego oraz zaburzenia, które pojawiły się w czasie ciąży. W przypadku chorób istniejących przed poczęciem dziecka istnieje

możliwość dokładnego zaplanowania działań prokreacyjnych, przygotowania się do ciąży w aspekcie medycznym, specjalistycznego monitorowania jej przebiegu oraz nastawienia na ewentualny długotrwały pobyt w szpitalu. Levy-Shiff, Lerman, Har-Even i Hod (2002) zwracają uwagę, że świadomość swojej sytuacji zdrowotnej i znajomość zaleceń lekarskich pomagają w zmianie przyzwyczajzeń i dotychczasowego trybu życia dla dobra ciąży. Kobietom łatwiej jest zaakceptować i wytrzymać narzucone restrykcje, kiedy czują, że przez wprowadzanie zmian w sposobie funkcjonowania i stosowanie się do zaleceń lekarskich mają wpływ na swój stan zdrowia.

Należy podkreślić, że stan zdrowia matki może mieć silny wpływ na przebieg ciąży i rozwój dziecka. Badania dowodzą, że noworodki, których matki cierpią na wrodzone wady serca, mają niższą wagę urodzeniową niż te urodzone przez zdrowe kobiety. Zaś ryzyko ich przedwczesnej śmierci jest ponad trzykrotnie większe (Connolly, Warnes, 1994; Presbitero i in., 1994). Poza tym wystąpienia takich wad u ciężarnej podnosi ryzyko pojawienia się wad wrodzonych serca u jej dziecka (Aleszewicz-Baranowska, Fryze, Ereciński, Komorowska-Szczepańska, 2005; Dangel, 2007; James, Stirrat, 1988, za: Bielawska-Batorowicz, 2006).

Inaczej wygląda sytuacja, gdy choroba nieoczekiwanie rozwija się w trakcie ciąży. Pojawiające się z zaskoczenia zagrożenie wpływa na proces przystosowywania się do nowej sytuacji, jaką jest ciąża, i stawia przed kobietą dodatkowe wyzwania. Wzrost ryzyka niepowodzeń w ciąży wiąże się z większą koncentracją na zdrowiu, ograniczeniami oraz stresem wynikającym z dodatkowych badań, wizyt u specjalistów, hospitalizacji i izolacji. Ponadto matka oczekująca dziecka może doświadczać trudności z zaakceptowaniem faktu, że nie przechodzi ciąży jak inne kobiety (Bielawska-Batorowicz, 2006; Raphael-Leff, 1991).

Jak już nadmieniałam, najczęstszymi niebezpieczeństwami dla ciąży, wynikającymi ze stanu zdrowia matki, są: cukrzyca ciążowa, nadciśnienie tętnicze, nowotwory, padaczka, choroby zakaźne, choroby narządów oraz nadwaga (Dudenhausen, 2013; Pisarski, 1998). W tym podrozdziale przedstawię wybrane zaburzenia, które zostały rozpoznane u kobiet biorących udział w badaniach prezentowanych przeze mnie w kolejnych częściach książki.

Najczęściej diagnozowaną chorobą metaboliczną, która dotyka ok. 5,4% populacji kobiet w Europie jest cukrzyca ciążowa (Eades, Cameron, Evans, 2017). Według Wasilewskiej-Pordes (2001) w wyniku przyrostu natężenia hormonu wzrostu, laktogenu łożyskowego, progesteronu oraz oddziaływania łożyska na rozkład insuliny dochodzi do zwiększenia zapotrzebowania na nią, a brak wydolności organizmu matki w wyprodukowaniu jej w takiej ilości prowadzi do cukrzycy (Pawełczyk, Cypryk, Bielawska-Batorowicz, 1999). Niedobór insuliny przyczynia się do zaburzeń w gospodarce wodno-elektrolitowej oraz przemianie białek, tłuszczów i węglowodanów. Chorobie towarzyszy podniesienie poziomu glukozy w osoczu i brak tolerancji na nią. Gdy hiperglikemia zostaje zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie ciąży, mamy do czynienia z cukrzycą ciążową, która rozwija się w drugim i trzecim trymestrze (Wilczyński, Cypryk, 2006). Choroba ta objawia się zwiększonym poczuciem pragnienia i suchości w ustach, świądem skóry, infekcjami dróg rodnych, nerek i wielomoczem. Jej symptomami są też infekcje

narządów rodnych, zaburzenie gojenia się ran, obrzęki płodu i zatrucia ciążowe. Wynalezienie insuliny w znacznym stopniu zmniejszyło zagrożenie dla życia płodu i śmiertelność wśród ciężarnych, jednak u matek z cukrzycą nawet trzykrotnie zwiększa się ryzyko wystąpienia wad wrodzonych płodu. Ponadto cukrzyca zwiększa ryzyko śmierci płodu oraz nadnaturalny przyrost tkanki podskórnej serca, wątroby i śledziony płodu, co prowadzi do makrosomii. Levy-Shiff, Lerman, Har-Even i Hod (2002) zaobserwowali, że rok po urodzeniu dzieci kobiet z cukrzycą w czasie ciąży częściej przejawiają nieprawidłowości w zachowaniu oraz rozwoju poznawczym. Wilczyński i Cypryk (2006) wskazują także, że konsekwencjami tej choroby u oczekującej matki mogą być utrata wzroku, zapalenie lub zmniejszenie filtracji kłębków nerkowych, nadciśnienie oraz kwasica metaboliczna.

Od 7 do 10% kobiet ciężarnych cierpi na nadciśnienie tętnicze. Jest to powikłanie, które stanowi istotne ryzyko w okresie okołoporodowym. Szacuje się, że jest najczęstszą przyczyną śmierci kobiet w ciąży. Odpowiada za 15% zgonów ciężarnych w Stanach Zjednoczonych. Lekarze przewidują, że odsetek przyszłych matek cierpiących na nadciśnienie tętnicze będzie wzrastać ze względu na przesunięcie wieku zajścia w ciążę oraz zwiększający się problem nadwagi i otyłości związany z siedzącym trybem życia oraz złymi nawykami żywieniowymi (Szczepaniak-Chicheł, Tykarski, 2012). Polskie Towarzystwo Ginekologiczne zaleca pomiar ciśnienia przy każdej wizycie ciężarnej w gabinecie ginekologicznym, ponieważ jego wysokość ma bezpośrednie przełożenie na kondycję matki i płodu. Jeśli nadciśnienie pojawia się u matki po 20. tygodniu rozwoju płodu, diagnozuje się wówczas nadciśnienie indukowane ciążą (Rapacz, Filippek, 2009). Zaburzenie to rozpoznaje się, gdy wartości ciśnienia skurczowego i rozkurczowego przekraczają wartości uznawane za normę w populacji, czyli jeśli wynosi 140/90mmHg lub więcej. Objętość osocza krwi ulega zwiększeniu, dlatego konieczne jest poszerzenie naczyń obwodowych, aby utrzymać wartości ciśnienia krwi na odpowiednio niskim poziomie. Jeśli dojdzie do skurczu tętniczek, które zapobiegają rozszerzaniu się tych naczyń, wówczas pojawia się nadciśnienie (Miller, Hanretty, 2000).

Jeśli nadciśnieniu indukowanemu ciążą towarzyszy białkomocz, stan ten określa się przedzrucawkowym. Jego następstwem może być rzucawka (Rapacz, Filippek, 2009). Powikłaniami nadciśnienia tętniczego mogą być: zahamowanie wzrostu płodu, jego niedotlenienie, zgon lub przedwczesne odklejenie się łożyska. Ponadto konsekwencje tej choroby może stanowić wcześniactwo. Dla samej matki nadciśnienie tętnicze może skutkować krwawieniem ośrodkowego układu nerwowego lub siatkówki, niewydolnością wątroby, nerek czy serca oraz obrzękiem płuc (Rapacz, Filippek, 2009; Szczepaniak-Chicheł, Tykarski, 2012).

Jak już wcześniej nadmieniłam, przez działanie progesteronu zmniejsza się napięcie moczowodów i dochodzi do ich rozszerzenia. Ponadto naciska na nie macica przy wejściu do miednicy. Wynikiem tego może być zastój moczu, a co za tym idzie zakażenia układu moczowego. Wystąpienie zakażenia dróg moczowych może być także następstwem zmian w składzie chemicznym moczu w czasie ciąży. Występuje też dużo częściej u kobiet, u których stwierdzono cukrzycę ciążową. W ciąży istnieje zdecydowanie większe ryzyko zapalenia pęcherza