

# Tokofobia – problem multidyscyplinarny

## Tokophobia – a multidisciplinary problem

Billert Hanna

Zakład Anestezjologii Doświadczalnej, Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii,  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań

### Streszczenie

*Patologiczny strach przed porodem - tokofobia, występuje u ok. 6-10% ciężarnych. Zagadnienie to spotyka się z szerokim zainteresowaniem w związku z jego istotnymi następstwami dotyczącymi stanu zdrowia kobiet, rozwoju neurobehawioralnego dzieci oraz cięcia cesarskiego na życzenie rodzącej.*

*Tokofobia ma charakter wielopłaszczyznowy, a u jej podłoża znajduje się wiele czynników natury biologicznej, psychologicznej i socjalnej.*

*Wyróżnia się tokofobię pierwotną, wtórną i będącą objawem depresji. Do najważniejszych komponentów strachu przed porodem należy strach przed bólem. Tokofobia wiąże się z obniżoną tolerancją bólu, wpływając hamująco na endogenne mechanizmy analgezji wywołanej przez ciążę. Mimo jednoznacznego braku związku strachu przed porodem z zapotrzebowaniem na skuteczną analgezję, blokady centralne powinny być dostępne szczególnie dla rodzących prezentujących podwyższony poziom negatywnych emocji. Analgezja zewnątrzoponowa może też jednak podwyższać poziom strachu w miarę trwania porodu i po porodzie.*

*Podstawę leczenia patologicznego strachu przed porodem stanowią metody psychoterapeutyczne, minimalizując negatywne doświadczenia związane z porodem. Ich wpływ na życzenie matki o wykonanie cięcia cesarskiego jest jednak niejednoznaczny. Z uwagi na złożoność zagadnienia tokofobii i jego potencjalne implikacje natury położniczej, anestezjologicznej, psychologicznej i psychiatrycznej, istnieje konieczność multidyscyplinarnego podejścia do tego problemu.*

Słowa kluczowe: **strach / poród / analgezja położnicza /**

### Abstract

*Pathological fear of childbirth known as "tokophobia" affects about 6-10% pregnancies and is of concern mainly because of remarkable sequelae regarding women's morbidity, the neurobehavioral development of their children, and cesarean section on maternal request (CSMR).*

*Fear of labor is a multidimensional problem involving a number of biological, psychological and social background factors and may be divided into primary and secondary tokophobia and tokophobia as a symptom of depression.*

### Adres do korespondencji:

Hanna Billert  
Zakład Anestezjologii Doświadczalnej, Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii,  
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego  
61-681 Poznań, Poland  
hbillert@op.pl

Otrzymano: 23.05.2007  
Zaakceptowano do druku: 18.07.2007

Billert H, et al.

*Fear of childbirth is closely related to the fear of labor pain. It appears that women who experience fear, suffer from more pain due to alterations in the mechanisms of pregnancy induced analgesia. Despite no relevant connection between tokophobia and request for effective analgesia for labor pain relief, neuraxial techniques should always be available, especially to women with increased levels of negative emotions.*

*However, epidural analgesia itself may increase fear level at the end and after labor and delivery. The mainstay of tokophobia treatment constitutes psychotherapeutic methods, which decrease negative labor experience; their impact on CSMR is controversial. There is a strong need for multidisciplinary approach to tokophobia due to its complexity and obstetric, anesthesiological, psychological and psychiatric implications.*

Key words: **fear / labor / obstetric analgesia /**

## Wstęp

O doświadczeniu porodu, który jest w życiu kobiety zdaniem wyjątkowym, stanowi cały szereg czynników pozytywnych i negatywnych. Do tych ostatnich należy zaliczyć ból i negatywne emocje [1]. Rola negatywnych stanów emocjonalnych, w tym lęku – emocji nieukierunkowanej, dotyczącej niezidentyfikowanego potencjalnego zagrożenia oraz strachu – emocji ukierunkowanej, wyrażającej konkretne przedmioty obaw [2], jest nie do przecenienia. Mogą one rzutować na przebieg ciąży, porodu i porożu, a także na dobrostan dziecka [3, 4, 5, 6].

W warunkach fizjologicznych w czasie ciąży i porodu czucie bólu jest obniżone (*pregnancy induced analgesia*) [7], poziom negatywnych emocji podlega natomiast skomplikowanej modulacji. Natężenie lęku w miarę trwania ciąży stopniowo narasta [8]. Obserwowano natomiast mniejsze nasilenie reakcji układu krążenia na stres, a także mniej nasilony wzrost układowych stężeń hormonów stresu, w tym kortyzolu [9]. Badania doświadczalne wskazują na hormonalne podłoże zmian behawioralnych; np. progesteron może zmniejszać strach u ciężarnych owiec [10], a kortykoliberyna obniża wrażliwość na stres u myszy [11]. W warunkach doświadczalnych wykazano stabilizację reakcji lękowych przez neuroaktywne sterydy, pochodne progesteronu, za pośrednictwem mechanizmów GABA-ergicznych [12]. U rodzących obserwowano natomiast wzrost układowych stężeń endogennych związków benzodiazepinopodobnych, które mogą działać stabilizująco na reakcje emocjonalne, niezależnie od wielokrotnie podnoszonego znaczenia hormonów stresu, w tym  $\beta$ -endorfiny, a także oksytocyny [13, 14, 15]. Zachowanie homeostazy u matki w okresie ciąży ma kluczowe znaczenie adaptacyjne, bezpośrednio rzutując na rozwój neurobehawioralny dziecka w życiu wewnątrz- i pozamacicznym [16].

Strach przed porodem, patologiczna, nieuzasadniona obawa przed urodzeniem dziecka, bywa też określany jako tokofobia (*tokos* z greckiego – poród) lub parturifobia. Tokofobia jest stanem klinicznym niewystarczająco zdefiniowanym, o słabo określonych kryteriach diagnostycznych [3]. Badania nad strachem w okresie okołoporodowym zostały zapoczątkowane na szerszą skalę przez położników szwedzkich w latach osiemdziesiątych ubiegłego stulecia, a ostatnio znów wzrasta zainteresowanie tą problematyką [17, 3, 5].

Szacuje się, że 80% ciężarnych może doświadczać obaw związanych z porodem w łagodnej postaci, natomiast duże nasilenie strachu – tokofobia występuje u 6-10% matek oczekujących dziecka. Skrajnie wysoki poziom strachu przed porodem obserwowano u ponad 2% kobiet szwedzkich.

Częstość występowania tokofobii nie ma związku z kolejnością ciąży. Po pięciu latach od urodzenia pierwszego dziecka strach przed kolejnym porodem występował u 1/4 kobiet w przypadku porodu zabiegowego, natomiast u 1/10 po porodzie fizjologicznym [3].

Tokofobia ma charakter wielopłaszczyznowy i dotyczy zagrożeń, które mogą towarzyszyć procesowi porodu, takich, jak ból i uraz, ale także własnej niemożności poradzenia sobie z porodem, utraty kontroli, niewystarczającego wsparcia, wreszcie śmierci własnej lub dziecka [3, 18, 19, 5].

Strach przed porodem może objawiać się koszmarami sennymi, dolegliwościami fizycznymi i trudnościami w wykonywaniu pracy zawodowej i zajęć domowych.

Często dochodzi do jego somatyzacji, np. w postaci bólów brzucha lub wymiotów ciężarnych. Nasilenie strachu waha się od ciągłego napięcia do okresowego niepokoju, przerywanego stanem radości i odprężenia. Dla niektórych kobiet odczuwanie strachu przed porodem stanowi zaskoczenie, podczas gdy inne przyjmują to odczucie jako naturalne wobec świadomości własnego wrażliwego usposobienia i braku odwagi. Zwykle kobiety porównują swoje odczucia do relacjonowanych emocji innych; często jeżeli w tej konfrontacji wypadają gorzej, pojawia się u nich poczucie niższości i winy, również w stosunku do dziecka.

Postawy przyjmowane w obliczu strachu przed porodem wahają się od ucieczki przez podejmowanie prób opanowania strachu we własnym zakresie (gromadzenie informacji, stosowanie technik relaksacyjnych, pozytywne myślenie) do szukania pomocy (mąż, krewni, przyjaciele, fachowa pomoc medyczna) [5, 17].

W skrajnych przypadkach pacjentki wyrażają prośbę o wykonanie cięcia cesarskiego (*cesarean delivery on maternal request*, CDMR) [3, 20, 21, 22].

Część pacjentek nie artykułuje negatywnych emocji lub nie potrafi podać przedmiotu obaw [23].

Wyróżnia się trzy rodzaje tokofobii: pierwotną, wtórną i będącą objawem depresji.

Tokofobia pierwotna może pojawiać się na długo przed pierwszą ciążą. Wtórna występuje w następstwie urazowego porodu i wiąże się z występowaniem często nierozpoznananej psychopatologii w postaci depresji, poporodowego psychogenego zespołu pourazowego (*post traumatic stress disorder*, PTSD), obniżonego *libido* i zaburzenia więzi emocjonalnych. Tokofobia jako objaw depresji może wystąpić w pierwszej lub w kolejnych ciążach, u jej podłoża znajduje się pierwotnie zespół depresyjny. Ten rodzaj tokofobii charakteryzuje się nawracającym obsesyjnym przekonaniem przyszłej matki, że nie jest w stanie urodzić dziecka i/lub umrze w czasie porodu [17].

Spośród czynników usposabiających do wystąpienia nadmiernego strachu przed porodem wymieniano: młody wiek, niski poziom wykształcenia lub status socjo-ekonomiczny, problemy psychologiczne przed i/lub w czasie ciąży, patologie seksualne, niski poziom samooceny, strach przed bólem, osobowość neurotyczną, brak wsparcia socjalnego, stres życia codziennego, poprzedni poród operacyjny lub rozczarowanie w związku z poprzednim porodem, chorobę poprzedniego dziecka lub ciężarnej oraz brak właściwej wiedzy [19, 3].

Techniki wspomaganie rozrodu nie wiążą się natomiast ze wzrostem częstości występowania tokofobii [24].

Nasilenie strachu przed porodem w okresie ciąży, czynnego porodu, także we wczesnym okresie po porodzie koreluje ze sobą [25]. Tokofobia wiąże się z podwyższonym napięciem lękowym (wyjąwszy trzeci trymestr ciąży) [3, 4].

Poziom strachu u ciężarnych z tokofobią jest wyższy u pierwsiaków [26].

### Implikacje położnicze tokofobii

W przypadkach tokofobii Saisto i współpracownicy obserwowali wydłużenie o około 1/3 czasu trwania zarówno pierwszego, jak i drugiego okresu porodu (10,5 vs 7,8 godz,  $p=0,016$  w przypadku I okresu porodu i 42 vs 47 min.,  $p=0,002$  w przypadku II okresu). Autorzy ci odnotowali też korelację między nasileniem strachu towarzyszącego kolejnym porodom a częstością nagłych cięć cesarskich i zastosowania wyciągacza próżniowego przy pierwszym porodzie [23].

Związek patologicznego strachu przed porodem z częstością nagłego cięcia cesarskiego podnosili też inni badacze [27]. Ukazały się jednak opinie nie potwierdzające bezpośredniego związku między strachem a czasem trwania porodu i sposobem jego ukończenia (wyjąwszy CDMR) [26, 28, 29].

Zasadniczy problem położniczy stanowi cięcie cesarskie „na życzenie”, zwłaszcza w przypadkach tokofobii wtórnej [3, 20, 21]. Szacuje się, że odsetek CDMR może wynosić nawet 4-18% ogółu cięć cesarskich. Uważa się, że każda decyzja o cięciu cesarskim na życzenie powinna być traktowana indywidualnie. Nie zaleca się wykonywania CDMR u kobiet, które planują posiadanie kilkorga dzieci w związku ze zwiększonym ryzykiem niepłodności lub patologii łożyska w kolejnych ciążach po cięciu cesarskim. Nie powinno się też wykonywać tego zabiegu przed ukończeniem 39 tygodnia ciąży lub bez weryfikacji dojrzałości płuc u dziecka [21].

Z kolei pozbawienie ciężarnej możliwości współuczestniczenia w planowaniu sposobu ukończenia porodu i odmowa wykonania cięcia cesarskiego mogą wiązać się z częstszym występowaniem depresji poporodowych i PTSD [17].

### Strach a analgezja porodu

Strach przed bólem i podejrzenie u siebie niskiej tolerancji bólu należą, obok obawy o zdrowie dziecka, do najważniejszych komponentów strachu przed porodem [18]. Strach przed bólem porodowym wiąże się ze strachem przed bólem w ogóle, niezależnie od kolejności porodu. Szwedzkie ciężarne domagające się wykonania cięcia cesarskiego w ponad 1/3 przypadków jako przyczynę podały strach przed bólem porodowym [3]. Nasuwa się pytanie, czy skuteczne uśmierzenie bólu porodowego przez blokady centralne (najczęściej analgezję zewnątrzoponową lub łączoną – podpajęczynówkowo-zewnątrzoponową) może stanowić alternatywę dla cięcia cesarskiego na życzenie u pacjentek z tokofobią [30]. Przyjmuje się, że brak możliwości zapewnienia rodzącej efektywnej analgezji nie może stanowić wskazania do CDMR; z drugiej strony okazuje się, że analgezja neuraksjalna może być włączona już we wczesnym etapie porodu, bez uszczerbku dla dynamiki jego postępu i sposobu ukończenia, stwarzając rodzącej komfort od początku porodu [21].

Powiązanie negatywnych emocji z bólem jest od dawna powszechnie znane. Sugerowano, że lęk nasila czucie bólu, podczas gdy strach je zmniejsza, przypuszczalnie w wyniku uczynienia przez ciało migdałowe zstępujących szlaków hamujących odbiór bodźców nocycetywnych. U podłoża analgezji wywołanej przez strach (*fear induced-analgesia*) sugerowano istnienie mechanizmów związanych z uwalnianiem opioidów endogennych, cytokin i kanabinoidów [31, 32]. Nowsze badania wskazują, że wpływ negatywnych emocji na ból może zależeć od ich nasilenia – silne stresory zwiększają, a słabe hamują czucie bólu [33].

W okresie czynnego porodu strach koreluje z bólem porodowym [26, 34, 3, 35]. Wydaje się, że związek ten nie dotyczy negatywnych emocji o charakterze nieukierunkowanym [36].

Duże nasilenie strachu bezpośrednio przed lub w czasie porodu zwiększa natężenie bólu i występowanie negatywnego doświadczenia porodu [37]. Saisto i współpracownicy wykazali, że tokofobia wiąże się z obniżoną tolerancją bólu mierzono go testem tzw. zimnego ucisku (*cold pressor test*; pacjentki zanurzały łokieć w pojemniku z pokruszonym lodem o temperaturze 1°C) zarówno w końcowym okresie ciąży, jak i poza ciążą. Kobiety bojące się porodu odczuwają ból silniej, różnica ta jest bardziej istotna w końcowym okresie ciąży; krótszy jest też maksymalny czas tolerancji bólu. Co więcej, u pacjentek bojących się porodu ból jest odczuwany w sposób porównywalny niezależnie od ciąży, podczas gdy u pacjentek kontrolnych taki sam bodziec powoduje w ciąży ból o znacząco niższym natężeniu. Saisto i współpracownicy wysunęli zatem hipotezę, że strach wpływa hamująco na endogenne mechanizmy analgezji wywołanej przez ciążę [34]. Kolejna praca tej grupy badaczy wskazuje na rolę noradrenaliny: wzrost układowych stężeń tego hormonu w odpowiedzi na bodziec bólowy okazał się niższy w grupie ciężarnych z tokofobią, podczas gdy stężenia hormonów osi podwzgórze-przysadka-nadnercza nie wykazywały zmian [38].

Strach wpływa bezpośrednio na całkowite zapotrzebowanie na środki analgetyczne w okresie czynnego porodu [26]. Z drugiej strony rodzące zdecydowane na zminimalizowanie analgezji odczuwają silniejszy ból [39].

Billert H, et al.

Preferencje dotyczące sposobu analgezji porodu mają bowiem wielorakie podłoże; obok natężenia bólu należy uwzględnić czynniki psychologiczne, etniczne i kulturowe, a także wcześniej ustalony plan [40]. Spośród fińskich matek ok. 90% domaga się jakiejś formy analgezji porodu z obawy przed bólem. Strach interferuje z czynnościami poznawczymi, wpływa na sposób reakcji na otrzymywane informacje, ocenę bólu i jego konsekwencji [3].

Wykazano ściśle powiązanie żądania analgezji zewnątrzoponowej u pierwiastek z wcześniejszym zamiarem odbycia porodu w tym znieczuleniu, pacjentki te decydowały się na ten rodzaj analgezji wcześniej niż pozostałe [40]. Na wybór analgezji porodu mogą też rzutować doświadczenia z dzieciństwa i sytuacja rodzinna w tym okresie. Okazuje się, że jeżeli matka pochodzi z rodziny stabilnej emocjonalnie, szczęśliwej, na ogół sama wykazuje gotowość zmierzenia się z bólem porodowym, który stanowi dla niej rodzaj wyzwania [41]. Skądinąd strach przed porodem występuje znacząco częściej u matek, które doświadczyły przemocy fizycznej lub seksualnej [42].

Sugerowano częstsze wykonywanie analgezji zewnątrzoponowej u rodzących z podwyższonym strachem przy porównywalnym zużyciu leków i czasie jej trwania [23], a u pacjentek domagających się tego rodzaju analgezji stwierdzano wyższy poziom strachu [35]. Mogą one też różnić się od pozostałych rodzących podwyższoną wrażliwością lękową, a przynajmniej parametr ten należy potraktować jako jeden z możliwych czynników decydujących o wyborze sposobu analgezji [37].

Nowsze badania nieoczekiwanie kwestionują sugerowany wcześniej związek zapotrzebowania na analgezję zewnątrzoponową z poziomem negatywnych emocji, a nawet z katastrofizacją bólu [25, 30]. Może to wynikać z rozpowszechnienia się tej metody analgezji i uznania jej, mimo pewnych kontrowersji, za ogólnodostępny standard postępowania [43]. Część pacjentek nie decyduje się na analgezję zewnątrzoponową z obawy przed powikłaniami i jej niekorzystnymi następstwami [44, 40, 30].

Skądinąd okazuje się też, że zapotrzebowanie na analgezję może ulegać zmniejszeniu, a poród – skróceniu, jeżeli rodząca ma kontakt ze znanym jej już wcześniej fachowym personelem, i/lub ze wsparciem kompetentnej osoby [6, 45]. Od dawna wiadomo, że łagodzenie negatywnych emocji może obniżać natężenie bólu porodowego [46]. Założenie to uzasadniało rozpowszechnioną w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku koncepcję tzw. psychoanalgezji porodowej [47, 14]. Niezależnie od możliwości zastosowania metod specjalistycznych wysoce skutecznych, komplementarne techniki nieinwazyjne mogą mieć swoje miejsce i rolę w analgezji porodu [45].

Warto przytoczyć niezwykle ciekawe wyniki badań nad kinetyką strachu u rodzących poddanych zewnątrzoponowej analgezji: wprawdzie u tych pacjentek strach ulegał obniżeniu równoległe do satysfakcjonującego uśmierzania bólu, jednak w miarę trwania porodu ponownie narastał [35]. Wydaje się też, że analgezja zewnątrzoponowa porodu może podwyższać strach bezpośrednio po porodzie [25]. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na fakt, że metoda ta zmniejsza fizjologiczny wzrost stężenia glikokortykosteroidów w krążeniu układowym [48], a hormony te z kolei hamują fobie [49]. Skądinąd około 1/5 rodzących, które poprzedni poród odbyły w analgezji zewnątrzoponowej decyduje się na poród naturalny [40].

## Możliwości zapobiegania i leczenia tokofobii

Podstawę zapobiegania i leczenia patologicznego strachu przed porodem stanowią metody psychoterapeutyczne [17, 3, 5]. Tworzy się specjalne zespoły poradnictwa (*fear of childbirth teams*), w skład których wchodzi lekarz, położna i psycholog, nastawione na identyfikację ciężarnych z tokofobią i odpowiednie postępowanie leczniczo-profilaktyczne [5].

Terapia prowadzi do istotnego skrócenia czasu trwania porodu, zmniejszenia objawów lękowych i zapobiega negatywnemu doświadczeniu porodu, które występuje zazwyczaj w przypadkach tokofobii [46, 29]. Wpływ poradnictwa na częstość cięć cesarskich na życzenie jest kwestią sporną, sugerowano jej spadek, brak efektu lub wręcz wzrost [22, 46, 29].

Podkreślano też konieczność ustalenia z ciężarną planu uśmierzania bólu porodowego, i to zarówno w tokofobii pierwotnej, jak i wtórnej [3]. W niektórych przypadkach, zwłaszcza w tokofobii będącej objawem depresji, może jednak wchodzić w rachubę konieczność specjalistycznego leczenia psychiatrycznego, ewentualnie farmakoterapii [17].

## Podsumowanie

Patologiczny strach przed porodem stanowi często niedoceniany poważny problem medyczny, mogący istotnie wpływać na przebieg ciąży i porodu, stan zdrowia matki po porodzie, a także bezpośrednio i pośrednio na dobrostan i prawidłowy rozwój dziecka.

Ponieważ tokofobia wiąże się z zaburzeniem endogennych mechanizmów analgetycznych w okresie ciąży i porodu, zaoferowanie pacjentkom skutecznych metod uśmierzania bólu porodowego, jakimi są blokady centralne, ma szczególnie ważne znaczenie.

Należy podkreślić konieczność multidyscyplinarnego podejścia do problemu tokofobii z udziałem położnika, anestezjologa, psychologa i psychiatry oraz wdrażania odpowiednich działań prewencyjnych [3, 17].

## Piśmiennictwo

1. Waldenström U. Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res.* 1999, 47, 471-82.
2. Rhudy JL, Meagher MW. Fear and anxiety: divergent effects on human pain thresholds. *Pain.* 2000, 84, 65-75.
3. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003, 82, 201-208.
4. Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG [et al.]. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Hum Develop.* 2004, 79, 81-91.
5. Eriksson C, Jansson L, Hamberg K. Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery.* 2006, 22, 240-248.
6. Bewley S, Cockburn J. Responding to fear of childbirth. *Lancet.* 2002, 359, 2128-2129.
7. Carvalho B, Angst MS, Fuller AJ [et al.]. Experimental heat pain for detecting pregnancy-induced analgesia in humans. *Anesth Analg.* 2006, 103, 1283-1287.
8. da Costa D, Larouche J, Drits M [et al.]. Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *J Psychosom Res.* 1999, 47, 609-621.
9. de Weerth C, Buitelaar JK. Physiological stress reactivity in pregnancy – a review. *Neurosci Behav Rev.* 2005, 29, 295-312.
10. Vierin M, Bouissou MF. Pregnancy is associated with low fear reactions in ewes. *Physiol Behav.* 2001, 72, 579-587.
11. Gammie SC, Hasen NS, Stevenson SA [et al.]. Elevated stress sensitivity in corticotropin-releasing factor receptor 2 deficient mice decreases maternal, but not intermale aggression. *Behav Brain Res.* 2005, 160, 169-177.
12. de Brito Faturci C, Teixeira Silva F, Leite JR. The anxiolytic effect of pregnancy in rats is reversed by finasteride. *Pharmacol Biochem Behav.* 2006, 85, 569-574.
13. Facchinetti F, Avallone R, Modugno G [et al.]. Evidence that natural benzodiazepine-like compounds increase during spontaneous labour. *Psychoneuroendocrinology.* 2006, 31, 25-29.

## Tokofobia – problem multidyscyplinarny.

14. Delke I, Minkoff H, Grunebaum A. Effect of Lamaze childbirth preparation on maternal plasma beta-endorphin immunoreactivity in active labor. *Am J Perinatol.* 1985, 2, 317-319.
15. Pittman QJ, Spencer SJ. Neurohypophysial peptides: gatekeepers in the amygdala. *Trends Endocrinol Metab.* 2005, 16, 343-344.
16. Eglinton KA, McMahon C, Austin MP. Stress in pregnancy and infant HPA axis function: conceptual and methodological issues relating to the use of salivary cortisol as an outcome measure. *Psychoneuroendocrinology.* 2007, 32, 1-13.
17. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasonable dread of childbirth. A series of 26 cases. *Br J Psychiatry.* 2000, 176, 83-85.
18. Geissbuehler V, Eberhard J. Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2002, 23, 229-235.
19. Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth.* 2002, 29, 101-111.
20. Morrison J, MacKenzie IZ. Cesarean section on demand. *Semin Perinatol.* 2003, 27, 20-33.
21. Chestnut DH. Cesarean delivery on maternal request: implications for anesthesia providers. *Int J Obstet Anesth.* 2006, 15, 269-272.
22. Nerum H, Halvorsen L, Sorlie T [et al.]. Maternal request for cesarean section due to fear of childbirth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth.* 2006, 33, 221-228.
23. Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmaki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol.* 1999, 94, 679-682.
24. Poikkeus P, Saisto T, Unkila-Kallio L [et al.]. Fear of childbirth and pregnancy-related anxiety in women conceiving with assisted reproduction. *Obstet Gynecol.* 2006, 108, 70-76.
25. Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006, 85, 56-62.
26. Alehagen S, Wijma K, Wijma B. Fear during labor. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001, 80, 315-320.
27. Ryding EL, Wijma B, Wijma K [et al.]. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1998, 77, 542-543.
28. Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency cesarean section? *BJOG.* 2002, 109, 1213-1221.
29. Waldenstrom U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG.* 2006, 113, 638-646.
30. Van den Bussche E, Crombez G, Eccleston C [et al.]. Why women prefer epidural analgesia during childbirth: the role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing. *Eur J Pain.* 2007, 11, 275-282.
31. Zou CJ, Liu JD, Zhou YC. Roles of central interleukin-1 on stress-induced-hypertension and footshock-induced-analgesia in rats. *Neurosci Lett.* 2001, 311, 41-44.
32. Finn DP, Beckett SR, Richardson D [et al.]. Evidence for differential modulation of conditioned aversion and fear-conditioned analgesia by CB1 receptors. *Eur J Neurosci.* 2004, 20, 848-852.
33. Rhudy JL, Meagher MW. Negative affect: effects on an evaluative measure of human pain. *Pain.* 2003, 104, 617-626.
34. Saisto T, Kaaja R, Ylikorkala O [et al.]. Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain.* 2001, 93, 123-127.
35. Alehagen S, Wijma B, Lundberg U [et al.]. Fear, pain and stress hormones during childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2005, 26, 153-165.
36. Billert H, Gaca M, Miluska J [et al.]. Ocena lęku u rodzących zdecydowanych na analgezję zewnątrzroponową. *Ginekol Pol.* 2007, w druku.
37. Lang AJ, Sorrell JT, Rodgers CS [et al.]. Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *Eur J Pain* 2006, 10, 263-270.
38. Saisto T, Kaaja R, Helske S [et al.]. Norepinephrine, adrenocorticotropin, cortisol and beta-endorphin in women suffering from fear of labor: responses to the cold pressor test during and after pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004, 83, 19-26.
39. Kannan S, Jamison RN, Datta S. Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth. *Reg Anesth Pain Med.* 2001, 26, 468-472.
40. Goldberg AB, Cohen A, Lieberman E. Nulliparas' preferences for epidural analgesia: their effects on actual use in labor. *Birth.* 1999, 26, 139-143.
41. Simkin P. Commentary: the meaning of labor pain. *Birth* 2000, 27, 254-255.
42. Heimstad R, Dahlöe R, Laache I [et al.]. Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006, 85, 435-440.
43. Leighton B. L. The impact of neuraxial analgesia on the progress and outcome of labor. *Tech Reg Anesth Pain Manag.* 2003, 7, 197-203.
44. Beilin Y, Rosenblatt MA, Bodian CA [et al.]. Information and concerns about obstetric anesthesia: a survey of 320 obstetric patients. *Int J Obstet Anesth.* 1996, 5, 145-151.
45. Van Zandt SE, Edwards L, Jordan ET. Lower epidural anesthesia use associated with labor support by student nurse doulas: implications for intrapartum nursing practice. *Compl Ther Clin Pract* 2005, 11, 153-160.
46. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE [et al.]. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol.* 2001, 98, 820-826.
47. Fijałkowski W. Horyzonty psychoanalgezji porodowej. *Ginekol Pol.* 1959, 30, 441-449.
48. Vogl SE, Worda C, Egarter C [et al.]. Mode of delivery is associated with maternal and fetal endocrine stress response. *BJOG.* 2006, 113, 441-445.
49. Soravia LM, Heinrichs M, Aerni A [et al.]. Glucocorticoids reduce phobic fear in humans. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2006, 103, 5585-5590.

## SYMPOZJUM

# Postępowanie przed- i pooperacyjne w ginekologii i położnictwie

7-8 grudnia 2007  
Lublin

Organizatorzy Sympozjum

Oddział Lubelski Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego  
Stowarzyszenie Na Rzecz Promocji Zdrowia Kobiet  
im. Prof. St. Liebarta  
III Katedra i Klinika Ginekologii A.M. w Lublinie

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Sympozjum  
prof. zw. dr hab. n. med. Tomasz Paszkowski

#### Tematyka Sympozjum

- Okołooperacyjna profilaktyka antybiotykowa w ginekologii i położnictwie
- Rehabilitacja po operacjach ginekologicznych
- Postępy w leczeniu bólu pooperacyjnego w ginekologii i położnictwie
- Zapobieganie zrostom po operacjach ginekologicznych
- Systemowa i lokalna estrogenoterapia okołooperacyjna u pacjentek pomenopauzalnych
- Farmakoterapia po operacyjnym leczeniu endometriozy
- Przygotowanie przedoperacyjne pacjentek z obciążeniami internistycznymi (cukrzyca, nadciśnienie, zab. funkcji tarczycy)
- Kryteria złośliwości zmian w miednicy mniejszej – markery biochemiczne, ultrasonografia
- Profilaktyka powikłań zakrzepowo-zatorowych operacji ginekologiczno-położniczych
- Postępowanie okołooperacyjne w uroginekologii
- Varia

#### Sekretariat Sympozjum:

III Katedra i Klinika Ginekologii A.M. w Lublinie  
20-954 Lublin, ul. Jaczewskiego 8

tel.: (48-81) 724 4848

Formularz uczestnictwa w Sympozjum wraz z ofertą hotelową

Dostępny na stronie

[www.3gin.am.lublin.pl](http://www.3gin.am.lublin.pl)

#### Materiały Sympozjum:

Zarejestrowani uczestnicy Sympozjum otrzymają punkty edukacyjne oraz monografię „Postępowanie przed- i pooperacyjne w ginekologii i położnictwie” pod redakcją prof. T.Paszkowskiego