

2021

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

„CAROL DAVILA”, BUCUREȘTI

ȘCOALA DOCTORALĂ

DOMENIUL PSIHIATRIE – PSIHIATRIA COPILULUI ȘI ADOLESCENTULUI

**EVALUAREA RELAȚIEI PĂRINTE-COPIL ȘI PROGNOSTICUL DEZVOLTĂRII
NEUROPSIHOMOTORII A COPILULUI PREMATUR**

REZUMAT

Conducător de doctorat:

PROF. UNIV. DR. DOBRESKU IULIANA

Student-doctorand:

PSIH. STOENESCU RADU

2021

Cuprins

Introducere.....	pagina 1
I. Partea generală.....	pagina 6
1. ASPECTE MEDICALE ALE PREMATURITĂȚII.....	pagina 6
1.1 Definiție și clasificare.....	pagina 6
1.2 Epidemiologie.....	pagina 8
1.3 Etiologie.....	pagina 9
1.3.1. Distensia uterină.....	pagina 11
1.3.2. Stresul materno-fetal biologic.....	pagina 11
1.3.3. Infecțiile.....	pagina 13
1.4. Antecedente și factori contributivi ai travaliului prematur.....	pagina 15
1.4.1. Iminența de avort.....	pagina 15
1.4.2. Factorii genetici.....	pagina 15
1.4.3. Intervalul de timp dintre sarcini.....	pagina 16
1.4.4. Nașterea prematură anterioară.....	pagina 16
1.4.5. Infecțiile anterioare	pagina 16
1.4.6. Factorii psihosociali.....	pagina 17
1.4.6.1. Nivelurile de anxietate perinatală ca factor de risc al prematunității.....	pagina 19
1.5. Nou-născutul prematur.....	pagina 23
2. RELAȚIA PĂRINTE – COPIL PREMATUR	pagina 24
2.1. Particularitățile funcționării psihologice în perioada prenatală și postnatală	pagina 24
2.2. Patternuri reprezentative	pagina 25
2.3. Fundamentele relației părinte-copil	pagina 28
2.3.1. Interacțiunile comportamentale.....	pagina 29
2.3.2. Interacțiunile corporale.....	pagina 29
2.3.3. Interacțiunile vizuale.....	pagina 29
2.3.4. Interacțiunile vocale.....	pagina 30
2.3.5. Interacțiunile afective.....	pagina 30

2.3.6. Interacțiunile fantasmatiche. Copilul imaginat.....	pagina 30
2.3.7. Interacțiunile tată-nou născut.....	pagina 31
2.4 Tulburările de interacțiune.....	pagina 32
2.4.1. Perspectiva sincronică.....	pagina 32
2.4.2. Perspectiva diacronică.....	pagina 32
2.5. Tulburări psihice în perioada pre- și post-partum	pagina 33
2.5.1. Depresia antenatală	pagina 33
2.5.2. Blues-ul post-natal	pagina 34
2.5.3. Depresia post-natală	pagina 34
2.5.4. Psihoza post partum/Psihoza puerperală	pagina 36
2.5.5. Tulburările anxioase	pagina 37
2.5.5.1. Stress-ul post-traumatic și prematuritatea	pagina 38

3. RELAȚIA PĂRINTE-COPIL ȘI

DEZVOLTAREA NEUROPSIHOMOTORIEpagina 40

3.1.Dezvoltarea psihomotoriepagina 40

3.2.Relatia părinte-copil prematurpagina 42

3.2.1 Rolul tatălui în cazul unei nașteri premature

3.2.1.1 Funcțiile paterne.....pagina 45

3.3.Prognosticul dezvoltării neuropsihomotorii

a copilului prematurpagina 46

II. Contribuții personale.....pagina 48

4. Ipoteza de lucru și obiectivele generale.....pagina 48

5. Metodologia generală a cercetării. Materiale și metodăpagina 50

5.1. Alegerea și descrierea lotuluipagina 50

5.2. Instrumente de lucru.....pagina 50

6. Rezultate.....pagina 53

6.1 Analiza descriptivă a lotului ales din punct de vedere

socio-demografic și psihosocial.....pagina 53

6.2 Analiza descriptivă a lotului ales din punct de vedere

al datelor medicale și legate de sarcină și naștere	pagina 59
6.3 Analiza descriptivă a lotului ales din punct de vedere	
al nivelurilor de anxietate perinatală.....	pagina 69
6.4 Analiza scorurilor de anxietate perinatală și de depresie	
în funcție de patologia cronică a mamelor	pagina 77
6.5 Analiza scorurilor de anxietate perinatală și de depresie	
în funcție nivelul de studii al mamelor.....	pagina 86
6.6 Analiza corelațiilor dintre nașterea prematură	
și factori psihosociali.....	pagina 92
6.7 Analiza corelațiilor dintre nașterea prematură	
și factori medicali.....	pagina 100
6.8 Analiza corelațiilor dintre nașterea prematură	
și nivelurile de anxietate perinatală.....	pagina 110
7. CONCLUZII ȘI CONTRIBUȚII PERSONALE.....	pagina 122
7.1 Răspunsuri la obiective și analiza ipotezelor de lucru.....	pagina 122
7.2 Limitările cercetării.....	pagina 126
7.3 Direcții viitoare ale cercetării.....	pagina 126
Bibliografie.....	pagina 129
Anexe.....	pagina

INTRODUCERE

Sarcina reprezintă o perioadă anxiogenă pentru viitoarele mame. Un nivel de anxietate legat de sarcină și viitorul copil este fiziologic și poate avea rol protector în desfășurarea sarcinii, însă există date în literatură care sugerează că nivelurile crescute ale anxietății prenatale pot fi un factor de risc pentru nașterile premature.

Dintre toți factorii de risc cunoscuți ai nașterii premature, factorii psihosociali formează o colecție complicată, care include un spectru multidimensional de mecanisme de mediere interdependente.

Nivelul educațional al mamelor este un alt factor luat în considerare în modelul etiologic al nașterii premature. Implicit, profesia mamelor și nivelul de stress asociat locului de muncă au fost, de asemenea, raportate a fi asociate cu nașterea prematură. Se cunoaște că toți acești factori cresc probabilitatea unor rezultate negative asupra sănătății; totuși, posibilele lor mecanisme de interacțiune, cu nașterea prematură ca rezultat, trebuie încă explorate.

Astfel, motivația alegerii temei prezentei cercetări a avut la bază identificarea unor factori care pot influența evoluția sarcinii și prognosticul acesteia, în funcție de caracteristicile bio-psihosociale ale viitoarelor mame. Ulterior s-a dorit să fie identificați acei factori care se corelează cu creșterea riscului de naștere prematură, în vederea dezvoltării și implementării unor programe de prevenție și intervenție terapeutică multidisciplinară cu scopul reducerii acestor factori și, odată cu ei și a riscului de naștere prematură.

Cercetarea de față și-a propus să determine legătura dintre anxietatea perinatală și eventualele complicații pe parcursul sarcinii și nașterii și în special nașterea prematură. De asemenea, s-au luat în considerare atât datele din literatura de specialitate, cât și observațiile empirice întâlnite în practica clinică.

Cercetarea de față a avut la bază lucrul cu proaspetele mame în cabinetul de psihoterapie, la care s-a observat empiric faptul că nivelurile crescute de anxietate erau asociate cu complicații ale sarcinii, cu nașterea prematură, dar și cu un prognostic negativ legate de dezvoltarea neuropsihomotorie a copilului. Aceste observații se corelau cu datele studiate din literatura de specialitate, drept urmare prezenta lucrare a avut scopul de a cuantifica și obiectiva aceste

corelații. Astfel, inițial, lotul de mame urma să fie compus din mamele prezente în cabinetul de psihoterapie și de mame din compartimentele de neonatologie (atât mame care au născut la termen, cât și mame care au născut prematur). Cu toate acestea, pe parcursul desfășurării cercetării, au intervenit măsurile epidemiologice și restricțiile impuse de pandemia COVID-19, care a sistat accesul în unitățile spitalicești și a scăzut semnificativ numărul pacienților care se prezentau în cabinetele de psihoterapie. Luând în considerare aceste dificultăți, s-a propus colectarea online a datelor, prin alcătuirea unui formular cuprinzând datele socio-demografice, psihosociale, medicale, dar și scalele alese și postarea acestuia pe grupurile de profil, de mame care au născut recent, pe rețelele de socializare.

I. Partea generală

1.ASPECTE MEDICALE ALE PREMATURITĂȚII

1.1 Definiție și clasificare

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește nașterea prematură sau nașterea înainte de termen/ pre-termen ca orice naștere înainte de 37 de săptămâni de gestație completate, sau mai puțin de 259 de zile de la prima zi a ultimei menstruații a femeii (259 de zile de amenoree) (Howson, 2012).

Aceasta se subdivizează în continuare pe baza vârstei gestaționale în: extrem de prematur (<28 săptămâni) , foarte prematur (28– <32 săptămâni) și prematur moderat tardiv (32– <37 săptămâni de gestație completate).

1.2 Epidemiologie

Cea mai frecventă indicație maternă pentru finalizarea înainte de termen a sarcinii este preeclampsia, și cea mai frecventă indicație fetală este restricția de creștere intrauterină cu evidențe de suferință fetală. Nașterea spontană înainte de termen complică 5 – 18 % din sarcini și este cea mai importantă cauză de mortalitate și morbiditate perinatală la nivel mondial, cu o incidență în creștere.

1.3 Etiologie

Travaliul înainte de termen (nașterea înainte de termen în curs, naștere prematură în desfășurare) - apariția contracțiilor uterine regulate la o vârstă gestațională între 24 și 37 săptămâni de amenoree complete, însoțite de o dilatație a colului de peste 4 cm. Fără intervenție medicală, situația evoluează invariabil spre naștere prematură. Poate fi însoțită sau nu și de ruptura spontană a membranelor.

Patru cauze majore ale travaliului prematur spontan includ distensie uterină, stressul materno-fetal, modificări premature ale colului uterin și infecțiile

1.3.1. Distensia uterină.

Sarcina multifetală și hidramniosul duc la un risc crescut de naștere prematură. Este probabil ca distensia uterină timpurie să acționeze pentru a iniția expresia a proteinelor asociate contracției în miometru. Întinderea uterină excesivă determină pierderea prematură a a relaxării active a miometrului. Extinderea uterină excesivă duce, de asemenea, la activarea precoce a cascadei endocrine placentară-fetală.

1.3.2. Stresul materno-fetal biologic.

Stresul este definit ca o condiție sau circumstanță adversă care perturbă funcționarea fiziologică sau psihologică normală a unui individ. Dar complexitățile măsurării „stresului” sunt ceea ce cauzează dificultăți în definirea rolului său exact. De aceea, există dovezi considerabile care arată o corelație între diverse tipuri de stres matern și naștere prematură.

1.3.3. Infecțiile. Există un mare interes în rolul infecției drept cauza primară a travaliului prematur la sarcinile cu membrane intacte. Microorganismele cu siguranță nu sunt omniprezente în lichidul amnionic al tuturor femeilor cu naștere prematură și, într-adevăr, culturile pozitive se găsesc doar în 10 până la 40%.

1.4. Antecedente și factori contributivi ai travaliului prematur

1.4.1. Iminența de avort. Atât sângerările ușoare, cât și cele puternice au fost asociate cu ulterioare travalii premature, abrupție placentară și pierdea ulterioară a sarcinii înainte de 24 de săptămâni.

1.4.2. Factorii genetici. Genele imunoreglatoare sunt implicate în potențarea corioamnionitei în cazurile de naștere prematură din cauza infecției. De asemenea, defectele congenitale au fost asociate cu nașterea prematură și greutatea scăzută la naștere.

1.4.3. Intervalul de timp dintre sarcini este cunoscut de mai multă vreme ca fiind asociat cu rezultate perinatale adverse.

1.4.4. Nașterea prematură anterioară reprezintă un factor de risc major pentru travaliul prematur.

1.4.5. Infecțiile anterioare intrauterine declanșează travaliu prematur prin activarea sistemului imunitar înăscut. Microorganismele determină eliberarea de substanțe inflamatorii citokine precum interleukinele și TNF-alfa, care la rândul lor stimulează producerea de prostaglandine și / sau degradarea matricei enzime. Prostaglandinele stimulează contracțiile uterine, în timp ce degradarea matricei extracelulare în membranele fetale conduce la ruperea prematură a membranelor.

1.4.6. Factorii psihosociali și cei legați de stilul de viață formează o colecție complicată, care include un spectru multidimensional de mecanisme de mediere interdependente. Printre cei mai importanți sunt: fumatul, creșterea inadecvată a greutateii materne, consumul ilicit de droguri și vârsta mamei.

1.4.6.1. Nivelurile de anxietate perinatală ca factor de risc al

Prematurității.

Un nivel de anxietate legat de sarcină și viitorul copil este fiziologic și poate avea rol protector în desfășurarea sarcinii, însă există date în literatură care sugerează că nivelurile crescute ale anxietății prenatale pot fi un factor de risc pentru nașterile premature.

1.4. Nou-născutul prematur

Nou-născutul prematur este susceptibil la diverse complicații medicale grave: sindromul de detresă respiratorie, displazia bronhopulmonară, pneumotorax, pneumonie/ sepsis, ductus arteriosus persistent, enterocolita necrotizantă, retinopatia de prematuritate, hemoragia intraventriculară, leucomalacia periventriculară, paralizie cerebrală, boala membranelor hialine.

2. RELAȚIA PĂRINTE – COPIL PREMATUR

2.1. Particularitățile funcționării psihologice în perioada prenatală și postnatală

Majoritatea clinicienilor consideră maternitatea ca fiind o perioadă de criză maturativă necesară procesului de a deveni mamă, comparabilă cu perioada adolescenței, o perioadă de mare vulnerabilitate care împinge mama să apeleze la ajutorul tuturor persoanelor de referință.

2.2. Patternuri reprezentationale

Reprezentarea apare ca o categorie fundamentală a experienței psihice. Aspectele reprezentationale ale experienței constituie o rețea de concepte și de imagini durabile, de sine și de altul, o „lume reprezentatională” care furnizează experienței personale o schemă de referință de bază.

2.3. Fundamentele relației părinte-copil

Relația părinte-copil pune bazele pentru dezvoltarea neuropsihomotorie și socio-emoțională a copilului. Copiii care cresc cu un atașament sigur și sănătos față de părinții lor au șanse mai mari de a dezvolta relații fericite cu ceilalți din viața lor, învață să regleze emoțiile sub stres și în situații dificile, prezintă comportamente sociale optimiste și încrezătoare.

2.3.1 Interacțiunile comportamentale

2.3.2 Interacțiunile corporale privesc modul în care bebelușul este ținut, purtat, manipulat și atins.

2.3.3 Interacțiunile vizuale cuprind dialogul „ochi în ochi” sau privirea mutuală și reprezintă un mod privilegiat de comunicare între bebeluș și mama sa.

2.3.4 Interacțiunile vocale

Plânsetele și țipetele reprezintă primul limbaj al nou-născutului. Cuvintele sunt utilizate de către mame din primele momente în relația cu bebelușii lor. Calitatea schimburilor interactive, fie ca sunt sărace sau bogate, apar în activitatea și rutina de fiecare zi și va ritma ziua bebelușului.

2.3.5 Interacțiunile afective

Ele cuprind climatul emoțional sau afectiv al interacțiunilor, resimțite ca agreabile sau neplăcute în comunicare. Este vorba despre influențele reciproce ale vieții emoționale ale bebelușului și cele ale mamei sale.

2.3.6 Interacțiunile fantasmatică. Copilul imaginat

Aceste interacțiuni țin cont de influența reciprocă ce se derulează între viața psihică a mamei și cea a bebelușului sau, atât aspectele lor imaginare conștiente, cât și fantasmatică, inconștiente.

Lebovici descrie copilul imaginat sub patru forme care îl diferențiază de bebelușul real pe care mama îl poartă în brațe”: copilul imaginar, copilul fantasmă, copilul mitic și copilul narcisic.

2.3.7 Interacțiunile tată-nou născut

Ca și interacțiunea mamă-nou-născut, ea se caracterizează prin reciprocitatea unor fenomene de reglare mutuală și interacțiuni mult mai „fizice” și mult mai stimulante pentru bebeluș, cu mult mai multe jocuri tactile.

2.4 Tulburările de interacțiune

2.4.1. Perspectiva sincronică: excesul de stimulări, lipsa de stimulare și caracterul paradoxal al comunicării.

2.4.2. Perspectiva diacronică: stabilitatea lumii interactive; caracterul de fixare și regresie a patternurilor de reglare interactive; aspectul oscilant al perturbărilor de interacțiune.

2.5. Tulburări psihice în perioada pre- și post-partum

2.5.1. Depresia antenatală

Semnele clinice sunt asociate cu o oboseală cronică, tristețe, sentimente de devalorizare, tulburări ale somnului, lipsa de entuziasm, îngrijorări exagerate în ceea ce privește viitorul copilului, manifestări somatice adesea atribuite stării de sarcină, de aici și dificultatea unui diagnostic.

2.5.2. Blues-ul post-natal

Este o tulburare ce apare la majoritatea femeilor, în special femeile primipare și se remite spontan după o perioadă de până la 2 săptămâni. Această stare depresivă minoră se caracterizează prin sentimente de tristețe, nostalgie, iritabilitate, sentiment de vid, de abandon, de depersonalizare, manifestări anxioase și diverse acuze somatice precum oboseala, cefalee, dificultăți de adormire (Dayan 1999).

2.5.3. Depresia post-natală

Depresia post-natală implică factori biologici, psihosociali, de mediu și psihodinamici. Simptomatologia se caracterizează adesea prin anxietate, iritabilitate, plânsul mai mult sau mai puțin disimulat, dificultăți de adormire, insomnie, pierderea libidoului, labilitate emoțională, fobie, iritabilitate sau agresivitate îndreptate către membrii familiei, tulburării de concentrare și de memorie.

2.5.4. Psihoza post partum/Psihoza puerperală

Această tulburare psihiatrică are o dublă polaritate delirantă și timică și reprezintă una dintre marile urgențe post-partum, atât pentru mamă, cât și pentru bebeluș. Tulburarea se instalează

imediat după naștere, de la primele zile, până la trei luni. Primul semn de alertă este acela de insomnie totală la mama, apariția stărilor de euforie, confuzie mentală.

2.5.5. Tulburările anxioase

Anxietatea postnatală a fost observată ca având efecte independente la fel cum depresia postpartum a avut efecte independente notabile. S-a observat, de asemenea, o comorbiditate semnificativă între anxietatea postpartum și depresia postpartum, cu prevalență crescândă a anxietății postnatale și comorbiditatea anxietății postnatale și a depresiei postpartum și efectele lor negative asupra dezvoltării copilului (Field 2018).

2.5.5.1. Stress-ul post-traumatic și prematuritatea

În cazul nașterii premature, trăirile traumatice pot fi descrise ca desfășurându-se în trei etape: o etapă de siderare, etapa în care trăirile emoționale-conflictuale sunt foarte intense (un veritabil travaliu de elaborare a traumatismului) și etapa de rezolvare care reprezintă depășirea dimensiunii alienante pe plan psihic al evenimentului traumatic (Muller 2009).

3 RELAȚIA PĂRINTE-COPIL ȘI DEZVOLTAREA NEUROPSIHOMOTORIE

3.1 Dezvoltarea psihomotorie

Dezvoltarea creierului are loc cel mai rapid înainte de termenul nașterii (40 de săptămâni de gestație) și structura generală a creierului este stabilită în această etapă. În timp ce tendințe globale pot fi observate în timpul maturării pre- și post-natale a creierului, există și perioade „sensibile” sau „critice” ale dezvoltării. În astfel de perioade critice procesele de dezvoltare extrem de active sunt în special susceptibile la influențe pozitive și negative biologice și de mediu.

3.2 Relația părinte-copil prematur

Nașterea prematură a unui copil cu greutate foarte mică la naștere, mai mică de 1.500 g, este considerat, în special, un moment de criză pentru părinți. Mediul stresant al unității de terapie intensivă neonatală, imaturitatea neurologică a sugarilor prematuri face dificilă interacțiunea mamelor cu aceștia.

Anxietatea în special a fost asociată cu experiența maternă a unei nașteri premature și a fost în parte dependentă de starea de risc neurobiologic a sugarului prematur (Blumberg, 1980; Silcock, 1984). Anxietatea maternă se manifestă în modul în care mamele interacționează cu copiii lor (Whaley 1999).

3.2.1 Rolul tatălui în cazul unei nașteri premature

3.2.1.1 Funcțiile paterne

În triada mamă-tată-bebeluș, tatăl are trei roluri: rolul de protector (sprijin pentru mamă în îngrijire și în relația cu personalul medical), rolul de facilitator al legăturii între mamă și bebelușul său, rolul de partener al mamei.

3.3 Prognosticul dezvoltării neuropsihomotorii a copilului prematur

Există mai multe efecte negative asupra dezvoltării ce urmează anxietății postpartum, în special la mamele copiilor prematuri, cum ar fi efectele negative asupra alăptării, legăturii, interacțiunilor mamă-copil, temperamentului sugarului, somnului, dezvoltării mentale, sănătății și internalizării la sugari și asupra tulburărilor de conduită la adolescenți (Field 2018).

II. Contribuții personale

4 Ipoteza de lucru și obiectivele generale

Cercetarea de față și-a propus să determine legătura dintre anxietatea perinatală și eventualele complicații pe parcursul sarcinii și nașterii și în special nașterea prematură.

Obiectivele specifice ale lucrării sunt următoarele:

- Caracterizarea lotului ales de mame din punct de vedere al datelor socio-demografice (vârsta mamelor, vârsta taților, statutul marital, nivelul de studii).
- Caracterizarea lotului de mame din punct de vedere al factorilor de mediu prezenți pe parcursul sarcinii (prezența sau absența unui loc de munca, nivelul de stres la locul de muncă).
- Caracterizarea lotului de mame din punct de vedere medical (antecedente medicale, obținerea sarcinii, complicații pe parcursul sarcinii, etc).
- Analiza influenței factorilor socio-demografici și de mediu asupra nivelurilor de anxietate perinatală.
- Analiza legăturii dintre factorii medicali din timpul sarcinii și nivelurile de anxietate perinatală
- Analiza nivelurilor de anxietate perinatală și a prezenței depresie postpartum în lotul de mame selectat
- Analiza nivelurilor de prematuritate și a complicațiilor sarcinii în lotul ales

- Analiza corelației dintre nivelurile de anxietate perinatală (scorurile obținute) și prezența/absența nașterii premature, precum și nivelul prematurității.

Cercetarea de față a avut la bază atât datele din literatura de specialitate, cât și observațiile empirice întâlnite în practica clinică. Astfel, s-au stabilit la debutul studiului o serie de ipoteze pe care cercetarea și-a propus să le verifice prin instrumentele, scalele și testele alese.

1. Factorii de mediu nefavorabili (nivel scăzut de studii, status marital, nivel de stress crescut la locul de muncă, etc) vor fi asociați cu nașterea prematură
2. Un nivel scăzut al studiilor se va asocia cu niveluri mari ale anxietății perinatale
3. Sarcinile obținute prin tratamente de tip inseminare sau FIV vor fi asociate cu un risc crescut de naștere prematură
4. Prezența antecedentele medicale ale mamei (boli cronice) se vor asocia cu niveluri crescute ale anxietății perinatale
5. Nivelurile crescute de anxietate perinatală vor fi asociate cu nașterea prematură
6. Nivelurile crescute pe subscala de griji excesive vor fi asociate cu nașterea prematură
7. Nivelurile crescute pe subscala de perfecționism, control și traumă vor fi asociate cu nașterea prematură
8. Nivelurile crescute pe subscala de anxietate acută/tulburare de adaptare vor fi asociate cu nașterea prematură
9. Nivelurile crescute pe subscala de anxietate socială vor fi asociate cu nașterea prematură
10. Scorurile crescute pe scala de depresie postnatală vor fi asociate cu nașterile premature

5 Metodologia generală a cercetării. Materiale și metodă

5.1 Alegerea și descrierea lotului

Cercetarea de față a avut la bază lucrul cu proaspetele mame în cabinetul de psihoterapie, la care s-a observat empiric faptul că nivelurile crescute de anxietate erau asociate cu complicații ale sarcinii, cu nașterea prematură, dar și cu un prognostic negativ legate de dezvoltarea neuropsihomotorie a copilului. Aceste observații se corelau cu datele studiate din literatura de specialitate, drept urmare prezenta lucrarea a avut scopul de a cuantifica și obiectiva aceste corelații.

Chestionarul s-a adresat mamei care au avut cel puțin o naștere în ultimele 24 luni. În cazul mamei care au avut mai mult de o naștere în acest interval, s-a solicitat completarea câte unui chestionar pentru fiecare dintre sarcini. Pentru a reduce din limitările referitoare la colectare online a datelor, s-a ales verificarea aleatorie, telefonică, a datelor completate, la mamele care și-au oferit acordul pentru acest lucru.

După colectarea datelor, s-au exclus răspunsurile incomplete și a rezultat astfel un lot de 292 subiecți, format din mame care au avut cel puțin o naștere în ultimele 24 luni anterior completării chestionarului

5.2 Instrumente de lucru

Chestionarul administrat online a cuprins 3 secțiuni:

- A. **Date socio-demografice și de mediu:** vârsta mamei la momentul completării chestionarului, vârsta taților la momentul completării chestionarului, genul copilului, vârsta actuală a copilului (în luni), mediul de proveniență, nivelul educațional al mamei, statusul marital, prezența/absența locului de muncă pe parcursul sarcinii, nivelul de stress la locul de muncă.
- B. **Date medicale legate de mamă, de sarcină și de naștere:** boli cronice ale mamei, numărul de nașteri anterioare, numărul de sarcini pierdute anterior, numărul de sarcini întrerupte la cerere, modul de obținere a sarcinii, complicații pe parcursul sarcinii, tipul nașterii, vârsta gestațională la care s-a produs nașterea, scorul APGAR la naștere.
- C. **Scale referitoare la nivelul de anxietate și depresie**
 - PASS (Perinatal Anxiety Screening Scale)
 - EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)

Descrierea scalelor

PASS (Perinatal Anxiety Screening Scale) este o scală care măsoară nivelurile de anxietate perinatală. Pentru traducerea și folosirea acestei scale în scop de cercetare s-a cerut acordul autorilor. Scala de anxietate perinatală este bazată pe criteriile ICD și DSM de diagnostic pentru tulburările anxioase.

PASS este o scală autoaplicată, proaspetele mame fiind rugate să își autoevalueze nivelurile de anxietate. Acesta cuprinde un număr de 31 afirmații, pe care subiectul trebuie să le evalueze în funcție de nivelul la care le-a experimentat în ultima lună. Astfel, fiecare item poate fi scorat cu

nivelurile *deloc, câteodată, adesea și aproape mereu*, o frecvență mai mare a experimentării simptomelor anxioase fiind traduse printr-un scor mai mare. Din punct de vedere al scorurilor total, un scor mai mare de 26 indică un risc mare de prezentare a unei tulburări anxioase. De asemenea, scorurile cuprinde în intervalul 0-20 sunt considerate echivalentul unei prezentari lipsite de simptomatologiei anxioasă, scorurile între 21-41 indică o simptomatologie minoră/moderată, iar scorurile între 42-93 indică simptomatologie anxioasă severă (Sommerville, 2014).

PASS conține 4 subscale:

- Subscala griji excesive și frici/fobii specifice
- Subscala perfectionism, nevoia de control și trauma
- Subscala anxietate social
- Subscala anxietate acută și tulburare de adaptare

Edinburgh Postnatal Depression Scale este tot o scală cu administrare prin autoaplicare, cuprinzând 10 itemi referitori la simptomele experimentate în ultimele 7 zile anterior completării, în perioadele imediat antenatale și postnatale. Mamele sunt rugate să evalueze frecvența cu care au experimentat simptomele de tip depresiv. Scorurile mai mari de 10 sunt considerate scoruri de risc pentru prezența unei simptomatologii de tip depresiv. (Cox, 1987)

Datele obținute prin completare chestionarelor au fost introduse într-o bază de date și prelucrate cu ajutorul programului Microsoft Excel 2019. Analiza statistică s-a efectuat cu ajutorul Microsoft Excel 2019 și SPSS 20.

6 Rezultate

6.1 Analiza descriptivă a lotului ales din punct de vedere socio-demografic și psihosocial

În lotul format de 292 de subiecți sunt mame care au născut în ultimele 24 de luni, vârstele mamelor care au completat chestionarul au variat între 18 și 50 ani, cu o vârstă medie de 31.52 ani +/- 4.76 ani. Cele mai multe dintre mamele care au completat chestionarul au avut vârste cuprinse între 28 și 33 ani. În ceea ce privește vârstele taților, acestea au variat între 22 și 49 ani, cu o vârstă medie de 33.82 ani +/- 4.76 ani. Majoritatea taților au avut vârste cuprinse în intervalul 27-37 ani (210, reprezentând 71.91% din total), cei mai mulți dintre aceștia având vârste de 35-36 ani. 39 dintre tați, reprezentând 13.36% au avut vârsta de peste 40 ani. Vârstele taților la momentul nașterii copilului au variat între 21 și 49 ani, cu o vârstă medie de 33.15 ani +/- 4.82 ani.

În lotul format, majoritatea mamelor au declarat că au studii universitare. Astfel, 138 mame, reprezentând 47.3% din totalul subiecților au declarat că au o facultate terminată. 91 subiecți, reprezentând 31.2% din total, au declarat că au finalizat studii postuniversitare (masterat sau doctorat), iar 63 de mame, reprezentând 21.6% din total au declarat că au finalizat studii medii (reprezentând minimum 10 clase sau școala profesional) (*Figura 5*).

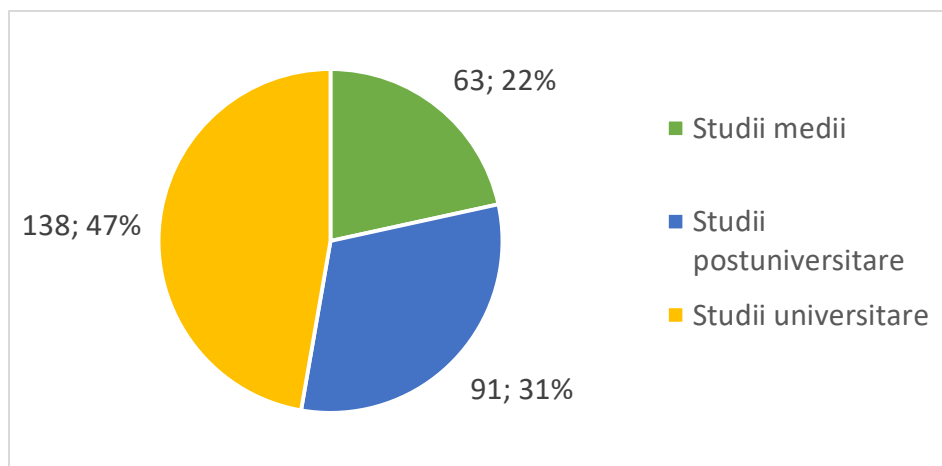


Figura 6.5 – Nivelul de studii al mamelor

6.2 Analiza descriptivă a lotului ales din punct de vedere al datelor medicale și legate de sarcină și naștere

Boli cronice ale mamei

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Fără boli cronice	193	66.1	66.1	66.1
	Boli cronice altele decât cele neuropsihiatrice	80	27.4	27.4	93.5
	Boli cronice neuropsihiatrice	19	6.5	6.5	100.0
	Total	292	100.0	100.0	

Tabel 6.4 – Bolile cronice ale mamelor

Tabelul 4 ilustrează distribuția bolilor cronice cunoscute ale mamelor. Majoritatea mamelor, 193, reprezentând 66.1% din total au declarat că nu aveau boli cronice cunoscute pe perioada desfășurării sarcinii. 80 mame, reprezentând 27.4% din total au raportat boli cronice,

alte decât boli cronice neuropsihiatrice. 19 mame, reprezentând 6.5% din total și 19.19% din mamele cu boli cronice cunoscute, au raportat boli cronice din sfera neuropsihiatrică.

Figura 14 ilustrează frecvența complicațiilor pe apărute pe parcursul sarcinii. Din lotul format, 132 mame, reprezentând 45.2% din total au declarat că nu avut niciun fel de complicație pe parcursul sarcinii. 35 mame, reprezentând 12% din total au declarat că au resimțit complicații ușoare sau foarte ușoare pe parcursul sarcinii. 53 mame, reprezentând 18.2% din total au declarat că au avut complicații moderate, care au necesitat consult de specialitate sau intervenție farmacologică pe termen scurt. 37 mame, reprezentând 12.7% din total au raportat complicații severe, care au necesitat internare și supraveghere și/sau tratament pe termen lung, iar 35 mame, reprezentând 12% din total au raportat complicații foarte severe/iminențe de avort. Astfel, majoritatea mamelor au suferit complicații pe parcursul sarcinii – 160 mame, reprezentând 54.8% din total. Din totalul mamelor care au raportat complicații, 21.88% au raportat complicații ușoare sau foarte ușoare, 33.13% au raportat complicații moderate, 23.16% au raportat complicații severe, iar 21.88% au raportat complicații foarte severe/iminență de avort survenite pe parcursul desfășurării sarcinii.

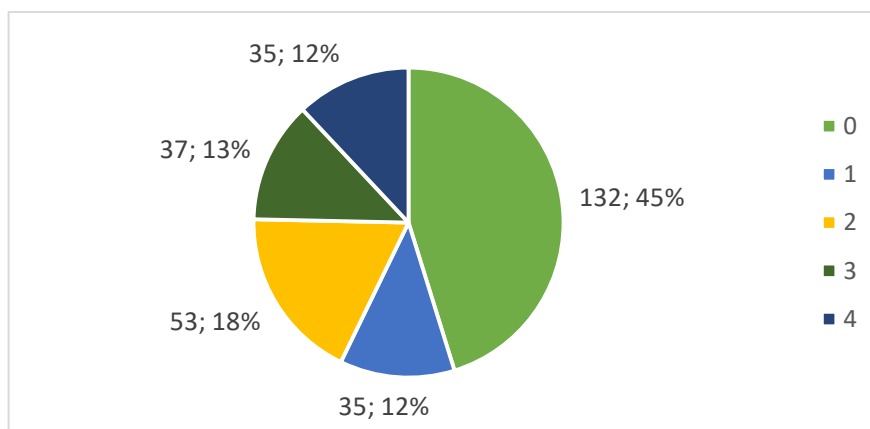


Figura 6.14 – Complicațiile apărute pe parcursul sarcinii

6.3 Analiza descriptivă a lotului ales din punct de vedere al nivelurilor de anxietate perinatală

Dintre participanți, 62 de subiecți, reprezentând 21.2% din lotul format au avut scoruri mai mici de 20, corespunzător unui tabolu clinic asimptomatic pentru tulburările de anxietate. 230 mame, reprezentând 88.8% din total respondentelor au avut scoruri care au indicat prezența simptomelor anxioase perinatal.

PASS_total_simptome

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	62	21.2	21.2	21.2
	1	120	41.1	41.1	62.3
	2	110	37.7	37.7	100.0
	Total	292	100.0	100.0	

Tabel 6.12 – Scorurile totale PASS

Tabelul 13 ilustrează subloturile formate în grupul ales pentru subscala griji excesive și fobii specifice în funcție de punctajul obținut.

PASS_griji_excesive

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	52	17.8	17.8	17.8
	1	240	82.2	82.2	100.0
	Total	292	100.0	100.0	

Tabel 6.13 – Scorurile PASS pentru subscala griji excesive și fobii specifice

Tabelul 14 ilustrează subloturile formate în grupul ales pentru subscala perfecționism, control și traumă în funcție de punctajul obținut. Astfel, 202 mame, reprezentând 69.2% din totalul mamelor respondente, au obținut scoruri cu semnificație simptomatică pentru aceasta subscală și 90 mame, reprezentând 30.8% au obținut scoruri care indică absența simptomatologiei de tip perfecționism, nevoie de control și traumă.

PASS_controlsitrauma

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	90	30.8	30.8	30.8
	1	202	69.2	69.2	100.0
	Total	292	100.0	100.0	

Tabel 6.14 – Scorurile PASS pentru subscala perfecționism, control și traumă

Pentru subscala anxietate acută și tulburare de adaptare, un scor mai mare sau egal cu 8 a fost considerat sugestiv pentru simptomatologie. Astfel, *Tabelul 16* grupează scorurile în simptomatic (1) și asimptomatic (0)

PASS_anxietateacuta_si_tulburareadaptare

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	168	57.5	57.5	57.5
	1	124	42.5	42.5	100.0
	Total	292	100.0	100.0	

Tabel 6.16 - Scorurile PASS pentru subscala anxietate acută și tulburare de adaptare

În ceea ce privește scorurile obținute pentru scala de depresie postnatală Edinburgh, acestea sunt ilustrate în *Tabelul 17*. Pentru această scală, scorul minim posibil este de 0, iar scorul maxim de 30, un scor peste 10 fiind considerat sugestiv pentru prezența unei simptomatologii de tip depresiv (Cox, 1987).

ED_scor_total

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	129	44.2	44.2	44.2
	1	163	55.8	55.8	100.0
	Total	292	100.0	100.0	

Tabel 6.17 - Scorurile totale pentru scala de depresie postnatală

6.4 Analiza scorurilor de anxietate perinatală și de depresie în funcție de patologia cronică a mamelor

Boli_neuro_autoim * PASS_total_simptome

Crosstab

			PASS_total_simptome			Total
			0	1	2	
Boli_neuro_autoim	Autoimune	Count	4	6	14	24
		% within Boli_neuro_autoim	16.7%	25.0%	58.3%	100.0%
	Fara	Count	54	112	83	249
		% within Boli_neuro_autoim	21.7%	45.0%	33.3%	100.0%
	Neuropsihiatrice	Count	4	2	13	19

Total	% within	21.1%	10.5%	68.4%	100.0%
	Boli_neuro_autoim				
	Count	62	120	110	292
	% within	21.2%	41.1%	37.7%	100.0%
	Boli_neuro_autoim				

Tabel 6.19 – Distribuția scorurilor PASS în funcție de bolile cronice ale mamelor

Tabelul 19 ilustrează distribuția scorurilor totale pentru scala de anxietate perinatală în funcție de bolile cronice ale mamelor, boli diagnosticate anterior sarcinii. Având în vedere datele din literatura de specialitate, s-au ales aceste două categorii de boli cronice: autoimune și neuropsihiatrice pentru a studia legătura dintre acestea și nivelurile de anxietate perinatală. Testul Chi-square identifică o corelație semnificativă statistic între tipul de boli cronice ale mamelor și nivelurile de anxietate perinatală ($p=.003$).

În ceea ce privește subscala de anxietate acută și tulburare de adaptare, în grupul mamelor fără boli cronice neuropsihiatrice sau autoimune, 61% (152 mame) au obținut scoruri sugerând absența unei astfel de simptomatologii, iar 38% (97 mame) scoruri peste limita clinică. 66.7% dintre mamele cu boli autoimune și 57.9% dintre mamele cu boli neuropsihiatrice au obținut scoruri care indică prezența simptomatologiei de tip anxietate socială sau tulburare de adaptare. Testul Chi-square a identificat o corelație semnificativă statistic între tipul bolilor cronice ale mamelor și scorurile pe această subscală ($p=.012$). Subscala de anxietate acută și tulburare de adaptare este singura dintre cele patru subscale ale testului pentru care s-a identificat o corelație semnificativă statistic a scorului cu tipul de boli cronice ale mamei.

Atât scorurile totale pe scalele de anxietate perinatală și depresie postnatală, cât și scorurile subscalelor, au fost mai mari în subploturile mamelor cu boli cronice autoimune sau neuropsihiatrice, comparativ cu subplotul mamelor fără aceste tipuri de boli cronice. Cu toate acestea, corelații semnificativ statistice cu tipul de boli cronice au fost obținute doar pentru scorurile totale ale scalei de anxietate perinatală ($p=.003$) și pentru scorurile subscalei de perfecționism, nevoie de control și traumă ($p=.012$).

6.5 Analiza scorurilor de anxietate perinatală și de depresie în funcție nivelul de studii al mamelor

Tabelul 33 prezintă distribuția scorurilor totale pentru scala de anxietate perinatală în funcție de nivelul de studii al mamelor (studii medii, studii universitare, studii postuniversitare).

Procentul cel mai mare de mame care au îndeplinit scoruri semnificative pentru simptomatologie anxioasă severă s-au regăsit în grupul mamelor cu studii medii.

Studii * PASS_total_simptome

Crosstab

		PASS_total_simptome			Total	
		0	1	2		
Studii	Studii medii	Count	6	21	36	63
		% within Studii	9.5%	33.3%	57.1%	100.0%
	Studii postuniversitare	Count	26	37	28	91
		% within Studii	28.6%	40.7%	30.8%	100.0%
	Studii universitare	Count	30	62	46	138
		% within Studii	21.7%	44.9%	33.3%	100.0%
Total		Count	62	120	110	292
		% within Studii	21.2%	41.1%	37.7%	100.0%

Tabel 6.33 – Distribuția scorurilor totale pentru subscala de anxietate perinatală în funcție de nivelul de studii

Testul Chi-Square a identificat o corelație semnificativă statistic între nivelurile de studii ale mamelor și scoruri totale obținute la subscala de anxietate perinatală ($p=.003$).

În ceea ce privește corelațiile dintre nivelul de studii al mamelor și scorurile obținute pe subscala de griji excesive și fobii specifice. În grupul mamelor cu studii medii, 7.9% au avut scoruri sub limita clinică, fiind considerate asimptomatice, în timp ce 58 mame, reprezentând 92.1% au obținut scoruri indicând prezența simptomatologiei de tip griji excesive/fobii specifice. În grupul mamelor cu studii universitare, 82.6% au obținut scoruri indicând prezența simptomatologiei, iar în grupul mamelor cu studii postuniversitare, 74.7% au obținut scoruri peste limita clinică. Procentele mamelor care au obținut scoruri cu semnificație clinică pe subscala de griji excesive și fobii specifice au fost cu atât mai mari cu cât nivelul de studii al mamelor au fost mai scăzute. Testul Chi-Square a identificat o corelație semnificativă statistic ($p=.022$) între scorurile subscalei și nivelul de studii.

Referitor la corelațiile între nivelul de studii al mamelor și scorurile obținute la subscala de perfecționism, nevoie de control și traumă, testul Chi-Square a identificat o corelație semnificativă statistic între nivelul de studii al mamelor și scorurile obținute pe subscala de perfecționism, nevoie de control și traumă ($p=.001$).

Tabelul 41 ilustrează corelațiile dintre nivelul educațional al mamelor și scorurile obținute pentru subscala de anxietate acută și tulburare de adaptare. Se observă că majoritatea mamelor din

grupul celor cu studii medii au obținut scoruri indicând prezența simptomatologiei pe această subscală – 37 mame, reprezentând 58.7%. În grupurile mamelor cu studii universitare și postuniversitare, majoritatea mamelor au obținut scoruri fără semnificație clinică (indicând lipsa simptomatologiei). Doar 40.6% (56 mame) dintre mamele cu studii universitare și 34.1% (31 mame) dintre mamele cu studii universitare au obținut scoruri sugestive pentru prezența simptomatologiei de tip anxietate acută și tulburare de adaptare. Reiese faptul că un nivel scăzut de studii ar fi corelat cu un nivel clinic al anxietății acute și al tulburării de adaptare, iar testul Chi-Square identifică o corelație semnificativă statistic între cele două variabile ($p=.008$).

Studii * PASS_anxietateacuta_si_tulburareadaptare

Crosstab

			PASS_anxietateacuta_si_tulburareadaptare		Total
			0	1	
Studii	Studii medii	Count	26	37	63
		% within Studii	41.3%	58.7%	100.0%
	Studii postuniversitare	Count	60	31	91
		% within Studii	65.9%	34.1%	100.0%
	Studii universitare	Count	82	56	138
		% within Studii	59.4%	40.6%	100.0%
Total		Count	168	124	292
		% within Studii	57.5%	42.5%	100.0%

Tabel 6.41 – Distribuția scorurilor pentru subscala de anxietate acută și tulburare de adaptare în funcție de nivelul de studii

Analizând rezultatele prezentate anterior, reiese faptul că un nivel scăzut de studii se corelează cu niveluri mai mari ale anxietății perinatale. Corelații semnificative statistic s-au identificat atât între nivelul de studii și scorurile totale obținute pe scala de anxietate perinatală, cât și între nivelul de studii și scorurile obținute pe subscale, mai puțin subscala de anxietate socială, pentru care nu s-a identificat un nivel semnificativ statistic al corelației.

Analiza corelațiilor dintre scorurile totale obținute la scala de depresie postnatală Edinburgh și nivelul de studii al mamelor este prezentată în *Tabelul 43*. Dintre mamele cu studii medii, 77.8% (49 mame) au obținut scoruri mai mari de 10, indicând prezența simptomatologiei specifice depresiei postnatale și 22.2% (14 mame) nu au raportat simptome specifice. Scoruri sugestive pentru prezența depresiei postnatale au fost obținute de 54.3% dintre mamele cu studii universitare și 42.9% dintre mamele cu studii postuniversitare. Testul Chi-Square a identificat o corelație

semnificativă statistic ($p=.000$) între nivelul educațional și scorurile obținute pentru scala de depresie postnatală (traduse prin prezența sau absența simptomatologiei depresive în perioada postnatală).

Studii * ED_scor_total

Crosstab

			ED_scor_total		Total
			0	1	
Studii	Studii medii	Count	14	49	63
		% within Studii	22.2%	77.8%	100.0%
	Studii postuniversitare	Count	52	39	91
		% within Studii	57.1%	42.9%	100.0%
	Studii universitare	Count	63	75	138
		% within Studii	45.7%	54.3%	100.0%
Total		Count	129	163	292
		% within Studii	44.2%	55.8%	100.0%

Tabel 6.43 – Distribuția scorurilor pentru scala depresiei postnatale în funcție de nivelul de studii

Referitor la analiza individuală a itemului referitor la frecvența gândurilor de autovătămare din cadrul scalei de depresie postnatală, în grupul mamei cu studii medii, 49.2% dintre mame au raportat prezența gândurilor de autovătămare, cu diferite frecvențe. Comparativ, doar 29.7% dintre mamele cu studii universitare și 24.2% dintre mamele cu studii postuniversitare au raportat prezența acestor gânduri. Testul Chi-Square a identificat o corelație semnificativă statistic între nivelul de studii al mamei și prezența și frecvența gândurilor de autovătămare pe care acestea le au. Reies faptul că un nivel scăzut educațional reprezintă un factor de risc pentru prezența gândurilor de autovătămare.

6.6 Analiza corelațiilor dintre nașterea prematură și factori psihosociali

Tabelul 47 prezintă analiza corelațiilor dintre nivelul de studii al mamei și nașterile premature, atât din punct de vedere al prezenței/absenței nașterii premature, cât și din punct de vedere al gradelor de prematuritate.

Studii * Prematuritate

Crosstab

			Prematuritate		Total
			0	1	
Studii	Studii medii	Count	5	58	63
		% within Studii	7.9%	92.1%	100.0%

	Studii postuniversitare	Count	58	33	91
		% within Studii	63.7%	36.3%	100.0%
	Studii universitare	Count	46	92	138
		% within Studii	33.3%	66.7%	100.0%
Total		Count	109	183	292
		% within Studii	37.3%	62.7%	100.0%

Tabel 6.47 – Distribuția nașterilor premature în funcție de nivelul educațional al mamelor

Procentele de nașteri premature au fost cu atât mai mari cu cât nivelul educațional al mamelor a fost mai scăzut. Singurul grup în care majoritatea mamelor au dus sarcina la termen a fost cel cu studiile de nivel cel mai înalt, respectiv studii postuniversitare. Testul Chi-Square a identificat o corelație semnificativ statistică între nivelul educațional al mamelor și prezența sau absența nașterii premature ($p=.000$)

În continuare, s-a analizat corelația dintre nivelul de studii al mamelor și gradele de prematuritate (gradele de prematuritate au fost considerate în funcție de vârsta gestațională la care s-a produs nașterea, după cum a fost descris în capitolele anterioare). Tabelul 49 prezintă distribuția frecvențelor gradelor de prematuritate în funcție de nivelul de studii al mamelor. Cele mai mari procente ale gradelor de prematuritate, pentru fiecare din cele trei grade, s-au regăsit în grupul mamelor cu un nivel mediu de studii.

Nivelul educațional al mamei * Grad prematuritate
Studii * Grad prematuritate Crosstabulation

			Grad prematuritate				Total
			0	1	2	3	
Studii	Studii medii	Count	5	26	19	13	63
		% within Studii	7.9%	41.3%	30.2%	20.6%	100.0%
	Studii postuniversitare	Count	58	16	11	6	91
		% within Studii	63.7%	17.6%	12.1%	6.6%	100.0%
	Studii universitare	Count	46	42	26	24	138
		% within Studii	33.3%	30.4%	18.8%	17.4%	100.0%
Total		Count	109	84	56	43	292
		% within Studii	37.3%	28.8%	19.2%	14.7%	100.0%

Tabel 6.49 – Distribuția gradelor de prematuritate în funcție de nivelul educațional al mamelor

Rezultatele testului Chi-Square identifică o corelație semnificativă statistic între nivelul educațional al mamelor și gradele de prematuritate ($p=.000$).

6.7 Analiza corelațiilor dintre nașterea prematură și factori medicali

Tabelul 59 prezintă analiza corelației dintre prezența unor boli cronice ale mamelor pe parcursul desfășurării sarcinii și nașterea prematură. *Tabelul 59* prezintă distribuția procentelor de nașteri premature în funcție de prezența bolilor cronice ale mamelor pe parcursul sarcinii (0=fără boli cronice, 2=prezența bolilor cronice neuropsihiatrice, 1=prezența bolilor cronice, altele decât boli neuropsihiatrice).

Boli cronice ale mamei * Prematuritate

Crosstab

			Prematuritate		Total
			0	1	
Boli cronice ale mamei	0	Count	83	110	193
		% within Boli cronice ale mamei	43.0%	57.0%	100.0%
	1	Count	20	60	80
		% within Boli cronice ale mamei	25.0%	75.0%	100.0%
	2	Count	6	13	19
		% within Boli cronice ale mamei	31.6%	68.4%	100.0%
Total	Count	109	183	292	
	% within Boli cronice ale mamei	37.3%	62.7%	100.0%	

Tabel 6.59 – Distribuția nașterilor premature în funcție de bolile cronice ale mamelor

Cel mai mare procent de nașteri la termen (43%) s-a regăsit în grupul mamelor fără boli cronice. Cel mai mare procent de nașteri premature s-a regăsit în grupul mamelor cu boli cronice, altele decât cele neuropsihiatrice, sugerând faptul că bolile somatice ar reprezenta un factor de risc mai mare pentru apariția nașterii premature, comparativ cu bolile cronice neuropsihiatrice. Testul Chi-Square a identificat o corelație semnificativă statistic între bolile cronice ale mamelor și prezența/absența nașterii înainte de vârsta gestațională de 37 săptămâni ($p=.012$).

În ceea ce privește corelațiile dintre bolile cronice ale mamelor și diferitele grade de prematuritate, distribuția acestora este ilustrată în *Tabelul 61*.

Boli cronice ale mamei * Grad prematuritate

Crosstab

			Grad prematuritate				Total
			0	1	2	3	
Boli cronice	0	Count	83	48	33	29	193
		% within Boli cronice ale mamei	43.0%	24.9%	17.1%	15.0%	100.0%

ale mamei	1	Count	20	26	21	13	80
		% within Boli cronice ale mamei	25.0%	32.5%	26.3%	16.3%	100.0%
	2	Count	6	10	2	1	19
		% within Boli cronice ale mamei	31.6%	52.6%	10.5%	5.3%	100.0%
Total		Count	109	84	56	43	292
		% within Boli cronice ale mamei	37.3%	28.8%	19.2%	14.7%	100.0%

Tabel 6.61 – Distribuția gradelor de prematuritate în funcție de bolile cronice ale mamelor

Testul Chi-Square a identificat o corelație semnificativă statistic între bolile cronice ale mamelor și gradele de prematuritate ($p=.022$).

Tabelul 63 prezintă analiza corelațiilor dintre complicațiile apărute pe parcursul sarcinii și nașterea prematură. De remarcat faptul că procentul mamelor care au născut la termen a fost mai mare în grupul mamelor cu complicații minore, comparativ cu cele fără niciun fel de complicații.

Complicatii pe parcursul sarcinii * Prematuritate

Crosstab

			Prematuritate		Total
			0	1	
Complicatii pe parcursul sarcinii	0	Count	63	69	132
		% within Complicatii pe parcursul sarcinii	47.7%	52.3%	100.0%
	1	Count	18	17	35
		% within Complicatii pe parcursul sarcinii	51.4%	48.6%	100.0%
	2	Count	12	41	53
		% within Complicatii pe parcursul sarcinii	22.6%	77.4%	100.0%
	3	Count	13	24	37
		% within Complicatii pe parcursul sarcinii	35.1%	64.9%	100.0%
	4	Count	3	32	35
		% within Complicatii pe parcursul sarcinii	8.6%	91.4%	100.0%
Total		Count	109	183	292
		% within Complicatii pe parcursul sarcinii	37.3%	62.7%	100.0%

Tabel 6.63 – Distribuția nașterilor premature în funcție de complicațiile apărute pe parcursul sarcinii

Procentele mamelor care au născut prematur au fost mai mari în grupurile celor care au prezentat complicații pe parcursul sarcinii, cu excepția sublotului format din mamele care au

raportat complicații minore. În acest subplot, procentul de nașteri premature a fost mai mic chiar și decât în grupul mamelor care nu au raportat complicații. Testul Chi-Square a identificat o corelație semnificativă statistic între nivelul complicațiilor apărute pe parcursul sarcinii și prezența/absența nașterii premature ($p=.000$).

Tabelul 65 prezintă distribuția gradelor de prematuritate în funcție de complicațiile apărute pe parcursul desfășurării sarcinii. În grupul mamelor care nu au raportat complicații pe parcursul sarcinii, 31 mame (reprezentând 23.5%) au prezentat prematuritate grad I, 23 mame (reprezentând 17.4%) au prezentat prematuritate grad II și 15 mame (reprezentând 11.4%) au prezentat prematuritate grad III. Dintre mamele care au raportat complicații minore apărute în timpul sarcinii, 8 mame (reprezentând 22.9%) au prezentat prematuritate grad I, 5 mame (reprezentând 14.3%) prematuritate grad II și 4 mame (reprezentând 11.4%) prematuritate grad III. În grupul mamelor care au prezentat complicații moderate, 21 mame (reprezentând 39.6%) au prezentat prematuritate grad I, 12 mame (reprezentând 22.6%) prematuritate grad II și 8 mame (reprezentând 15.1%) prematuritate grad III. 37 mame au prezentat complicații severe care au necesitat internare sau tratament pe parcursul sarcinii. Dintre acestea, 9 mame (24.3%) au prezentat naștere prematură grad I, 5 mame (13.5%) naștere prematură grad II și 10 mame (27%) naștere prematură grad III. Dintre mamele care au prezentat complicații foarte severe sau iminențe de avort, 15 mame (reprezentând 42.9%) au prezentat prematuritate grad I, 11 mame (reprezentând 31.4%) prematuritate grad II și 6 mame (reprezentând 17.1%) au prezentat prematuritate grad III.

Complicatii pe parcursul sarcinii * Grad prematuritate

Crosstab

			Grad prematuritate				Total
			0	1	2	3	
Complicatii pe parcursul sarcinii	0	Count	63	31	23	15	132
		% within Complicatii pe parcursul sarcinii	47.7%	23.5%	17.4%	11.4%	100.0%
	1	Count	18	8	5	4	35
		% within Complicatii pe parcursul sarcinii	51.4%	22.9%	14.3%	11.4%	100.0%
	2	Count	12	21	12	8	53
		% within Complicatii pe parcursul sarcinii	22.6%	39.6%	22.6%	15.1%	100.0%
3	Count	13	9	5	10	37	

	% within Complicatii pe parcursul sarcinii	35.1%	24.3%	13.5%	27.0%	100.0%
4	Count	3	15	11	6	35
	% within Complicatii pe parcursul sarcinii	8.6%	42.9%	31.4%	17.1%	100.0%
Total	Count	109	84	56	43	292
	% within Complicatii pe parcursul sarcinii	37.3%	28.8%	19.2%	14.7%	100.0%

Tabel 6.65 – Distribuția gradelor de prematuritate în funcție de complicațiile apărute pe parcursul sarcinii

Testul Chi-Square a identificat o corelație semnificativă statistic între nivelurile complicațiilor apărute pe parcursul desfășurării sarcinii și gradele de prematuritate ($p=.001$)

6.8 Analiza corelațiilor dintre nașterea prematură și nivelurile de anxietate perinatală

Tabelul 75 prezintă analiza distribuțiilor nașterilor premature și a gradelor de prematuritate în funcție de scorurile totale obținute pe scala de anxietate perinatală.

PASS_total_simptome * Prematuritate

Crosstab

			Prematuritate		Total
			0	1	
PASS_total_simptome	0	Count	32	30	62
		% within PASS_total_simptome	51.6%	48.4%	100.0%
	1	Count	48	72	120
		% within PASS_total_simptome	40.0%	60.0%	100.0%
	2	Count	29	81	110
		% within PASS_total_simptome	26.7%	73.6%	100.0%
Total		Count	109	183	292
		% within PASS_total_simptome	37.3%	62.7%	100.0%

Tabel 6.75 – Distribuția nașterilor premature în funcție de scorurile totale obținute pe scala de anxietate perinatală

Se observă că procentele de nașteri premature au fost cu atât mai mari cu cât scorurile totale obținute pe scala de anxietate perinatală au fost mai mari. Testul Chi-Square a identificat o corelație semnificativă statistic între scorurile totale obținute și prezența/absența nașterii premature ($p=.002$).

Tabelul 77 ilustrează distribuția gradelor de prematuritate în funcție de scorurile totale ale scalei de anxietate perinatală.

PASS_total_simptome * Grad prematuritate

Crosstab

		Grad prematuritate				Total	
		0	1	2	3		
PASS_total_simptome	0	Count	32	13	9	8	62
		% within PASS_total_simptome	51.6%	21.0%	14.5%	12.9%	100.0%
1	Count	48	32	27	13	120	
	% within PASS_total_simptome	40.0%	26.7%	22.5%	10.8%	100.0%	
2	Count	29	39	20	22	110	
	% within PASS_total_simptome	26.4%	35.5%	18.2%	20.0%	100.0%	
Total	Count	109	84	56	43	292	
	% within PASS_total_simptome	37.3%	28.8%	19.2%	14.7%	100.0%	

Tabel 6.77 – Distribuția gradelor de prematuritate în funcție de scorurile obținute pe scala de anxietate perinatală

Cele mai mari procente de nașteri premature grad III s-au regăsit în grupul mamelor cu simptomatologiei anxioasă severă în perioada perinatală. Testul Chi-Square a indentificat o corelație semnificativă statistic între scorurile total pe scala de anxietate perinatală și gradul de prematuritate ($p=.018$).

Tabelul 83 prezintă analiza corelațiilor dintre scorurile obținute pe subscala de perfecționism, nevoie de control și traumă și nașterea prematură și gradele de prematuritate. Procentul de nașteri premature a fost mai mare în rândul mamelor cu scoruri peste limita clinică pe subscala de perfecționism, nevoie de control și traumă. Testul Chi-Square a identificat o corelație semnificativă statistic între scorurile subscalei și prezența/absența nașterii premature ($p=.043$).

PASS_controlsitrauma * Prematuritate

Crosstab

		Prematuritate		Total	
		0	1		
PASS_controlsitrauma	0	Count	41	49	90
		% within PASS_controlsitrauma	45.6%	54.4%	100.0%
1	Count	68	134	202	
	% within PASS_controlsitrauma	36.7%	66.3%	100.0%	

Total	Count	109	183	292
	% within PASS_controlsitrauma	37.3%	62.7%	100.0%

Tabel 6.83 – Distribuția nașterilor premature în funcție de scorurile obținute pe subscala perfecționism, nevoie de control și traumă

Tabelul 87 prezintă analiza distribuțiilor nașterilor premature și a gradelor de prematuritate în funcție de scorurile obținute pe subscala de anxietate socială. Procentul de nașteri premature a fost mai mare în rândul mamelor cu scoruri peste limita clinică pe subscala de anxietate socială. Testul Chi-Square a identificat o corelație semnificativă statistic între scorurile subscalei și prezența/absența nașterii premature ($p=.044$).

PASS_anxietatesociala * Prematuritate

Crosstab

			Prematuritate		Total
			0	1	
PASS_anxietatesociala	0	Count	75	106	181
		% within PASS_anxietatesociala	41.4%	58.6%	100.0%
	1	Count	34	77	111
		% within PASS_anxietatesociala	30.6%	69.4%	100.0%
Total		Count	109	183	292
		% within PASS_anxietatesociala	37.3%	62.7%	100.0%

Tabel 6.87 – Distribuția nașterilor premature în funcție de scorurile obținute pe subscala de anxietate socială

Tabelul 91 prezintă analiza distribuțiilor nașterilor premature și a gradelor de prematuritate în funcție de scorurile obținute pe subscala de anxietate acută și tulburare de adaptare. Procentul de nașteri premature a fost mai mare în rândul mamelor cu scoruri peste limita clinică pe subscala de anxietate acută și tulburare de adaptare. Testul Chi-Square a identificat o corelație semnificativă statistic între scorurile subscalei și prezența/absența nașterii premature ($p=.004$).

PASS_anxietateacuta_si_tulburareadaptare * Prematuritate

Crosstab

		Prematuritate		Total
		0	1	
0	Count	74	94	168

		% within PASS_anxietateacuta_si_tulburare adaptare	44.0%	56.0%	100.0%
PASS_anxietateacuta_	1	Count	35	89	124
si_tulburareadaptare		% within PASS_anxietateacuta_si_tulburare adaptare	28.2%	71.8%	100.0%
Total		Count	109	183	292
		% within PASS_anxietateacuta_si_tulburare adaptare	37.3%	62.7%	100.0%

Tabel 6.91 – Distribuția nașterilor premature în funcție de scorurile obținute pe subscala de anxietate acută și tulburare de adaptare

În ceea ce privește distribuția gradelor de prematuritate în funcție de scorurile obținute pe această subscală, în *Tabelul 93* se observă că procentul de nașteri premature gradul III (gradul cel mai sever) au fost mult mai mare în subplotul mamelor cu scoruri semnificative clinic. Testul Chi-Square a identificat o corelație semnificativă statistic ($p=.002$). Așadar, analiza statistică privind prematuritatea și scorurile subscalei de anxietate acută și tulburare de adaptare a arătat că aceste scoruri se corelează cu atât cu prezența/absența nașterii premature, cât și cu gradele de prematuritate.

PASS_anxietateacuta_si_tulburareadaptare * Grad prematuritate

Crosstab

			Grad prematuritate				Total
			0	1	2	3	
PASS_anxietateacuta_	0	Count	74	44	35	15	168
si_tulburareadaptare		% within PASS_anxietateacuta_si_tulburareadaptare	44.0%	26.2%	20.8%	8.9%	100.0%
	1	Count	35	40	21	28	124
		% within PASS_anxietateacuta_si_tulburareadaptare	28.2%	32.3%	16.9%	22.6%	100.0%
Total		Count	109	84	56	43	292
		% within PASS_anxietateacuta_si_tulburareadaptare	37.3%	28.8%	19.2%	14.7%	100.0%

Tabel 6.93 – Distribuția gradelor de prematuritate în funcție de scorurile obținute pe subscala de anxietate acută și tulburare de adaptare

În continuarea cercetării, s-au analizat corelațiile între scorurile obținute pe subscala de depresie postnatală și gradele de prematuritate (*Tabelul 95*). Având în vedere că această scală măsoară nivelul de depresie postnatală, apare firesc că nașterile premature au fost corelate cu un

nivel crescut al depresiei postnatale și sugerează o legătură bidirecțională între patologia depresivă postnatală și complicațiile nașterii, starea emoțională și sănătatea psihică a mamei fiind în strânsă legătură cu desfășurarea sarcinii și nașterii. În *Tabelul 95* se observă că, 51.2% dintre mamele fără scoruri semnificative clinic pe scala de depresie postnatală au născut prematur, comparativ cu cele 71.8% dintre mamele cu scoruri semnificative pe această scală care au născut prematur. Procentul de nașteri premature a fost mult mai mare în grupul mamelor cu simptomatologie sugestivă depresie postnatală (cu mai mult de 20 procente). Testul Chi-Square a identificat o corelație semnificativă statistic între scorurile pentru depresia postnatală și prezența sau absența nașterii premature (p=.000).

ED_scor_total * Prematuritate

Crosstab

			Prematuritate		Total
			0	1	
ED_scor_total	0	Count	63	66	129
		% within ED_scor_total	48.8%	51.2%	100.0%
	1	Count	46	117	163
		% within ED_scor_total	28.2%	71.8%	100.0%
Total		Count	109	183	292
		% within ED_scor_total	37.3%	62.7%	100.0%

Tabel 6.95 – Distribuția nașterilor premature în funcție de scorurile obținute scala de depresie

În ceea ce privește distribuțiile gradelor de prematuritate în grupurile cu și fără scoruri semnificative clinic pentru prezența simptomatologiei de tip depresie postnatală, acestea sunt prezentate în *Tabelul 97*. Procentele de nașteri premature au fost mai mari pentru fiecare din cele 3 grade în subgrupul mamelor cu scoruri semnificative comparativ cu cel al mamelor fără simptomatologiei depresivă, această corelație fiind semnificativă statistic (p=.003).

ED_scor_total * Grad prematuritate

Crosstab

			Grad prematuritate				Total
			0	1	2	3	
ED_scor_total	0	Count	63	31	22	13	129
		% within ED_scor_total	48.8%	24.0%	17.1%	10.1%	100.0%
	1	Count	46	53	34	30	163
		% within ED_scor_total	28.2%	32.5%	20.9%	18.4%	100.0%
Total		Count	109	84	56	43	292

% within ED_scor_total	37.3%	28.8%	19.2%	14.7%	100.0%
---------------------------	-------	-------	-------	-------	--------

Tabel 6.97 – Distribuția gradelor de prematuritate în funcție de scorurile obținute pe scala depresie

7. CONCLUZII ȘI CONTRIBUȚII PERSONALE

7.1 Răspunsuri la obiective și analiza ipotezelor de lucru

Cercetarea de față și-a propus să analizeze nivelul de anxietate perinatală al mamelor și corelațiile dintre nivelul de anxietate și nașterea prematură, pornind de la observații empirice făcute în practica clinică și psihologică, precum și de la date din literatura de specialitate.

Prima ipoteză de lucru s-a referit la factorii de mediu nefavorabili (nivel scăzut de studii, status marital, nivel de stress crescut la locul de muncă, etc), care era de așteptat să se asocieze cu nașterea prematură. Procentele de nașteri premature au fost cu atât mai mari cu cât nivelul educațional al mamelor a fost mai scăzut. S-a identificat o corelație semnificativă statistic și între nivelul de studii și gradele de prematuritate. Așadar, cu cât nivelul de studii a fost mai scăzut, cu atât a fost riscul mai mare pentru o naștere prematură și cu atât mai sever a fost gradul de prematuritate. În ceea ce privește corelațiile dintre statusul marital al mamelor și prezența/absența prematurității, dar și gradul de prematuritate, nu s-au identificat corelații semnificative statistic. Nu s-au identificat corelații semnificative statistic între nivelurile de stres la locul de muncă și prezența/absența prematurității sau gradele de prematuritate. Plecând tot de la factorii psihosociali, s-a formulat la demararea cercetării ipoteza că un nivel scăzut de studii se va asocia cu un nivel crescut al anxietății perinatale. Analiza statistică a relevat faptul că a existat corelație semnificativă statistic între nivelurile de studii ale mamelor și scoruri totale obținute la subscala de anxietate perinatală. Procentul cel mai mare de mame care au îndeplinit scoruri semnificative pentru simptomatologie anxioasă severă s-au regăsit în grupul mamelor cu studii medii. S-a observat că procentele mamelor care au obținut scoruri cu semnificație clinică pe subscala de griji excesive și fobii specifice au fost cu atât mai mari cu cât nivelul de studii al mamelor au fost mai scăzute, această corelație fiind semnificativă statistic. S-a identificat o corelație semnificativă statistic între nivelul de studii al mamelor și scorurile obținute pe subscala de perfecționism, nevoie de control și traumă. Pentru subscala de anxietate socială nu s-a identificat o corelație semnificativă statistic

în funcție de nivelul de studii. Scorurile subscalei de anxietate acută și tulburare de adaptare s-au corelat semnificativ cu nivel de studii, cu cât nivelul de studii fiind mai scăzut, cu atât mai mare riscul de a obține scoruri semnificative clinic pe subscala anxietății sociale și tulburării de adaptare. Așadar, nivelul de studii a influențat negativ scorurile de anxietate (nivelurile scăzute de studii fiind corelate cu niveluri mari de anxietate) atât pentru scorurile totale, cât și pentru scorurile defalcate pe subscale, mai puțin subscale de anxietate socială.

Proporția mamelor care au raportat prezența simptomatologiei specifice depresiei postnatale a fost cu atât mai mică cu cât nivelul educațional al mamelor a fost mai ridicat. S-a identificat o corelație semnificativă statistic între nivelul educațional și scorurile obținute pentru scala de depresie postnatală (traduse prin prezența sau absența simptomatologiei depresive în perioada postnatală). De asemenea, s-a identificat o corelație semnificativă statistic între nivelul de studii al mamelor și prezența și frecvența gândurilor de autovătămare pe care acestea le au. Reiese faptul că un nivel scăzut educațional reprezintă un factor de risc pentru prezența gândurilor de autovătămare.

Următoarea ipoteza care a fost studiată în prezenta lucrare s-a referit la influența bolilor cronice ale mamelor asupra nivelurilor de anxietate perinatală. Astfel, s-a pornit de la ipoteza că mamele care au fost diagnosticate cu boli cronice vor avea niveluri mari de îngrijorare în legătură cu desfășurarea sarcinii, traduse prin scoruri mari pe scalele de anxietate. S-au considerat 3 subloturi în funcție de bolile cronice – mame cu boli autoimune, mame cu boli neuropsihiatrice și mame fără boli cronice, sau cu boli cronice, altele decât autoimune sau neuropsihiatrice. Prezența bolilor cronice autoimune ale mamelor le predispun pe acestea atât la posibile complicații apărute pe perioada sarcinii, cât și la niveluri mari de stres pe perioada sarcinii și perinatal (Cataudella, 2019). De asemenea, prezența bolilor neuropsihiatrice cronice anterior sarcinii se pot corela cu decompensări pe perioada sarcinii sau perinatal sau cu apariția unor comorbidități psihiatrice (Field, 2017; Staneva, 2015). S-a identificat o corelație semnificativă statistic între tipul de boli cronice ale mamelor și nivelurile de anxietate perinatală, mamele cu boli neuropsihiatrice înregistrând cel mai mare procent de scoruri sugestive pentru simptomatologie anxioasă severă. În ceea ce privește corelațiile dintre tipul de boli cronice și scorurile defalcate pe subscale, singura subscală pentru care s-au observat diferențe de scoruri semnificativ statistice în funcție de tipul bolilor cronice a fost cea de anxietate acută și tulburare de adaptare. Pentru celelalte 3 subscale nu s-au identificat corelații semnificative statistice. Nu s-au identificat diferențe semnificative statistice

între scorurile totale ale scalei de depresie postnatală în funcție de tipul de boli cronice și nici pentru frecvența ideății de autovătămăre în funcție de tipul bolilor cronice.

Plecând de la procentul mare de nașteri premature în lotul format, dar și de la vârsta înaintată la care mamele au născut, s-a emis ipoteza că sarcinile obținute prin tehnici de reproducere asistată de tip inseminare sau fertilizare in vitro se vor corela cu niveluri crescute de nașteri premature. Nu a fost identificată o corelație semnificativă statistic între modalitatea de obținere a sarcinii și nașterea prematură și nici cu gradele de prematuritate. Dimpotrivă, s-a remarcat faptul că procentul cel mai mare de nașteri la termen s-a regăsit în sublotul format din mamele care au apelat la fertilizare in vitro. O posibilă explicație pentru acest fapt poate fi reprezentată de controalele mai frecvente și mai amănunțite necesare mamelor care apelează la această tehnică, acest tip de monitorizare permițând identificarea precoce a eventualelor complicații și prevenirea unei nașteri premature.

Următoarele ipoteze formulate s-au referit la nivelurile anxietății, cuantificate prin scorurile obținute pe scalele și subscalele specifice. Astfel, era de așteptat ca nivelurile crescute ale anxietății perinatale să se asocieze cu nașterile premature. S-a observat că procente de nașteri premature au fost cu atât mai mari cu cât scorurile totale obținute pe scala de anxietate perinatală au fost mai mari, existând o corelație semnificativă statistic între scorurile totale obținute și prezența/absența nașterii premature. De asemenea, scorurile totale pe scala de anxietate perinatală s-au corelat semnificativ și cu gradele de prematuritate, cele mai mari procente de nașteri premature grad III regăsindu-se în grupul mamelor cu simptomatologiei anxioasă severă în perioada perinatală. Pentru subscala de griji excesive și fobii specifice, deși observațional procentul mamelor care au născut prematur a fost mult mai mare în sublotul mamelor cu scoruri semnificative clinic pe subscala griji excesive/fobii specifice, nu s-a identificat o corelație semnificativă statistică a scorurilor nici cu prezența/absența nașterii premature și nici cu gradele de prematuritate. Procentul de nașteri premature a fost mai mare în rândul mamelor cu scoruri peste limita clinică pe subscala de perfecționism, nevoie de control și traumă, identificându-se o corelație semnificativă statistic între scorurile subscalei și prezența/absența nașterii premature, însă nu și între scoruri și gradul de prematuritate. Procentul de nașteri premature a fost mai mare în rândul mamelor cu scoruri peste limita clinică pe subscala de anxietate socială, identificându-se o corelație semnificativă statistic între scorurile subscalei și prezența/absența nașterii premature, însă nu și între aceste scoruri și gradele de prematuritate. Procentul de nașteri premature a fost mai mare în rândul mamelor cu

scoruri peste limita clinică pe subscala de anxietate acută și tulburare de adaptare, cu corelație semnificativă statistic între scorurile subscalei și prezența/absența nașterii premature. De asemenea, s-a identificat o corelație semnificativă statistic și între scorurile acestei subscale și gradele de prematuritate.

Pentru scorurile scalei de depresie postnatală s-au identificat corelații semnificativ statistice atât între scoruri și prezența/absența prematurității, cât și între scoruri și gradele de prematuritate. Având în vedere că această scală măsoară nivelul de depresie postnatală, apare firesc că nașterile premature au fost corelate cu un nivel crescut al depresiei postnatale și sugerează o legătură bidirecțională între patologia depresivă postnatală și complicațiile nașterii, starea emoțională și sănătatea psihică a mamei fiind în strânsă legătură cu desfășurarea sarcinii și nașterii.

7.2 Limitările cercetării

Metoda de formare a lotului și de obținere a datelor a fost direct influențată de contextul epidemiologic și de restricțiile impuse și este una dintre limitările cercetării de față. Optarea pentru distribuția online a chestionarului este posibil să fi influențat atât acuratețea datelor (fiind dificil de verificat veridicitatea răspunsurilor), cât și componența lotului format. Drept dovada, au existat o serie de particularități ale lotului format, din punct de vedere al nivelului de studii – nu au existat în lotul format mame care să declare un nivel scăzut de școlarizare sau lipsa școlarizării, din punct de vedere al statusului marital – au existat foarte puține mame fără partener sau divorțate. De asemenea, a existat în lotul format un procent foarte mare de mama care au născut prematur, mult peste media estimată la nivel mondial de nașteri premature. Acest procent trebuie tratat cu precauție și nu interpretat ca o creștere a nașterilor premature, ci mai curând ca o autoselecție a mamelor care au completat chestionarele. Având în vedere faptul că distribuția chestionarului s-a realizat prin intermediul grupurilor de profil de pe platformele de socializare, inclusiv grupuri dedicate mamelor care au născut înainte de termen, este posibil ca tocmai acele mame care s-au confruntat cu astfel de probleme să fie cele mai dispuse să completeze un astfel de chestionar.

O altă limitare a prezentei cercetări este dată de numărul relativ mic de mame cu boli cronice autoimune și neuropsihiatrice, comparativ cu mamele cu alte tipuri de boli cronice sau fără boli cronice.

Posibil cea mai dificil de evaluat limitare este cea legată de legătura dintre nivelurile de anxietate perinatală, depresie postnatală și nașterile premature. Cel mai probabil, influența este bidirecțională, complicațiile pe parcursul sarcinii care pot predispune la naștere prematură determinând niveluri crescute de anxietate și nivelurile crescute de anxietate putând determina nașterea prematură. De asemenea, evaluarea scorurilor de depresie postnatală, în cazul mamelor care au născut prematur, este de așteptat să ofere scoruri ridicate.

7.3 Direcții viitoare ale cercetării

Pentru limitarea efectelor dificultăților cercetării și pentru dezvoltarea științifică a subiectului ales, se propun o serie de măsuri și direcții pentru cercetările viitoare:

1. Extinderea cercetării în mod fizic, în secțiile de neonatologie, cu aplicarea fizică a chestionarelor.
2. Urmărirea dezvoltării neuropsihomotorii a copiilor ale căror mame au răspuns la chestionarele online pentru determinarea eventualelor legături dintre nivelurile anxietății perinatale și potențiale tulburări în neurodezvoltare.
3. Împărțirea lotului format în funcție de complicațiile pe parcursul sarcinii pentru a încerca delimitarea influențelor factorilor medicali de influența anxietății perinatale asupra nașterii premature.
4. Identificarea mamelor care au urmat tratamente pentru bolile cronice diagnosticate și analiza eventualelor influențe medicamentoase asupra desfășurării sarcinii și a nașterii.
5. Rezultatele cercetării de față sugerează legătura bidirecțională dintre nivelurile patologice ale anxietății, complicațiile nașterii și nivelurile de prematuritate. Astfel, nivelurile crescute de anxietate și în special cele specifice anxietății acute și tulburării de adaptare s-au corelat cu prematuritatea. Aceste rezultate ar putea fi punctul de plecare pentru cercetări ulterioare ale influenței nivelurilor de anxietate asupra desfășurării sarcinii, prin care să fie evaluate simptomele anxioase periodice, pe tot parcursul sarcinii. De asemenea, corelația dintre sănătatea mintală a femeii gravide și desfășurarea sarcinii trebuie să constituie un argument pentru intervenția psihologică și consilierea viitoarei mame pe parcursul sarcinii.

Bibliografie selectivă

1. Brunton, R. J., Dryer, R., Saliba, A., & Kolhoff, J. (2015). Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. *Journal of Affective Disorders*, 176, 24–34.
2. Çalışır H, Şeker S, Güler F, Anaç TG, Türkmen M. The anxiety levels and needs of infants' parents in a neonatal intensive care unit. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;12:31-44.
3. Cataudella S, Lampis J, Agus M, Casula F, Monni G. (2019). *A Pilot Study of the Relationship Between Pregnancy and Autoimmune Disease: Exploring the Mother's Psychological Process*. *Frontiers in psychology*, 10, 1961. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01961>
4. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R (1987). *Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. *Br J Psychiatry*. Jun;150:782-6.
5. Edinburgh Postnatal Depression Scale
6. Eutrope J, Thierry A, Lempp F, Aupetit L, Saad S, et al. (2014) Emotional Reactions of Mothers Facing Premature Births: Study of 100 Mother-Infant Dyads 32 Gestational Weeks. *PLoS ONE* 9(8): e104093. doi:10.1371/journal.pone.0104093
7. Field T. Prenatal anxiety effects: A review. *Infant Behavior and Development* 49 (2017) 120–128
8. Field T (2018). *Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review*. *Infant Behavior and Development* 51 24–32. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.02.005>
9. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(10):1012–24.
10. Howson C.P., Kinney M.V., Lawn J. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO; 2012. *Born Too Soon: the global action report on preterm birth*
11. . Ionio C, Colombo C, Brazzoduro V, et al. Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. *Eur J Psychol*. 2016;12(4):604-621. Published 2016 Nov 18. doi:10.5964/ejop.v12i4.1093

12. Lebovici S, Mazet P, Visier J (1989). *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*, Paris : Eshel ; Genève : Ed. Médecine et hygiène Dayan J, Gwenaëlle A, Dugnat M (1999) *Psychopathologie de la périnatalité*, Issy-les-Moulineaux, Masson
13. Muller RT (2009). *Trauma and dismissing (avoidant) attachment: Intervention strategies in individual psychotherapy*. *Psychotherapy (Chic)*.Mar;46(1):68-81. doi: 10.1037/a0015135. PMID: 22122571.
14. National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends for selected countries since 1990: a systematic analysis and implications", Hannah Blencowe, Simon Cousens, Mikkel Z Oestergaard, Doris Chou, Ann-Beth Moller, Rajesh Narwal, Alma Adler, Claudia Vera Garcia, Sarah S Rohde, Lale Say, Joy E. Lawn. Estimates for World Health Organisation, 2012
15. PASS – Perinatal Anxiety Screening Scale, Susanne Somerville 1 , Kellie Dedman, Rosemary Hagan, Elizabeth Oxnam, Michelle Wettinger, Shannon Byrne, Soledad Coo, Dorota Doherty, Andrew C Page
16. Perry, B.D. Childhood Experience and the Expression of Genetic Potential: What Childhood Neglect Tells Us About Nature and Nurture. *Brain and Mind* 3, 79–100 (2002). <https://doi.org/10.1023/A:1016557824657>
17. Pierrehumbert B, Nicole A, Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003;88:400-4.
18. Silcock A (1984). *Crisis in parents of prematures: An Australian study*. *British Journal of Developmental Psychology*, 2, 257–268.
19. Somerville S, Dedman K, Hagan R, Oxnam E, Wettinger M, Byrne S, Coo S, Doherty D, Page AC (2014). *The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation*. *Archives of Women's Mental Health*, DOI: 10.1007/s00737-014-0425-8
20. Staneva A, et al. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women Birth* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.02.003>
21. Turan T, Başkale H, Öncel G. Determining the psychometric properties of the Turkish version of the nurse-parent support tool and the stress levels of parents of premature infants hospitalized in the neonatal intensive care unit. *Clin Nurse Spec* 2016;30:1-10.

22. Whaley SE, Pinto A, Sigman M (1999). *Characterising interactions between anxious mothers and their children*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 826–836.

LISTA CU LUCRĂRILE ȘTIINȚIFICE PUBLICATE

1. Stoenescu R, Stancu M, Andrei LE, Sandu I, Jipescu I, Rad F, Dobrescu I (2021). Factori psihosociali implicați în nașterea prematură. *Psihiatru.ro* Nr. 64 (1/2021). Medichub Media. DOI: 10.26416/Psih.64.1.2021.4770
2. Stoenescu R, Stancu M, Andrei LE, Jipescu I, Rad F, Dobrescu I (2021). Nivelurile de anxietate perinatală ca factor de risc al prematurității. *Journal for Neurology & Psychiatry of Child & Adolescent in Romania*. Mar, Vol. 27 Issue 1, p27-37. 11p