

UNIWERSYTET MEDYCZNY W LUBLINIE
WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I NAUK O ZDROWIU

Justyna Moryłowska-Topolska

**WYSTĘPOWANIE I CZYNNIKI RYZYKA OBJAWÓW
LĘKU I DEPRESJI W OKRESIE CIĄŻY**



Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych
z Samodzielnej Pracowni Zdrowia Psychicznego

Promotor i Kierownik Pracowni:

Dr hab. n. med. Marta Makara-Studzińska

Lublin 2012

Pani Profesor
Marcie Makarze-Studzińskiej
składam serdeczne podziękowania
za cenne uwagi i pomoc
w realizacji niniejszej pracy

SPIS TREŚCI

Wstęp.....	6
Rozdział I Teoretyczne podstawy problematyki lęku i depresji w okresie ciąży	7
1. Problematyka lęku i zaburzeń lękowych	7
2. Problematyka depresji i zaburzeń depresyjnych	14
3. Zmiany somatyczne i psychiczne zachodzące w organizmie kobiety pod wpływem ciąży.....	20
4. Lęk i depresja w ciąży	25
Rozdział II Problematyka i metodologia badań	35
1. Cel pracy i problemy badawcze	35
2. Opis metod badawczych.....	36
2.1 Kwestionariusz demograficzno-epidemiologiczny	36
2.2 Szpitalna Skala Lęku i Depresji (HADS)	37
2.3 Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI).....	38
2.4 Skala Samooceny Rosenberga (SES).....	40
2.5 Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej (KKM)	40
2.6 Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS).....	42
3. Procedura badawcza.....	43
4. Metody statystyczne.....	44
5. Charakterystyka socjodemograficzna grupy badanej.....	45
6. Charakterystyka grupy badanej z uwzględnieniem zmiennych medycznych.....	48
7. Charakterystyka grupy badanej ze względu na podejmowanie zachowań ryzykownych oraz odczucia wobec ciąży.....	50
Rozdział III Występowanie i czynniki ryzyka objawów lęku i depresji w okresie ciąży w świetle przeprowadzonych badań.....	51
1. Występowanie objawów lęku i depresji u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży.....	51
1.1 Występowanie objawów lęku u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży.....	51
1.2 Występowanie objawów depresji u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży.....	54

2. Lęk jako stan i lęk jako cecha u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży.....	57
3. Samoocena u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży.....	60
4. Ocena komunikacji małżeńskiej u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży.....	60
5. Ocena wsparcia społecznego u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży	66
6. Zależność między nasileniem objawów lękowych a nasileniem objawów depresyjnych u badanych w poszczególnych trymestrach ciąży	69
7. Związek czynników psychospołecznych z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży	71
7.1 Związek czynników psychospołecznych z nasileniem objawów lękowych u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach.....	71
7.2 Związek czynników psychospołecznych z nasileniem objawów depresyjnych u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach.....	84
8. Objawy lękowe i objawy depresyjne u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży a zmienne socjodemograficzne.....	96
8.1 Objawy lękowe u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży a zmienne socjodemograficzne	96
8.2 Objawy depresyjne u badanych kobiet a w poszczególnych trymestrach ciąży a zmienne socjodemograficzne.....	107
9. Objawy lękowe i objawy depresyjne u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży a zmienne medyczne	120
9.1 Objawy lękowe u badanych kobiet w poszczególnych trymetrach ciąży a zmienne medyczne.....	120
9.2 Objawy depresyjne u badanych kobiet w poszczególnych trymetrach ciąży a zmienne medyczne.....	128
10. Objawy lękowe i objawy depresyjne u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży a zachowania ryzykowne.....	136
10.1 Objawy lękowe u badanych w poszczególnych trymestrach ciąży a zachowania ryzykowne	136
10.2 Objawy depresyjne u badanych w poszczególnych trymestrach ciąży a zachowania ryzykowne	139

11. Socjodemograficzne i psychospołeczne uwarunkowania wystąpienia objawów lęku i depresji w ciąży u badanych	142
11.1 Socjodemograficzne i psychospołeczne uwarunkowania wystąpienia objawów lęku w ciąży u badanych	142
11.2 Socjodemograficzne i psychospołeczne uwarunkowania wystąpienia objawów depresji w ciąży u badanych	175
Rozdział IV Omówienie wyników i dyskusja	209
Wnioski	227
Postulaty do praktyki klinicznej	228
Streszczenie	229
Summary	235
Piśmiennictwo	241
Aneks	257

Wstęp

Ciąża do niedawna była traktowana zarówno przez opinię publiczną jak i profesjonalistów jako okres pewnego rodzaju ochrony emocjonalnej. W wyniku tego depresja w ciąży często była niezauważana i zbyt rzadko diagnozowana (Raudzus i Misri, 2009). Jednak nowsze badania ujawniły, że objawy depresyjne w ciąży mogą występować przynajmniej z podobną częstością do okresu poporodowego. (Lee i wsp., 2007).

W około 50 % przypadków depresji występują objawy lękowe, spełniające kryteria zespołów lękowych, takich jak lęk uogólniony, lęk napadowy, fobia społeczna czy zespół obsesyjno-kompulsyjny. Współwystępowanie depresji i nasilonych objawów lub zespołów lękowych pogarsza jej przebieg, powoduje gorszą reakcję na leczenie, sprzyja występowaniu nadużywania i uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych, zwiększa ryzyko popełnienia samobójstwa oraz powoduje gorsze funkcjonowanie psychospołeczne (Rybakowski i Jaracz, 2010). W związku z tym wydaje się słuszne analizowanie problemu lęku i depresji w ciąży łącznie.

Większość dostępnych do tej pory badań skupiało się jedynie na jednym okresie ciąży i dlatego też długofalowa analiza czynników ryzyka w kolejnych trymestrach ciąży wydaje się być wartościowym sposobem na zbadanie jak wpływ poszczególnych czynników ryzyka zmienia się w przebiegu ciąży. To z kolei może mieć znaczenie dla rozwoju skutecznych strategii zapobiegania i wczesnej interwencji.

Rozdział I Teoretyczne podstawy problematyki lęku i depresji w ciąży

1. Problematyka lęku i zaburzeń lękowych

Lęk (*gr. phobos, łac. anxietas, ang. anxiety*) jest jedną z najbardziej widocznych i wszechobecnych emocji, w której dominuje odczucie silnego zagrożenia lub zatrważającej zmiany, wywodzącej się z nieznanego, nierealnego źródła (Rybakowski, 2011).

Strach różni się od lęku przede wszystkim tym, że jest wywołany przez rozpoznawalny bodziec (Rachman, 2005). Ponadto wiąże się z zachowaniami zaradczymi, a zwłaszcza z ucieczką i unikaniem. Kiedy próby radzenia sobie zawodzą (na przykład dlatego, że sytuacja nie podlega kontroli) strach przeradza się w lęk (Ohman, 2005). Według Epsteina strach stanowi motyw unikania. Gdyby nie istniały żadne ograniczenia (wewnętrzne bądź zewnętrzne), strach prowadziłyby do działania, jakim jest ucieczka (Epstein, 1972).

Lęk można definiować jako nierozwiązany strach, czy też stan nieukierunkowanego pobudzenia następującego po spostrzeżeniu zagrożenia. Nastrojowi lęku towarzyszy szereg przejawów wzbudzenia psychicznego (np. trudność skupienia, wzmożona czujność), ruchowego (np. wzmożenie napięcia mięśni, niepokój) oraz autonomicznego (np. tachykardia, hipertonia, zasłabnięcie). Typowe są też poznawcze wyobrażenia związane z przeżywanym zagrożeniem lub zmianą (np. bliskość śmierci, psychiczny rozpad, utrata kontroli nad zachowaniem) (Wciórka, 2010).

Do tej pory powstało wiele teorii wyjaśniających powstawanie lęku, najważniejsze z nich, to: teoria psychoanalityczna, teoria uczenia się, teorie poznawcze i teorie biologiczne.

Psychoanalityczna interpretacja źródeł lęku wiąże się z koncepcją struktury osobowości jako dynamicznego układu przeciwnych tendencji: instynktownych pierwotnych dążeń seksualnych i agresywnych, kierujących się zasadą przyjemności (id) oraz norm moralnych narzuconych przez otoczenie (superego). Równowagę między dwiema wyżej wymienionymi strukturami ma zapewniać ego (kierująca się zasadą realności struktura) poprzez wytworzenie mechanizmów obronnych (Gabbard, 2009).

Istotę koncepcji wyjaśniających lęk opartych na teorii uczenia się można sprowadzić do tego, że lęk powstaje w wyniku warunkowania lub innych procesów uczenia się, a nabyte reakcje generują z kolei zachowania ucieczkowe lub unikające. Zachowanie wzbudzone przez lęk utrzymuje się, ponieważ jest przynajmniej częściowo skuteczne. W następstwie ucieczki lub unikania dochodzi do znacznego zmniejszenia lęku co tym samym powoduje wzmocnienie tego zachowania. Zakłada się, że bodziec, który był wcześniej neutralny, przez skojarzenie zostaje związany z bodźcem bezwarunkowym, wywołującym traumatyczne reakcje emocjonalne (Rachman, 2005). Konsekwencją terapeutyczną takiego poglądu są metody behawioralnego oduczania reakcji lękowych, szczególnie przez zastępowanie związku bodźca lękorodnego z przeżyciem lęku poprzez wytworzenie nowego związku warunkowego tego bodźca z inną, pozytywną emocją. Na tym polega metoda desensytyzacji zaproponowana przez Wolpego. Metody behawioralne wykorzystują też sposoby ogólnego obniżania poziomu napięcia i lęku poprzez stosowanie różnych technik relaksacyjnych (Siwiak-Kobayashi, 2011).

Włączenie pojęć poznawczych do psychologii zaburzeń psychicznych pomogło lepiej i głębiej zrozumieć lęk. Szczególne znaczenie miały prace Becka, który wskazuje na dominację w myśleniu pacjentów lękowych treści związanych z lękiem przed utratą kontroli oraz przed śmiercią i ciężką chorobą fizyczną, ale również przed nagłym, niespodziewanym zagrażającym atakiem z zewnątrz (Gelder i wsp., 2007). Teoretycy poznawczy w pełni uwzględniają tezę, że lęk jest wynikiem procesów uczenia się, w tym warunkowania, ale kładą większy nacisk na to w jaki sposób osoba dotknięta lękiem interpretuje zdarzenia, niezależnie od tego, czy lęk jest uwarunkowany, czy też nie. Ponadto twierdzą, że reakcje lękowe utrzymują się w dużej mierze z powodu utrzymywania się nieprzystosowawczych przekonań oraz, że najbardziej skutecznym i trwałym sposobem zmniejszania lub usuwania adaptacyjnego lęku jest modyfikowanie bądź eliminowanie odpowiedzialnych za ten lęk przekonań (Rachman, 2005).

Teorie biologiczne koncentrują się na specyficznych nieprawidłowościach z zakresu neuroprzekazników takich jak: noradrenalina, kwas γ -aminomasłowy (GABA), kortykoliberyna, tachykininy oraz przewodnictwo glutaminergiczne i serotonergiczne. Wraz z rozwojem neuropsychologii i anatomii funkcjonalnej lęku i strachu staje się oczywiste, że pewne struktury mózgu są związane z powstawaniem reakcji lękowych. Jądra migdałowe od dawna wiąże się z reakcjami emocjonalnymi, a obecnie uważa się, że stanowią one główny ośrodek pośredniczący w reakcjach lęku

i warunkowanego strachu. Wskazuje na to system licznych aferentnych połączeń jąder migdałowatych ze wzgórzem i ośrodkami eksteroceptywnymi kory, a także z podkorowymi aferentnymi drogami czucia trzewnego (Lucey i Corvin, 2008).

Połączenia neuronalne między jądrami migdałowatymi i innymi strukturami mózgu umożliwiają zainicjowanie zachowań adaptacyjnych w odpowiedzi na zagrożenie, zależnie od jego charakteru i na podstawie wcześniejszych doświadczeń. Uważa się, że dopływ bodźców z przyśrodkowej części kory przedczołowej do jąder migdałowatych odgrywa istotną rolę w regulowaniu reakcji emocjonalnych, np. przez zmniejszenie uczucia strachu, gdy zagrażający bodziec minął. Hipokamp dostarcza jądrum migdałowatym informacji o sytuacji, w jakiej pojawia się zagrożenie. Może ona być dopasowana do informacji o wcześniejszych doświadczeniach przechowywanych w pamięci deklaratywnej (Charney i Dutch, 1996).

Wykazano, iż dysfunkcja hipokampu prowadzi do słabego rozeznania okoliczności, w jakich pojawiają się bodźce i może prowadzić do nadmiernej generalizacji odpowiedzi lękowej, występującej w zaburzeniach lękowych. Projekcje z jąder migdałowatych do układu autonomicznego, neuroendokrynnego i układu ruchu wywołują odpowiedź behawioralną (Panksepp, 2005; Lucey i Corvin, 2008). Biologiczne teorie lęku próbują wyjaśnić poszczególne zaburzenia lękowe, zwłaszcza zespół paniki i zaburzenia obsesyjne. Teorie te podzielają pogląd, że lęk ma przyczyny biologiczne, ale znacznie różnią się w szczegółach (Rachman, 2005).

Chwilowy czy nawet długotrwały stan lęku, powstający w przebiegu wielu epizodycznych lub okresowych zaburzeń psychicznych odróżniany jest od cechy lękliwości, tj. stałej gotowości do reagowania lękiem w różnych sytuacjach, wynikającej z trwalszych cech układu nerwowego i osobowości (Wciórka, 2010).

W latach pięćdziesiątych XX wieku zwrócono uwagę na rozróżnienie stanu lęku i cechy lęku. Uważa się, że stany lęku są przejściowe, powracają, jeśli zostaną wywołane przez zagrażające bodźce i zazwyczaj trwają tylko przez krótki czas po zniknięciu zagrożenia. Cecha lęku odnosi się natomiast do stosunkowo trwałej różnicy indywidualnej między ludźmi, dotyczącej sposobu, w jaki spostrzegają oni świat i w jaki nań reagują. Osoby o wysokim poziomie cechy lęku mają skłonność do zachowywania się z przewidywalną regularnością, mają niski próg reagowania lękiem. Wynika z tego, że im silniejsza jest cecha lęku, tym bardziej prawdopodobne, że jednostka będzie odczuwała lęk w różnych sytuacjach, ze stosunkowo białych powodów oraz, że będzie odczuwała silniejszy lęk niż osoby o niskim poziomie tej

cechy. Spielberger uważał cechę lęku za latentną dyspozycję do reagowania w sposób lękowy (Rachman, 2005).

W perspektywie ewolucyjnej lęk jako sygnał zagrożenia jest do pewnego stopnia zjawiskiem adaptacyjnym, motywującym do działań oddalających zagrożenie (ucieczka, obrona), lecz w praktyce klinicznej widuje się przede wszystkim lęk, którego nasilenie, długotrwałość i bezprzedmiotowość wywierają wpływ dezadaptacyjny lub nawet destrukcyjny (Wciórka, 2010).

Lęk może przejawiać się jako:

1. Lęk uogólniony (przewlekły, wolno płynący) – długotrwałe utrzymujące się napięcie lękowe o różnej, lecz mało zmieniającej się intensywności.
2. Lęk napadowy (napady paniki) – krótkotrwałe, powtarzające się epizody o bardzo dużym nasileniu przeżywanego lęku.
3. Lęk w postaci fobii tj. nawykowego unikania sytuacji lękorodnych, kojarzonych z obawą przed wystąpieniem objawów nasilonego lęku (Wciórka, 2010).

W klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV) wyróżniono siedem rodzajów zaburzeń lękowych (zespół paniki, agorafobia, fobia społeczna, fobia specyficzna, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, zespół stresu pourazowego, zespół lęku uogólnionego). W międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD-10), natomiast zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne oraz zaburzenie stresowe pourazowe zostały wyodrębnione z zaburzeń lękowych jako odrębne kategorie (Rachman, 2005).

Istnieje tendencja do rodzinnego występowania zaburzeń lękowych. Badania wykazują występowanie zaburzeń lękowych u 15% członków rodzin pacjentów z tymi zaburzeniami, podczas gdy w ogólnej populacji wskaźnik występowania tych zaburzeń wynosi tylko 3%. Dotychczas nie wykazano istnienia czynników genetycznych swoistych dla poszczególnych zaburzeń lękowych. Na ogół uważa się, że genetycznie uwarunkowane są pewne cechy temperamentu, takie jak nieśmiałość albo nadmierna reaktywność jąder podkorowych czy układu wegetatywnego. Stanowią one o pewnej podatności na występowanie zaburzeń lękowych (Siwiak-Kobayashi, 2011).

Z większości badań epidemiologicznych wynika, że zaburzenia lękowe są stosunkowo częstymi zaburzeniami psychicznymi i występują w podobnych proporcjach w różnych kulturach. W dużych badaniach populacyjnych wykonanych w USA występowanie zaburzeń lękowych uogólnionych w ciągu roku wynosiło od 2,5 do 6,4%.

Zaburzenia lękowe występują 2-3 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn. Dotyczy to wszystkich zaburzeń lękowych z wyjątkiem fobii społecznej, w przypadku której różnica związana z płcią nie jest tak wyraźna (Rajewska, 2003).

Częstość występowania lęku napadowego szacuje się na 1,3% u mężczyzn i 3,2% u kobiet.

Odrębnym problemem epidemiologicznym stanowią mieszane zaburzenia lękowo-depresyjne. Współwystępowanie objawów z obu grup jest tym większe, im łagodniejsze są objawy. W badaniach wykonanych na populacji ogólnej wśród osób spełniających kryteria diagnostyczne zaburzeń lękowych 28% również spełniało kryteria zaburzeń depresyjnych łagodnych, a dalsze 21% – zaburzeń depresyjnych o znacznym nasileniu (Siwiak-Kobayashi, 2011).

Zespół paniki to termin określający wielokrotne epizody silnego lęku o gwałtownym początku, które nie są ograniczone do jakiegokolwiek szczególnej sytuacji czy okoliczności i których w związku z tym nie można przewidzieć. Odczuwane objawy mają charakter dramatyczny, kojarzony ze stanem zagrożenia życia lub utratą zmysłów. Ustępują samoistnie po kilku, kilkudziesięciu minutach, ale utrzymuje się lęk antycypacyjny – przed nawrotem paniki. Zaburzeniom lękowym z napadami paniki towarzyszy zwykle znaczne poczucie cierpienia i choroby somatycznej. Pierwszy napad paniki występuje zwykle w młodym wieku, rzadko po 65 roku życia. Ryzyko zachorowania jest szacowane na około 4%. (Gelder i wsp., 2007; Małyszczak i Baranowski, 2009).

Agorafobia przejawia się nieproporcjonalnie silnym lękiem, odczuwanym w sytuacjach kojarzących się z ograniczeniem swobody lub gdy wyjście, ewentualnie ucieczka z miejsca, w którym znalazł się chory może być trudna, niemożliwa albo kłopotliwa, ale również wtedy, gdy nie można liczyć na szybką pomoc. Lęk agorafobiczny najczęściej ujawnia się w tłumie, podczas przebywania na rozległej otwartej przestrzeni lub też podczas pozostawania samemu w mieszkaniu (Rachman, 2005). Objawy pojawiają się po raz pierwszy najczęściej po 20 roku życia, bardzo rzadko po 40 roku życia. Agorafobię stwierdza się u 3,8% kobiet i u 1,8% mężczyzn. Obok poczucia lęku i objawów wegetatywnych obecnych we wszystkich typach zaburzeń lękowych w agorafobii bardzo często dochodzi do unikania sytuacji lękotwórczych. Jest to najsilniej inwalidyzujące spośród zaburzeń lękowych. Może prowadzić do znacznego ograniczenia normalnego funkcjonowania (np. nieopuszczanie mieszkania). Bardzo

często rozwija się zależność od osób zaufanych, dających oparcie i poczucie bezpieczeństwa (Rybakowski, 2011).

Diagnozę fobii społecznej stawia się wówczas, gdy osoba skarży się na silny, wszechogarniający lęk odczuwany w sytuacjach społecznych, szczególnie wtedy gdy inni ją obserwują. Doświadcza lęku przed oceną, upokorzeniem, zawstydzeniem. Pacjenci unikają zwykle wystąpień publicznych, ale również inicjowania rozmowy, rzadziej jedzenia i pisania w obecności innych osób i w miejscach publicznych. Zaburzenie to występuje u 2,4 – 13,3% populacji ogólnej w ciągu całego życia, z podobną częstością u kobiet i mężczyzn. Unikanie lękotwórczych sytuacji ogranicza zwykle zawodowe i towarzyskie funkcjonowanie pacjenta, czasami prowadzi do całkowitej izolacji społecznej, załamania poczucia własnej wartości i depresji (Gelder i wsp., 2007).

Główną cechą fobii specyficznych jest skrajnie silny lęk przed specyficznym obiektem, miejscem lub jakąś sytuacją. Wyróżnia się kilka rodzajów fobii specyficznych: fobia zwierząt (najczęściej dotyczy pająków (arachnofobia) lub węży (ofidiofobia), fobia środowiska naturalnego, np. lęk wysokości (akrofobia), lęk przed powodzią (antlofobia), fobie sytuacyjne (np. klaustrofobia) czy lęk przed lataniem samolotem (awiatofobia), fobia typu: krew-iniekcja-rana (Pull, 2008; Rybakowski, 2011).

Zaburzenie lękowe uogólnione charakteryzuje długotrwały „wolno płynący”, przesadny lęk i stałe zamartwianie się. Stałe uczucie napięcia psychicznego pociąga za sobą liczne objawy somatyczne (napięcie, bolesność mięśni, znaczną męczliwość, kołatanie serca, suchość w ustach). Przewlekłe utrzymują się również: drażliwość, zaburzenia koncentracji uwagi i zaburzenia snu. Objawy powinny dominować przez kilka miesięcy, żeby móc rozpoznać to zaburzenie. Schorzenie ma zwykle charakter przewlekły. Powolne narastanie objawów pozwala pacjentowi przyzwyczać się do schorzenia. Odsetek osób cierpiących na zaburzenie lękowe uogólnione w ciągu życia szacuje się na 3-4%. Pierwsze objawy występują około 20 roku życia. Kobiety chorują częściej niż mężczyźni (Małyszczak i Baranowski, 2009).

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne cechuje występowanie natrętnych, powtarzających się myśli określanych jako obsesje oraz przymusowych czynności (kompulsji). Kompulsje pacjent postrzega jako czynności bezsensowne lub niepotrzebne i często próbuje im się opierać. Nieomal zawsze łączy się to z lękiem, który nasila się przy próbach zaniechania czynności przymusowej. Obsesje również są przyczyną znacznego lęku i stresu psychicznego (Rybakowski i Pilaczyńska, 2011).

Schorzenie to ujawnia się w drugiej lub trzeciej dekadzie życia i występuje u około 0,5–2% ludzi. Większość badań wskazuje na zbliżoną częstość występowania zaburzenia u obu płci (Bryńska, 2007; Gelder i wsp., 2007).

Przekonanie, że zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne należy do zaburzeń o klasycznym nerwicowym podłożu, funkcjonowało w literaturze medycznej do połowy XX wieku. W świetle współczesnych poglądów zespół natręctw można jednak zaliczyć do schorzeń neuropsychiatrycznych. U chorych występują zmiany strukturalne i czynnościowe określonych rejonów mózgu, stwierdzane za pomocą badań neuroobrazowych (Rybakowski i Pilaczyńska, 2011). W związku z tym zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego nie można uważać za zaburzenie nerwicowe. Prawdopodobnie jednak zaburzenie to pozostanie we wkrótce wprowadzanej klasyfikacji DSM–5 wśród zaburzeń lękowych, jako że jednym z podstawowych objawów jest lęk a klasyfikacja ta ma przede wszystkim charakter objawowy (Bienvenu i wsp., 2012).

Zespół stresu pourazowego (PTSD) to grupa objawów, które rozwijają się po wyjątkowo przerażających lub mających charakter katastrofalny przeżyciach. Jednak sam uraz nie jest wystarczającą przyczyną tego zaburzenia. Rozwój PTSD po przebyciu urazu zależy również od subiektywnej reakcji na uraz oraz zmiennych przedchorobowych, takich jak nieprzystosowanie, depresja, a także od predyspozycji genetycznych. (Hotujac i wsp., 2011). Początek zaburzenia stresowego pourazowego występuje z latencją obejmującą wiele tygodni, a nawet kilka miesięcy po zdarzeniu, będącym jego przyczyną. Charakterystyczne objawy to: powtarzające się przeżywanie urazu w postaci żywych lub narzucających się wspomnień, wyobrażenia na jawie lub w snach, unikanie myśli o urazie, które może dotyczyć miejsca lub ludzi związanych ze zdarzeniem (ICD–10). Oszacowano, że współczynnik rozpowszechnienia PTSD w ciągu życia mieści się w granicach 1–3%, chociaż w grupach wysokiego ryzyka, takich jak żołnierze, może być znacznie większy. Chociaż mężczyźni doświadczają większej liczby zdarzeń traumatycznych, u kobiet dwukrotnie częściej rozwija się zespół stresu pourazowego (Lucey i Corvin, 2008).

W leczeniu zaburzeń lękowych stosuje się psychoterapię i farmakoterapię, przy czym wszystkie algorytmy leczenia określonych zaburzeń zalecają, aby w przypadku mało nasilonych objawów leczenie rozpoczynać od psychoterapii, odpowiednio dobranej do charakteru i podłoża zaburzeń, uwzględniającej zarówno rolę czynników behawioralnych, poznawczych, jak i psychodynamicznych. Zwykle zaleca się psychoterapię poznawczo-behawioralną, która ma najwięcej dowodów skuteczności, ale

także inne formy psychoterapii np. psychodynamiczną. W farmakoterapii zaburzeń lękowych wykorzystuje się leki przeciwdepresyjne, anksjolityczne w celu doraźnej redukcji lęku (Rabe-Jabłońska, 2001).

2. Problematyka depresji i zaburzeń depresyjnych

Termin depresja pochodzi z języka łacińskiego, od czasownika *deprimere* znaczącego: „uciskać w dół, przygniatać”. W obecnym znaczeniu prawdopodobnie po raz pierwszy nazwy tej użył lekarz z Edynburga Robert Whytt w swej rozprawie pt. „Obserwacje na temat natury, przyczyn i sposobów leczenia zaburzeń nerwicowych, hipochondrycznych i histerycznych” (*Observations on the nature, Causes and Cure of Those Disorders which have been Commonly Called Nervous, Hypochondriac Or Hysterical*) wprowadzając pojęcie „depresja umysłowa”. W XIX i XX wieku termin depresji stopniowo zastępował pojęcie melancholii. Określenia „melancholia” po raz pierwszy użył Hipokratesa w odniesieniu do objawów odpowiadających dzisiejszemu pojęciu depresji (Rybakowski i Jaracz, 2010).

Termin depresja jest wieloznaczny. W języku codziennym używa się go w odniesieniu do złego samopoczucia, obniżonego nastroju, przygnębienia, niezależnie od przyczyn tego stanu. W psychiatrii terminem tym określa się szczególny rodzaj zaburzeń nastroju i emocji, mianowicie takie, które można uznać za zjawisko chorobowe, a więc wymagające pomocy lekarskiej. Granica pomiędzy „normalnym” przygnębieniem a depresją jako stanem chorobowym nie jest ostra (Pużyński, 2009).

Podstawowym objawem depresji jest obniżenie nastroju, które może wykazywać wahania okołodobowe. Drugim zjawiskiem jest niemożność cieszenia się życiem i sprawami, które kiedyś sprawiały przyjemność. Trzecim podstawowym objawem depresji jest poczucie wyczerpania i utraty energii. Wśród pozostałych sześciu objawów wchodzących w skład kryteriów diagnostycznych dla depresji DSM-IV i ICD-10, trzy mają charakter zmian związanych ściśle z procesami psychicznymi (zaburzenia toku myślenia, zaburzenia treści myślenia, tendencje samobójcze), podczas gdy trzy z procesami somatycznymi (zaburzenia snu, zaburzenia aktywności ruchowej, zaburzenia łaknienia i masy ciała). Do rozpoznania depresji konieczne jest

utrzymywanie się powyższych objawów przez 14 dni lub dłużej (Gelder i wsp., 2007; Rybakowski i Jaracz, 2010).

Objawy psychotyczne, zazwyczaj urojenia, mogą być obrazem ciężkiej depresji. Urojenia zwykle są zgodne z nastrojem pacjenta i odzwierciedlają spadek szacunku do samego siebie, poczucie winy i nastawienia hipochondryczne. Ekstremalne urojenie nihilistyczne (np. przekonanie o własnej śmierci, nicości świata) nazywane jest zespołem Cotarda. Obecność powyższych objawów jest podstawą do rozpoznania depresji psychotycznej (Pečeňák i Swestek, 2011).

Najbardziej typowym zaburzeniem snu dla depresji jest wczesne wybudzenie się, ale występują również problemy z zaśnięciem oraz płytki, niespokojny sen (Cleare, 2008).

U większości chorych stan depresji wiąże się z osłabieniem łaknienia, doprowadzając do spadku masy ciała. U części chorych może w trakcie epizodu dojść do selektywnego wzmocnienia łaknienia, zwłaszcza na słodkie (carbohydrate craving) (Docherty i wsp., 2005).

Zaburzenia aktywności ruchowej w depresji mają głównie charakter większego lub mniejszego osłabienia czynności motorycznych. W skrajnych przypadkach zahamowanie ruchowe może przybrać postać stuporu, co wiąże się zwykle z niemożnością mówienia (mutyzmem). U większości pacjentów w okresie depresji występują różnorodne objawy lękowe (Gelder i wsp., 2007).

Najbardziej charakterystyczne jest odczucie niepokoju i lęku zlokalizowane w okolicy przedsercowej – pavor praecordialis. Przy znacznym nasileniu towarzyszącego lęku może dojść do wzmocnienia aktywności ruchowej o charakterze silnego pobudzenia, który to stan nazywa się – depresją agitowaną (Rybakowski i Jaracz, 2010).

Do lat 80 dwudziestego wieku powszechny był dychotomiczny podział przyczyn depresji na endogenne i reaktywne. Tematem wspólnym dla poszukiwania postaci depresji była i jest myśl, że istnieją biologiczne endogenne depresje, pojawiające się mimo nieobecności „wyzwalaczy” stresowych oraz depresje „psychologiczne” (egzogenne, reaktywne), których źródło można odnaleźć w czynnikach osobowościowych lub sytuacyjnych. Dotąd zgromadzono niewiele dowodów potwierdzających istnienie postaci depresji, która byłaby odrębna jakościowo i pojawiała się niezależnie od wyzwalających to zaburzenie stresorów (Hammen, 2004).

Unikanie pojęcia endogeniczności we współczesnych klasyfikacjach doprowadziło jednak do zaakcentowania raczej ilościowych niż jakościowych przesłanek diagnostycznych np. pojęcie depresji dużej w DSM IV, czy też epizodu depresji łagodnego, umiarkowanego i ciężkiego w ICD 10, które to przesłanki nie pokrywają się z żadną z patogenetycznych kwalifikacji zespołu depresyjnego (Wciórka, 2010). Tradycyjnie z pojęciem endogennej depresji wiązano termin tzw. zaburzeń afektywnych, niekiedy stosowany zamiennie z określeniem „zaburzenia nastroju”. W klasyfikacji ICD-10 określenie zaburzenia afektywne jest stosowane w odniesieniu do grupy zaburzeń psychicznych, w którym dominującym objawem są zaburzenia nastroju. Kategoria ta obejmuje zaburzenie depresyjne nawracające, zaburzenie afektywne dwubiegunowe (kiedy oprócz epizodów depresyjnych występują epizody hipoamniakalne, maniakalne lub mieszane) oraz pokrewne zaburzenia takie jak dystymia, cyklotymia, sezonowe zaburzenia afektywne (Pużyński, 2011).

W najnowszej klasyfikacji DSM-IV wyodrębniono postać dużej depresji z cechami melancholii, która cechuje się występowaniem nasilonej anhedonii, dobowych wahań samopoczucia, spadku łaknienia i masy ciała oraz wczesnym budzeniem się i poczuciem winy, a także znacznym zahamowaniem lub niepokojem psychoruchowym – jest to tzw. depresja melancholiczna. W ICD-10 odpowiednik stanowi epizod depresyjny z objawami somatycznymi (Gelder i wsp., 2007).

Typowa depresja, której objawy, zostały opisane powyżej jest charakterystyczna dla zaburzenia depresyjnego nawracającego, podczas gdy w zaburzeniu afektywnym dwubiegunowym występuje częściej depresja atypowa, do której cech należą odwrócone objawy biologiczne, takie jak: nadmierna senność, zwiększony apetyt, wzrost masy ciała. Wtedy taką depresję określamy mianem atypowej (Cleare, 2008).

Okolo połowa chorych na depresję wykazuje współistnienie objawów spełniających kryteria zespołów lękowych, takich jak lęk uogólniony, lęk napadowy, fobia społeczna czy zespół obsesyjno-kompulsyjny. Współwystępowanie depresji i nasilonych objawów lub zespołów lękowych pogarsza przebieg depresji, powoduje gorszą reakcję na leczenie, sprzyja występowaniu nadużywania i uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych, zwiększa ryzyko popełnienia samobójstwa oraz powoduje gorsze funkcjonowanie psychospołeczne. W aktualnych klasyfikacjach diagnostycznych lęk jako element epizodu depresji nie został dostatecznie wyeksponowany, natomiast, natomiast w DSM-5 przewidziane jest uwzględnienie

wymiaru objawów lękowych we wszystkich postaciach chorób afektywnych. Rybakowski i Jaracz, 2010).

Badania epidemiologiczne przeprowadzone w ostatnich kilku dekadach wykazały systematyczne zwiększanie się wskaźników zachorowalności na depresję jako zjawiska o charakterze globalnym i występującego w większości krajów. Można przyjąć, że częstość depresji wynosi około 6% w populacji ogólnej (7% kobiet i 4% mężczyzn) (Rybakowski, 2011).

Podobnie jak w większości zaburzeń psychicznych, predyspozycja genetyczna do zachorowania na depresję uwarunkowana jest współdziałaniem kilkudziesięciu różnych genów. Współczynnik zgodności zachorowania na depresję wśród bliźniąt monozygotycznych wynosi 40-50 %, co może wskazywać, że inne czynniki (osobowościowe, stresowe) mogą odgrywać tu równie znaczącą rolę (Gelder i wsp., 2007).

Badania tzw. genów kandydujących wykazały związek między predyspozycją do zachorowania na depresję a polimorfizmem genów neuroprzekątnictwa serotonergicznego (gen transportera serotoniny, hydroksylazy tryptofanu), katecholaminergicznego (MAO-A) oraz czynnikami neurotropowymi (BDNF). W przypadku depresji wykazano również zjawisko interakcji predyspozycji genetycznej z czynnikami środowiskowymi. Stwierdzono związek między polimorfizmem niektórych genów (gen transportera serotoniny, gen receptora kortykoliberyny) z wystąpieniem depresji pod wpływem czynników stresowych, w tym stresu działającego we wczesnym okresie życia (Hauser i Dmitrzak-Węglarz, 2010).

Jest coraz więcej dowodów na to, że z depresją wiążą się zmiany strukturalne mózgu. Za pomocą rezonansu magnetycznego wykazano zmniejszoną objętość regionów korowych szczególnie kory czołowej. Liczne badania wskazują również na zmiany w strukturach podkorowych, takich jak: hipokamp, ciało migdałowate, jądro ogoniaste i skorupa, jednak wyniki badań są niejednoznaczne. Powyższe dane uznaje się za wyjątkowo istotne ze względu na ich związek z niektórymi objawami depresji. Subiektywne skargi na słabą pamięć w depresji znajdują odzwierciedlenie w obiektywnych dysfunkcjach neuropsychologicznych, zmniejszenie objętości hipokampa związane jest z zaburzeniami pamięci słownej i deklaratywnej (Cleare, 2008).

Przypuszcza się, że przyczyną tych nieprawidłowości są zaburzenia procesów neurogenezy, związane ze zmniejszeniem w okresie depresji stężenia BDNF i/lub

neurotoksycznym wpływem hiperkortyzolemii (Rybakowski i Jaracz, 2010). Badania czynnościowe z użyciem pozytronowej tomografii emisyjnej, przeprowadzone w okresie epizodu depresyjnego, wykazały zwiększenie metabolizmu w brzusznej części zakrętu obręczy i w ciałach migdałowatych oraz jego zmniejszenie w grzbietowo-bocznej korze przedczołowej. Struktury te zaliczane są do układu limbicznego. Zwiększenie aktywności układu brzusznego jest przyczyną ograniczenia zakresu przeżywanych emocji do negatywnych, a obniżenie funkcji układu grzbietowego wiąże się z utratą nadrzędnych funkcji regulacyjnych związanych z korą przedczołową (Philips i wsp., 2003). Zmiany normalizują się po ustąpieniu depresji w wyniku zastosowania leków przeciwdepresyjnych lub terapii poznawczo-behawioralnej (Rybakowski i Jaracz, 2010).

Teorie psychologiczne wyjaśniające powstawanie depresji odnoszą się do patomechanizmu związanego z osobowością oraz przeżywaniem i subiektywnym znaczeniem zdarzeń życiowych

Koncepcje psychoanalityczne w odniesieniu do koncepcji powstawania depresji odnoszą się znaczenia utraty, która może być dosłowna (śmierć bliskich lub separacja) lub stanowić tylko wewnętrzną reprezentację utraty. Melanie Klein, jedna ze sztandarowych przedstawicielek psychoanalizy sugerowała, że depresja jest bardziej prawdopodobna, gdy dziecku nie udało się przejść z sukcesem przez tzw. pozycję depresyjną, podczas której uczy się, jak przyswajać poszczególne aspekty utraty i separacji (Cleare, 2008).

Koncepcje poznawczo-behawioralne zakładają, że osoba depresyjna przyswoiła sobie dezadaptacyjny model reagowania opierający się na dysfunkcyjnych przekonaniach, czyli triadzie depresyjnej: negatywne myśli o sobie, negatywne myśli o świecie i negatywne myśli o przeszłości. Człowiek myślący w sposób depresyjny nie tyle dokonuje analizy otaczającej rzeczywistości, ile przypisuje zdarzeniom życiowym i innym osobom elementy swojego myślenia. W miarę narastania stanu depresyjnego błędy poznawcze i logiczne stają się coraz większe i sprzyjają negatywnej ocenie otoczenia i samego siebie, co z kolei nasila przygnębienie (Kiejna i Małyszczak, 2009; Beck, 2010).

Leki przeciwdepresyjne są grupą niejednorodną pod względem budowy chemicznej, mechanizmów działania, cech wpływu psychotropowego, tolerancji.

Biorąc pod uwagę budowę chemiczną, leki przeciwdepresyjne można podzielić na: leki o budowie trójpierścieniowej (TLPD); należy do nich większość leków

stosowanych od ponad 60 lat (leki przeciwdepresyjne I generacji), m. in.: amitryptylina i kломipramina, leki o budowie innej niż trójpierścieniowa (dwupierścieniowej, czteropierścieniowej i inne); do tej grupy należy większość nowych leków, w związku z tym są nazywane lekami przeciwdepresyjnymi II generacji (Cleare, 2008).

Skuteczność leków przeciwdepresyjnych jest związana z ich wpływem na wzrost wewnątrzsynaptycznego stężenia amin biogennych (noradrenaliny, serotoniny i dopaminy) co skutkuje nasileniem neuroprzebieżnictwa poprzez synapsę.

Do mechanizmów wpływających na podwyższenie stężenia amin biogennych wewnątrz synapsy zalicza się:

- a) hamowanie aktywności transporterów, uczestniczących w wychwycie zwrotnym noradrenaliny, serotoniny i dopaminy z przestrzeni synaptycznej do neuronu presynaptycznego, (wszystkie TLPD, selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI), selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego noradrenaliny i serotoniny (SNRI), np. (wenlafaksyna);
- b) hamowanie monoaminoooksydazy – enzymu katalizującego przemianę noradrenaliny, serotoniny i dopaminy, (np. moklobemid);
- c) blokowanie receptorów presynaptycznych noradrenergicznych i serotonergiczych, co zmniejsza działanie mechanizmu sprzężenia zwrotnego i umożliwia dalsze wydzielanie noradrenaliny i serotoniny przez neuron presynaptyczny. (np. mianseryna, mirtazapina) (Pużyński, 2012).

Większość chorych na depresję może być leczona w warunkach ambulatoryjnych. Stosowanie leków przeciwdepresyjnych nowej generacji u większości pacjentów nie powoduje istotnego upośledzenia ich codziennej aktywności. Wskazaniem do leczenia szpitalnego jest takie nasilenie depresji, które stanowi zagrożenie dla życia chorego z powodu niemożności zapewnienia sobie podstawowych potrzeb. Przy wyborze leku przeciwdepresyjnego należy uwzględnić rodzaj depresji (w przebiegu choroby jedno biegunowej lub dwubiegunowej), nasilenie objawów zespołu depresyjnego, występowanie zaburzeń lękowych i natręctw oraz myśli i tendencji samobójczych. Istotny jest wiek pacjenta oraz jego stan somatyczny, jak również dotychczasowe doświadczenia związane ze stosowaniem leków przeciwdepresyjnych (Rybakowski i Jaracz, 2010).

Leczenie farmakologiczne depresji składa się z leczenia ostrego epizodu choroby, kontynuacji terapii, mającej na celu przeciwdziałania nawrotowi w obrębie obecnego epizodu oraz fazy leczenia długoterminowego mającej na celu zapobieżenie

wystąpieniu nowego epizodu. Pierwszy etap leczenia depresji określany jest mianem fazy aktywnej terapii, która trwa zwykle 8 – 12 tygodni, a jego celem jest uzyskanie remisji. Po uzyskaniu remisji rozpoczyna się etap kontynuowania leczenia, który trwa do 6 miesięcy. U osób, u których wystąpiło do kilku kilkanaście nawrotów depresji (w tym co najmniej 2 w ostatnich 3 latach), wskazane jest długotrwałe stosowanie leków przeciwdepresyjnych, trwające 5 lat i dłużej (Gelder i wsp., 2007; Rybakowski, 2011).

W leczeniu depresji skuteczna okazała się terapia poznawczo-behawioralna, najczęściej stosowana jako wspomaganie leczenia farmakologicznego, natomiast w depresji o łagodnym nasileniu może być jedyną metodą leczenia. Postępowanie w depresji w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej polega na zastosowaniu leków normotymicznych I i II generacji (np. lit, lamotrygina, kwetiapina), a w ciężkich depresjach dołączenie leku przeciwdepresyjnego do leku normotymicznego. W przypadku depresji psychotycznych należy stosować leki przeciwdepresyjne i leki przeciwpsychotyczne lub elektrowstrząsy (Rybakowski i Jaracz, 2010).

3. Zmiany somatyczne i psychiczne zachodzące w organizmie kobiety pod wpływem ciąży

Zmiany anatomiczne, fizjologiczne i biochemiczne zachodzące podczas ciąży mają zarówno charakter miejscowy, jak i układowy. Zmiany układowe są wynikiem adaptacji organizmu matki do ciąży w celu sprostania wymaganiom płodu w zakresie jego homeostazy i wzrastania oraz przygotowania do porodu. Przy prawidłowym przebiegu ciąży odbywa się to bez zagrożenia dobrej kondycji kobiety ciężarnej i upośledzenia jej zdrowia. W większości przypadków u ciężarnych wzrasta aktywność fizjologiczna układów organizmu, natomiast czasem zmniejsza się u nich aktywność niektórych tkanek czy narządów, np. mięśni gładkich układu moczowego lub pokarmowego. Zmiany układowe powracają do stanu sprzed ciąży w ciągu 6 tygodni po porodzie (Kempiak, 2007).

Wiek ciążowy ustala się, licząc czas od pierwszego dnia ostatniej miesiączki. Prawidłowy czas trwania ciąży wynosi 280 dni, licząc od pierwszego dnia ostatniej miesiączki w 28-dniowym cyklu miesięczkowym lub 266 dni od ostatniej owulacji. Okres

zarodkowy trwa od momentu zapłodnienia do siódmego tygodnia ciąży. Okres płodowy trwa od 7 tygodnia ciąży do jej zakończenia (Chazan, 2007).

Ciąża ze względu na dynamikę procesów zachodzących w organizmie kobiety ciężarnej została podzielona na trzy trzymiesięczne okresy, zwane trymestrami, charakteryzujące się pewną specyfiką zmian somatycznych i psychicznych. I trymestr ciąży trwa od poczęcia do 12-13 tygodnia ciąży (Beck, 1995). II trymestr ciąży rozpoczyna się w 14 tygodniu ciąży i trwa do końca 26 tygodnia ciąży, III trymestr ciąży rozpoczyna się od końca drugiego trymestru i kończy się porodem (Beck, 1995; Bień i Grudzińska; 2009).

W organizmie kobiety w ciągu trzech pierwszych miesięcy ciąży następują duże zmiany. Na początku ciąży mogą wystąpić zmiany samopoczucia, które najczęściej objawiają się zmęczeniem i sennością. Bardzo często występuje brak łaknienia lub nadmierny apetyt na niektóre potrawy. Mogą też wystąpić objawy wynikające z pobudzenia autonomicznego układu nerwowego: nudności, wymioty, ślinotok, zgaga. Poranne nudności i wymioty najczęściej mijają po 12.–14. tygodniu ciąży (Bień i Grudzińska, 2009). Stopniowe powiększanie się macicy i jej ucisk na pęcherz moczowy powoduje częste oddawanie moczu (Bień i Grudzińska; 2009).

Drugi trymestr ciąży jest często względnie komfortowym okresem. Jest to okres hormonalnej i emocjonalnej stabilizacji, ponieważ ma ona już za sobą dolegliwości pierwszego trymestru, uciążliwości zaś charakterystyczne dla ostatniego trymestru jeszcze się nie pojawiają (Beck, 1995). Wygląd zewnętrzny matki ulega znacznym zmianom. W tym okresie rozwoju ciąży kobieta zaczyna odczuwać silniejszy instynkt macierzyński. Jej uwaga częściej koncentruje się na dziecku niż na własnej osobie. Zmiany w postrzeganiu dziecka spowodowane są coraz bardziej odczuwalnymi ruchami. Doświadczona matka potrafi w tym okresie rozpoznać zmiany aktywności dziecka spowodowane np. jego snem. Czas odczuwania pierwszych ruchów płodu związany jest z liczbą przebytych ciąż. W przypadku pierworódki pierwszych odczuwalnych ruchów dziecka można spodziewać się około dwudziestego tygodnia ciąży, w przypadku kolejnych ciąż jest to 17–18 tydzień.

Dolegliwościami towarzyszącymi kobiecie w II trymestrze ciąży są: ból pleców i kurcze nóg spowodowane przesunięciem się środka ciężkości ciała oraz rozluźniającym wpływem hormonów na mięśnie i stawy. W tym okresie ciąży może dojść do wzmożonego zapotrzebowania na żelazo, ze względu na wzrost objętości krwi krążącej w organizmie

matki oraz na wapń potrzebny do rozwoju tkanki kostnej płodu (Bień i Grudzińska, 2009).

Trzeci trymestr ciąży przebiega głównie na koncentracji uwagi na zbliżającym się porodzie i stanie dziecka. W wyniku powiększania się rozmiarów macicy i unoszenia przepony w miarę trwania ciąży serce unosi się do góry i w lewo z obrotem wzdłuż swojej długiej osi tak, że uderzenie koniuszkowe jest przesunięte w bok. Częstość pracy serca ulega przyspieszeniu o 10–15 uderzeń na minutę, wzrastając o 20% w ciąży pojedynczej, a o 40% w ciąży bliźniaczej. Powiększająca się ciężarna macica unosi przeponę ku górze o 4 cm, powodując zwiększenie wymiaru poprzecznego klatki piersiowej, na skutek szerszego ustawienia żeber (obwód klatki piersiowej zwiększa się o około 6 cm). Zmiany czynnościowe w układzie oddechowym obejmują nieznaczny wzrost częstości oddechów, 50% wzrost wentylacji minutowej płuc oraz stały wzrost zużycia tlenu (o 15–20%) do czasu porodu w stosunku do wartości występujących poza okresem ciąży. Wzmoczone przewietrzanie płuc pokrywa się z nadwyżką zapotrzebowania na tlen, ale w wyniku spadku PaCO₂ występuje u ciężarnej uczucie duszności (Leibschang, 1997; Kempiak, 2007). Dolegliwość ta ustępuje pod koniec trymestru, w momencie, gdy dziecko zaczyna wstawiać się do kanału rodowego. Główna wstawiająca się do miednicy pozostaje w bliskim kontakcie z pęcherzem moczowym, uciskając na niego. Do dolegliwości, takich jak kurcze nóg i obrzęki stóp, mogą dołączyć się w tym okresie trudności z zasypianiem i oddychaniem oraz bóle głowy i okolicy krzyżowej (Bień i Grudzińska, 2009).

Obie nerki zwiększają swoją długość o 1 – 1,5 cm, sam miąższ nerkowy zmienia się nieznacznie. Objętość miedniczek nerkowych zwiększa się w czasie ciąży z 10 ml do 60 ml. Występuje znaczne poszerzenie moczowodów, głównie moczowodu po stronie prawej. Sprzyja to zaleganiu moczu w poszerzonych drogach moczowych (aż do 200 ml moczu). Rozluźnienie mięśniówki pęcherza moczowego powoduje poszerzenie pęcherza moczowego na skutek zalegania moczu. Objawia się ono częstym parciem na mocz oraz sprzyja zakażeniom dróg moczowych (Kempiak, 2007).

Największe zmiany fizjologiczne w organizmie ciężarnej związane są ze wzrostem objętości krwi krążącej. Całkowita objętość krwi zwiększa się średnio o 30–50% (Leibschang, 1997; Kempiak, 2007).

Objętość krwi osiąga swoje maksimum w 32–36 tygodniu ciąży. Zwiększenie objętości osocza jest większe niż krwinek czerwonych i w rezultacie następuje rozcieńczenie krwi (hydraemia ciążowa) (Dudenhausen i Pschyrembel, 2002).

W narządach płciowych zachodzą zmiany przygotowujące do porodu. Kobieta zaczyna odczuwać coraz częściej okresowe twardnienie brzucha. Około 38 tygodnia ciąży pojawiają się skurcze przepowiadające, osiągające amplitudę 7–8 kPa (50–60 mmHG) i mające nieregularny charakter (Bień i Grudzińska, 2009).

Za prawidłowy rozwój ciąży, wzrost macicy, niskie napięcie spoczynkowe i brak skoordynowanych skurczów do momentu porodu odpowiadają bardzo wysokie stężenia estrogenów oraz progesteronu. We wczesnej ciąży głównym ich źródłem jest ciało żółte, zaś od drugiej połowy pierwszego trymestru – łożysko (Dębski, 2011).

Na skutek zmian hormonalnych występujących w czasie ciąży, głównie relaksacyjnego działania progesteronu na mięśnie gładkie przewodu pokarmowego, dochodzi do rozluźnienia mięśni, spowolnienia motoryki mięśniówki, upośledzenia czynności zwieraczy przełyku i poszerzenia przewodu pokarmowego. Jest to przyczyną zalegania treści pokarmowej w jelitach (zaparc) i refluksu żołądkowego („zgagi”). Powiększająca się w czasie ciąży macica zmienia położenie żołądka i jelit, przemieszczając je ku górze, ale – oprócz zwiększenia ciśnienia brzuszego – nie wpływa to negatywnie na metabolizm w obrębie przewodu pokarmowego.

Zmiany czynnościowe przysadki polegają na zwiększeniu wytwarzania hormonów: somatotropiny, adrenokortykotropiny i tyreotropiny. Wzrasta stężenie prolaktyny – od wartości 10 ng/ml na początku ciąży do około 200 ng/ml w terminie porodu. Pomimo wysokiego stężenia prolaktyny i laktogenu wytwarzanego przez łożysko laktacja nie pojawia się przed zakończeniem ciąży (wysokie stężenie hormonów steroidowych łożyska blokuje obwodowe działanie prolaktyny i laktogenu na gruczoły piersiowe) (Kempiak, 2007; Dębski, 2011).

W czasie ciąży dobowe zużycie energii wzrasta średnio o 300 kcal, dlatego zapotrzebowanie energetyczne kobiety pod koniec ciąży wynosi średnio 2500 kcal. Jest to spowodowane koniecznością utrzymania wydolności narządów i układów, rezerwy energetycznej na czas porodu i połogu, a przede wszystkim potrzebami rozwijającego się w organizmie kobiety płodu.

Podczas ciąży zwiększa się ilość wody, zarówno w płynach ustrojowych, jak i całym organizmie. Ilość wody gromadzonej w ostatnich miesiącach ciąży przez ustrój kobiety wynosi około 6 l. Woda magazynowana jest we krwi, w mięśniach, macicy, narządach płciowych, tkankach miękkich miednicy i tkance łącznej (Dudenhausen i Pschyrembel, 2002; Kempiak, 2007).

Dynamika procesów emocjonalnych doświadczanych przez kobietę jest intensywna od samego początku ciąży do jej końca i zależy od cech osobniczych, jak również od sytuacji życiowej i otoczenia. Znaczenie aspektów psychologicznych dla przebiegu ciąży, stanowi ważny czynnik w powstawaniu, rozwoju i procesie leczenia różnych chorób ginekologicznych i patologii okresu ciąży. Sytuacja psychospołeczna kobiet w okresie ciąży ma wpływ m. in. na psychogenne przedłużenie ciąży, chwiejność reakcji psychicznych, objawy lęku przed porodem i jego bolesność (Wasilewska-Pordes, 2000).

W pierwszym trymestrze ciąży rozwija się powoli, wraz ze zmianami fizycznymi, psychiczna świadomość stanu, w jakim znajduje się przyszła matka (Schneider, 1997).

Występują ambiwalentne uczucia – od skrajnie pozytywnych, takich jak radość, podekscytowanie, satysfakcja – do negatywnych, takich jak: niepokój, drażliwość, płaczliwość, aż po reakcje depresyjne. Jest to także czas, kiedy stosunkowo często kobiety odczuwają lęk przed utratą ciąży. Następuje stopniowy proces uświadamiania sobie realności istnienia dziecka oraz jego akceptacji w ciele kobiety i w życiu rodziny (Barańska i Kmita, 1997; Libera, 2009).

Początkowe uczucia ciężarnej mogą być negatywne, łącznie z obawą utraty wczesnej ciąży. U podstaw wszelkich przemian psychicznych tkwi jednak poczucie zmienionego własnego „ja” (Schneider, 1997).

W drugim trymestrze ciąży rozwija się stopniowo świadome poczucie konieczności dbania o ochronę rozwijającego się płodu. Odczuwane przez matkę ruchy płodu, widoczne powiększanie obwodu własnego ciała, a obecnie również możliwość „zobaczenia” swego dziecka w czasie badania USG, coraz bardziej przyspieszają i ułatwiają ciężarnej akceptację stanu, w jakim się znajduje. Jest to czas doświadczania przez kobiety wielu pozytywnych emocji (Barańska i Kmita, 1997; Schneider, 1997).

Występujące w tym okresie negatywne odczucia najczęściej mają związek z odmiennością przeżywania ciąży przez kobietę i jej partnera: mniejszym zainteresowaniem partnera ciążą czy mniejszą chęcią wspólnego jej przeżywania (Libera, 2009).

W ostatnim okresie ciąży powracają ponowne obawy i niepewność w obliczu nowych zadań i obowiązków związanych z odpowiedzialnością rodzicielskiej (Schneider, 1997). Pojawia lęk przed porodem, przed odczuwaniem bólu czy powikłaniami okołoporodowymi, obawa o zdrowie i bezpieczeństwo własne i dziecka. Doświadczane zmiany w zakresie przebiegu procesów psychicznych mogą

obejmować trudności z koncentracją uwagi, osłabienie procesów zapamiętywania, pogorszenie efektywności pracy umysłowej (Libera, 2009, Iwanowicz-Palus i Bień, 2009).

4. Lęk i depresja w ciąży

Ciąża do niedawna była traktowana zarówno przez opinię publiczną jak i profesjonalistów jako okres pewnego rodzaju ochrony emocjonalnej. W wyniku tego depresja w ciąży często była niezauważana i zbyt rzadko diagnozowana (Raudzus i Misri, 2009).

Skupiano się przede wszystkim na okresie poporodowym, co wiązało się z dość dużą liczbą badań. Zaburzeniom depresyjnym występującym w ciąży poświęcano zdecydowanie mniej uwagi (Zajicek, 1981; Lusskin i wsp., 2007).

Nowsze badania, opublikowane po roku 2000 dowodzą jednak, że w czasie ciąży często dochodzi do zaostrzenia przebiegu już istniejących zaburzeń psychicznych oraz do nowych zachorowań (Evans i wsp., 2001; Cohen i wsp., 2004).

Pojawienie się zaburzenia psychicznego w ciąży jak i w okresie poporodowym może mieć istotne długoterminowe konsekwencje nie tylko dla kobiety i dziecka, ale również dla całej rodziny.

Badania z ostatnich dwudziestu lat wskazywały na możliwy, chociaż nadal niejednoznaczny (Evans i wsp., 2007) związek pomiędzy psychologicznym dystresem u matki w okresie perinatalnym a powikłaniami występującymi u noworodka. W przeglądzie badań Alder i współpracownicy (2007) podkreślali, że depresja podczas ciąży jest niezależnym czynnikiem ryzyka dla współistniejących powikłań położniczych, płodowych i noworodkowych.

Nowsze badania wskazują na to, że nieleczona depresja w ciąży może wiązać się z gorszą opieką prenatalną, powikłaniami położniczymi, niebezpieczeństwem przyjmowania leków w sposób niekontrolowany, nadużywaniem substancji psychoaktywnych, zaburzoną relacją matka-dziecko oraz ze zwiększonym ryzykiem nawrotu depresji w okresie poporodowym (Bonari i wsp., 2004; Field i wsp., 2008).

Okazuje się ponadto, że lęk i depresja mogą działać hamująco na aktywność kory mózgowej, co potencjalnie może doprowadzić do zmniejszenia wydzielania oksytocyny

przez oś kora mózgowa – podwzgórze – tylna część przysadki mózgowej prowadząc do słabej czynności skurczowej macicy. Poza tym lęk może zmniejszyć sekrecję noradrenaliny, co może potencjalnie może prowadzić do nadwrażliwości ciężarnej na ból. W wyniku tych dwóch mechanizmów mogą pojawić się trudności w czasie porodu, hipoksja noworodka, a także zwiększone ryzyko zamartwicy noworodka oraz krwawień poporodowych (Yong-Xia i wsp., 2009).

Zjawisko lęku w ciąży wydaje się być powszechne. U części kobiet może on osiągnąć znaczne nasilenie. Zarówno badania jakościowe jak i ilościowe wskazały na lęk jako na jedną z głównych cech depresji perinatalnej (Beck, 2002; Matthey i wsp., 2003; Ross i wsp., 2003).

Jednak do tej pory nie przeprowadzono systematycznych badań odnoszących się do występowania zaburzeń lękowych w okresie ciąży.

W jednym z badań obejmującym kobiety w drugim trymestrze ciąży wykazano na przykład, że częstość zaburzeń lękowych wyniosła 6,6 % (Andersson i wsp., 2003). W badaniu brazylijskich z 2007 roku szacowano z kolei występowanie zespołu lęku uogólnionego na 5 % (Faisal-Cury i Rossi Menezes, 2007). W jednym z ostatnich prospektywnych badań longitudinalnych przeprowadzonym na grupie 8323 ciężarnych z Anglii obserwowano kliniczne objawy lęku u 21,9% badanych (Heron i wsp., 2004). Większość z nich (64%), odczuwało również podwyższony poziom lęku po porodzie.

Lęk u matki często wiąże się z obawami o dobrostan noworodka, z poczuciem niepewności co do podjęcia obowiązków rodzicielskich, uczuciem osamotnienia i może nawet spełnić kryteria zaburzeń lękowych. Jednym z zaburzeń lękowych, które może mieć znaczący wpływ na funkcjonowanie kobiety jest zaburzenie lękowe z napadami paniki. Może ono prowadzić do ograniczenia funkcjonowania do własnego domu i poczucia, że się stanowi ciężar dla rodziny (Metz i wsp., 1983). Prowadzono badania na temat nasilenia objawów lęku panicznego u kobiet, które już przed ciążą miały rozpoznawane to zaburzenie. Wyniki były zróżnicowane: u blisko 40 % zmniejszało się nasilenie objawów paniki podczas ciąży (Villepontaux i wsp., 1992; Northcott i Stein, 1994; Hertzberg i Wahlbeck, 1999). Mniejsza, ale istotna klinicznie podgrupa (20%) skarżyła się na nasilenie objawów lęku panicznego podczas ciąży (Cohen i wsp., 1994; Northcott i Stein, 1994). W pozostałej grupie ponad 40% przebieg zaburzenia pozostał niezmienny (Wisner i wsp., 1999).

Okazuje się, że objawy zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego mogą zmniejszać się podczas ciąży, jednak donoszono również o ich nasilaniu się, zwłaszcza u kobiet,

które przerwały leczenie (Cohen i wsp., 1994; Northcott i Stein, 1994; Cohen i wsp., 2004). Jednak inne dane wskazują na to, że częstość tych zaburzeń może być większa, zwłaszcza u kobiet, które przerwały leczenie na czas ciąży (Nonacs i wsp., 2005).

Istnieje niewiele badań na temat czynników ryzyka lęku występującego w ciąży. W szczególności stresujące wydarzenia oraz brak wsparcia społecznego okazały się być związane z odczuwaniem lęku przez kobiety (Norbeck i Anderson, 1989).

Zastosowanie leczenia nefarmakologicznego, np. terapii kognitywno-behawioralnej (CBT) lub psychoterapii wspomagającej może w niektórych przypadkach odgrywać ważną rolę w łagodzeniu objawów lęku (Robinson i wsp., 1992; Otto i wsp., 1993). U pacjentek, u których występują nasilone objawy, można zdecydować się na kontynuację leczenia farmakologicznego w trakcie trwania ciąży, natomiast u kobiet, u których choroba przebiega łagodnie, powinno wziąć się pod uwagę przerwanie leczenia na czas trwania ciąży. W przypadku pacjentek z objawami zespołu lęku napadowego, które chcą zajść w ciążę, zaleca się powolne zmniejszanie dawek leków przeciwłękowych. Dodatkowa terapia kognitywno-behawioralna może okazać się pomocna przy odstawianiu leków przeciwłękowych i odsunięciu w czasie nawrotu choroby (Robinson i wsp., 1992). Nagłe zaprzestanie podtrzymującego leczenia przeciwłękowego nie jest wskazane ze względu na ryzyko powtórnego wystąpienia lęku lub pojawienia się zespołu odstawiennego, który jest potencjalnie groźny.

W przypadku pacjentek z napadami paniki związanymi z nowopowstałym lub nawracającym zespołem lęku napadowego lub pacjentek z poważnym zespołem lęku uogólnionego (GAD), a także z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym, interwencja farmakologiczna może okazać się z klinicznego punktu widzenia niezbędna. Również, w przypadku gdy ograniczanie leczenia nie osiągnie zamierzonych skutków lub jeśli objawy powrócą podczas ciąży, można rozważyć ponowne podjęcie terapii farmakologicznej. Terapia farmakologiczna lęku o dużym nasileniu w trakcie ciąży może oznaczać leczenie benzodiazepinami, trójcyklicznymi lekami przeciwdepresyjnymi (TLPD), selektywnymi inhibitorami zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRIs) lub inhibitorami zwrotnego wychwytu serotoniny i noradrenaliny (SNRIs). Wszystkie te grupy leków okazały się skuteczne w leczeniu zespołu lęku uogólnionego (Chouinard i wsp., 1982), zespołu lęku napadowego (Charney i wsp., 1986; Dunner i wsp., 1986) oraz zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (Goodman, 1999).

U osób z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym stosuje się przede wszystkim SSRI lub klomipraminę. SSRI są wydają się być jednak lepszym wyborem ze względu

na to, że u niemowląt, które w macicy były narażone na działanie klomipraminy, wystąpić mogą poważne objawy zespołu odstawienia. Klomipraminę można jednak stosować u kobiet, które nie reagują na SSRI lub ich nie tolerują, pod warunkiem, że stosuje się przy tym ścisły monitoring. Rozsądnym wyborem w leczeniu zespołu lęku napadowego oraz zespołu lęku uogólnionego u kobiet ciężarnych są również SSRI lub TLPD (Altshuler i wsp., 1996).

Kobiety dwa razy częściej w porównaniu do mężczyzn doświadczają zaburzeń afektywnych, a szczyt zachorowań przypada na wiek reprodukcyjny, między 25 a 44 rokiem życia (Kessler i wsp., 1993; Rajewska, 2003). Jak wspomniano wyżej starsze badania dowodziły, że ciąża jest okresem ochronnym dla depresji, ale nowsze, w tym badania prospektywne (O'Hara i wsp., 1990) wskazują na to, że odsetek depresji jest zbliżony do populacji ogólnej kobiet w tym wieku (około 10 %) i to zarówno w odniesieniu do łagodnego jak i ciężkiego epizodu depresji (McKenzie-McHarg i wsp., 2007).

Częstość występowania objawów depresji w ciąży w przeprowadzonych do tej pory badaniach wynosiła od 7 do nawet 20 % (Andersson i wsp., 2003; Bennett i wsp., 2004; Gavin i wsp., 2005), co zależało w dużej mierze od metodologii oraz stosowanych narzędzi diagnostycznych. W przeglądzie literatury z 2004 roku przeprowadzonym przez Benetta i współpracowników średnia częstość depresji wynosiła odpowiednio 7,4% w pierwszym, 12,8% w drugim oraz 12,0% w trzecim trymestrze ciąży. Należy zauważyć jednak, że większość badań przeprowadzonych do tej pory odnosiło się jedynie do jednego momentu ciąży.

Badanie Anderssona i współpracowników (2003) pokazało, że 14,1% ciężarnych ma jedno lub więcej zaburzeń psychicznych ale jednocześnie jedynie 5,5 % otrzymywało jakąkolwiek pomoc terapeutyczną. Co wskazuje na to, że generalnie problemy psychiczne w ciąży są niedoszacowane oraz zaniedbane jeżeli chodzi o leczenie. Jest to istotne, ponieważ mogą one wpłynąć zarówno na matkę jak i na jej potomstwo w przyszłości (Kurki i wsp., 2000; Chung i wsp., 2001; Field i wsp., 2003).

Istnieją pojedyncze doniesienia, że kobiety w ciąży zgłaszają częściej objawy depresyjne niż w okresie poporodowym (Evans i wsp., 2001). Może to wiązać się jednak z przeszacowaniem częstości depresji, ponieważ część objawów, które w naturalny sposób wiążą się z okresem ciąży, jak: obawy o własne zdrowie, strach przed porodem czy niepokój o stan zdrowia dziecka może być mylona z epizodem depresji.

Aktualnie depresję w okresie ciąży rozpoznaje się na podstawie ogólnych kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń depresyjnych (ICD-10; Lusskin i wsp., 2007). Jednak rozpoznanie zaburzenia depresyjnego w ciąży może być trudne między innym z powodu nakładania się fizjologicznych objawów występujących w ciąży z objawami depresji.

Jak wspomniano wyżej w ciąży fizjologicznie może występować wiele objawów typowych dla depresji, np. osłabienie apetytu, zmęczenie, obniżenie libido (Buist i wsp., 2006; Altshuler i wsp., 2008).

Z kolei objawy takich chorób jak: anemia, cukrzyca ciężarnych, niedoczynność tarczycy bywają zbliżone do objawów zespołu depresyjnego co może utrudniać rozpoznanie podczas ciąży. Objawy, których pojawienie się może nasunąć podejrzenie depresji to: anhedonia, poczucie winy, pesymistyczne widzenie przyszłości, myśli samobójcze. Tendencje samobójcze u kobiet ciężarnych nie są rzadkim zjawiskiem. Jednak ryzyko samouszkodzeń i zachowań samobójczych jest u nich relatywnie niewielkie (Nonacs i wsp., 2005).

Do tej pory nie opracowano specyficznych metod diagnostycznych do rozpoznawania depresji w okresie ciąży.

Edynburska skala Depresji Poporodowej bywa stosowana w okresie ciąży, jednak konieczne jest wtedy przyjęcie wyższej punktacji w porównaniu z okresem poporodowym ze względu na częste występowanie objawów somatycznych, które fizjologicznie występują w okresie ciąży. Stosowanie innej bardzo popularnej Skali Depresji Becka, która również uwzględnia objawy somatyczne może być trudne w ciąży (Ryan i wsp., 2005). Przydatną alternatywę może stanowić Szpitalna Skala Depresji i Lęku (HADS), która została stworzona do diagnozy lęku i depresji u pacjentów chorujących somatycznie i dlatego zrezygnowano z umieszczania w niej pytań odnoszących się do objawów somatycznych. Początkowo stosowano ją u pacjentów hospitalizowanych, jednak od wielu lat (po przeprowadzeniu badań walidacyjnych) dopuszczono ją do stosowania ambulatoryjnego, a nawet w grupie pacjentów psychiatrycznych (bez współwystępujących chorób somatycznych).

Dotychczas nie rozstrzygnięto etiologii i patogenezы występowania depresji w okresie perinatalnym. W badaniach odnoszono się do czynników biologicznych, hormonalnych i psychospołecznych.

Kilka badań dowodziło większej częstości występowania depresji u krewnych pierwszego stopnia kobiet z depresją poporodową (Steiner i Tam, 1999; Johnstone i wsp., 2001). Ciągle nadal brakuje pewnych dowodów pochodzących z badań

na bliźniętach i rodzeństwie, które by potwierdzały genetyczne uwarunkowanie depresji w okresie ciąży z wyjątkiem potwierdzających generalnie ryzyko dużej depresji. Bez danych pochodzących z badań na bliźniętach, które rozdzieliłyby wpływ czynników wrodzonych od czynników środowiskowych nie można rozstrzygnąć czy ryzyko związane z występowaniem zaburzeń psychicznych w rodzinie, można przypisać podatności genetycznej na depresję czy raczej skutkom bycia wychowywanym w otoczeniu krewnych chorujących psychicznie. Bez względu na mechanizm takiego związku jest oczywiste, że choroba psychiczna w wywiadzie lub w rodzinie, a zwłaszcza duża depresja, może służyć za wstępny sposób kwalifikowania kobiet do grupy zwiększonego ryzyka rozwinięcia się depresji okołoporodowej (Steiner i Born, 2002).

We wcześniejszych pracach na temat zaburzeń nastroju okresu perinatalnego postulowano, że zmiany hormonalne związane z ciążą i okresem poporodowym mają istotne znaczenie. Pewne dowody sugerują, że wysokie stężenie progesteronu w ciąży (Buckwalter i wsp., 1999) lub znaczny spadek stężenia po porodzie może stanowić przyczynę nastroju depresyjnego (Harris i wsp., 1994). Sprzeczne doniesienia również wiązały androgeny, włączając w to dehydroepiandrosteron i testosteron (Buckwalter i wsp., 1999) i oraz centralnie działające neurosteroidy, w tymi pregnanolon (Pearson Murphy i wsp., 2001), ze zmianami nastroju podczas ciąży i okresu poporodowego. Jednak ten związek wydaje się być istotny jedynie dla pewnej podgrupy kobiet, co nie tłumaczy zaburzeń depresyjnych okresu perinatalnego w sposób bardziej ogólny.

Wskazywano na znaczenie dodatniego wywiadu w kierunku występowania zaburzeń nastroju i zaburzeń lękowych w przeszłości. Szacuje się jednak, że jedną trzecią przypadków depresji w ciąży stanowią pierwsze zachorowania (Buist i wsp., 2006).

W większości badań podkreślano znaczenie nieplanowanej ciąży, braku wsparcia i niskiej samooceny (Robertson i wsp., 2004; Lancaster i wsp., 2010) Rubertsson z kolei (2005) wiązał negatywne doświadczenia związane z poprzednimi porodami i ciążą z pojawieniem się objawów depresyjnych w obecnej ciąży, nawet już w jej 15 tygodniu.

Na przykład badanie Kitamury i współpracowników (1998) potwierdziło wpływ nieadekwatnego wsparcia społecznego (w szczególności brak wsparcia ze strony partnera) na wystąpienie objawów depresyjnych w pierwszym trymestrze ciąży. Co do znaczenia takich czynników demograficznych jak: wiek, wykształcenie, zatrudnienie, ilość dzieci czy nadużywanie substancji psychoaktywnych

oraz uzależnienie od nikotyny wyniki badań nie są zgodne. Na przykład odnośnie wieku, część doniesień wskazuje na częstsze występowania depresji w ciąży w młodszej grupie kobiet, inne nie potwierdzają takiej zależności (Ryan i wsp., 2005; Bunevicius i wsp., 2009).

Nie należy zapominać o uwarunkowaniach kulturowych, co prawda udowodniono, iż depresja w okresie ciąży występuje z podobną częstością w wielu kręgach kulturowych (Rubertsson i wsp., 2005; Lee i wsp., 2007; Adewuya i wsp., 2007; Golbasi i wsp., 2010; Silva i wsp., 2010), jednak pewne czynniki ryzyka mogą się różnić i być specyficzne na danym obszarze. Do takich specyficznych czynników ryzyka należy np. zjawisko poligamii w Afryce. Ponadto należy zwrócić uwagę, iż kobiet migrujących mogą dotyczyć czynniki ryzyka związane z kulturą, z której się wywodzą oraz te występujące w nowym miejscu zamieszkania (Fatoye i wsp., 2004; Adewuya i wsp., 2007).

Generalnie przeprowadzone do tej pory badania wskazują na znaczenie czynników psychospołecznych w rozwoju perinatalnych zaburzeń nastroju, należy jednak podkreślić, że większość badań przeprowadzonych odnosiła się do okresu poporodowego lub jedynie jednego z trymestrów ciąży, przede wszystkim trzeciego (Rubertsson i wsp., 2005; Silva i wsp., 2010).

W przypadku niezbyt nasilonych objawów zalecane są oddziaływania psychoterapeutyczne i psychoedukacyjne. Dwie najczęściej stosowane metody psychoterapii depresji, w tym depresji u kobiet w ciąży to psychoterapia poznawczo-behawioralna (CBT), której celem jest zmiana błędnych wzorców myślenia oraz psychoterapia interpersonalna (IPT), która skupia się na poprawie interakcji społecznych oraz radzenia sobie ze zmianami w życiu (Ryan i wsp., 2005). Pojawiły się ponadto doniesienia, oparte jednak jedynie na opisach przypadków o skuteczności fototerapii w leczeniu depresji niesezonowej u ciężarnych (Oren i wsp., 2002; Krzystanek i Krupka-Matuszczyk, 2006).

Nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, co jest bardziej niebezpieczne: nieleczona depresja w ciąży (częstsze występowanie zespołu nagłej śmierci łożeczkowej, słabe zaangażowanie matki) czy ekspozycja na leki przeciwdepresyjne w ciąży (Rees i wsp., 2008; Bazire, 2010). Okazuje się ponadto, że kobiety z epizodem dużej depresji w wywiadzie mają wysokie ryzyko nawrotu objawów podczas ciąży, które jest większe w przypadku zaprzestania przyjmowania przez nie leków przeciwdepresyjnych. Na przykład badanie Cohena i współpracowników (2004) wykazało, że kobiety,

które nie kontynuowały leczenia przeciwdepresyjnego w ciąży były 5 razy bardziej narażone na nawrót depresji w porównaniu do kobiet, u których kontynuowano leczenie. Depresja i inne zaburzenia psychiczne u matki mogą mieć istotny wpływ na rodzinę, relację między nią a dzieckiem, co ma istotne znaczenie dla jego późniejszego rozwoju. Ostatnie badania dowodzą, że dzieci matek depresyjnych częściej mają zaburzenia zachowania oraz nieprawidłowo rozwijają się emocjonalnie i poznawczo. Co więcej okazuje się, że depresja w ciąży zwiększa również ryzyko jej wystąpienia w okresie poporodowym, a wtedy te wszystkie opisane powyżej czynniki wpływają na dziecko znacznie dłużej (Gotlib i wsp., 1989; O'Hara i wsp., 1990).

Dlatego też w przypadkach epizodów depresyjnych zwłaszcza w przypadku zagrożenia samobójczego metodą z wyboru jest farmakoterapia (Bazire, 2010).

Decydując się na leczenie przeciwdepresyjne w ciąży konieczne jest założenie, że leki będą stosowane przez dłuższy czas, jako że pierwsze widoczne efekty obserwuje się po 2 tygodniach kuracji, a skuteczność z reguły oceniana jest dopiero po 4–6 tygodniach regularnego ich przyjmowania. Ryzyko w poszczególnych trymestrach ciąży jest różne, zarówno jeśli chodzi o wpływ leków na rozwój płodu, jak i skutki niepodjęcia leczenia. Większość leków przeciwdepresyjnych należy do kategorii C według klasyfikacji amerykańskiej Agencji Żywności i Leków (FDA). Do kategorii C należą leki, dla których w badaniach na zwierzętach wykazano negatywny wpływ na płód, lecz brak jest odpowiedniej liczby dobrze udokumentowanych badań kontrolowanych u ludzi. Potencjalna korzyść może usprawiedliwiać użycie tych leków u kobiet ciężarnych pomimo ewentualnego ryzyka. (Ziółkowska, 2003; Koszewska, 2010; Dudek, 2011)

Ostatnio przeprowadzono wiele badań na temat bezpieczeństwa stosowania wielu leków przeciwdepresyjnych w ciąży w tym między innymi trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych (TLPD), selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI), inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI). Dane na temat potencjalnego działania teratogennego leków przeciwdepresyjnych pochodzą z badań prospektywnych, prowadzonych na relatywnie niewielkich grupach, z międzynarodowych rejestrów urodzeń, z baz danych ochrony zdrowia oraz z opisów przypadków (Misri i Kandrick, 2007; Yonkers, 2007). Należy podkreślić, że wyniki przeprowadzonych badań nie dały jednoznacznych wyników. Generalnie uważa się, że lekami z wyboru są selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI) oraz trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD) (Hanley, 2012). Przy czym SSRI mają tę zaletę w porównaniu do TLPD, że można osiągnąć dawkę terapeutyczną już

podczas pierwszego dnia stosowania oraz wykazują raczej łagodne objawy uboczne w odniesieniu do matki podczas ich stosowania. Badania przeglądowe, oparte na 15 latach doświadczeń ze stosowaniem SSRI w ciąży (Rahimi i wsp., 2006) nie potwierdziły znaczącego zwiększenia częstości występowania malformacji płodów, ale wykazano znaczący wzrost częstości poronień. (Hanley, 2012). Jednak kilka badań przeprowadzonych w latach 2005–2006 dowodziło, że w porównaniu do innych leków z grupy SSRI przyjmowanie przez matkę paroksetyny w pierwszym trymestrze ciąży wiązało się ze zwiększonym ryzykiem wad układu sercowo- naczyniowego u dziecka (Way, 2007; Kallen, 2006 2007). Najczęściej stosowanym w ciąży lekiem przeciwdepresyjnym z tej grupy była do tej pory fluoksetyna (Nonacs i Cohen, 2005). Należy podkreślić jednak, że sertralina jest tym z selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny, którego stężenie było najniższe we krwi pępowinowej u noworodków (Hostetter i wsp., 2000; Hallberg i Sjoblom, 2005).

Istotnym powikłaniem stosowania leków przeciwdepresyjnych w ciąży jest upośledzona adaptacja noworodka tzw. noworodkowy zespół behawioralny, który charakteryzuje się, obniżonym napięciem mięśniowym, distresem układu oddechowego, hipoglikemią, niską punktacją w skali Apgar oraz drgawkami. Objawy pojawiają się w ciągu godzin po porodzie i zasadniczo wymagają jedynie lepszej opieki nad noworodkiem, ustępują zwykle w przeciągu 1–2 tygodni po porodzie Stan taki może wystąpić u około 30% dzieci, które były w ciąży eksponowane na leki z grupy SSRI, częstość ta jest większa u wcześniaków (Harrandez-Diaz i wsp, 2007; Eyal i Yaeger, 2008). Potwierdzono również wpływ na pojawienie się wyżej wymienionych objawów inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (Koren i wsp., 2005; Ferreira i wsp., 2007).

Ciąża aktualnie przestaje być traktowana jako okres ochronny dla rozwoju zaburzeń psychicznych. Najnowsze badania wskazują na porównywalną częstość rozpowszechnienia lęku i depresji w ciąży do ogółu kobiet w wieku rozrodczym (Evans i wsp., 2001).

Najistotniejszym zagadnieniem dotyczącym depresji okresu prenatalnego jest jak najwcześniejsze wyodrębnienie kobiet z grup ryzyka i objęcie ich opieką zarówno medyczną jak i psychologiczną. Może mieć to kluczowe znaczenie dla przebiegu ciąży, porodu i ewentualnych epizodów depresji poporodowej (Robertson i wsp., 2004), ale także dla prawidłowego rozwoju emocjonalnego i poznawczego dziecka. Okazuje się bowiem, że lęk i depresja w ciąży może wiązać z niedojrzałością noworodka, niższą masą

urodzeniową, powikłaniami położniczymi, częstszym występowaniem wymiotów u ciężarnych, większym odsetkiem cięć cesarskich, częstszym stosowaniem znieczuleń podtwardówkowych. Pojawiały się również doniesienia, które wskazywały na opóźnienie rozwoju psychicznego (oceniane w wieku 8 miesięcy i dwóch lat u dzieci matek, które doświadczyły depresji w ciąży (Buist i wsp., 2006).

Rozdział II Problematyka i metodologia badań

1. Cel pracy i problemy badawcze

Celem naukowym pracy jest analiza występowania objawów lęku i depresji w poszczególnych trymestrach ciąży oraz próba wyjaśnienia ich uwarunkowań z uwzględnieniem wybranych czynników socjodemograficznych, psychologicznych i medycznych.

Do zrealizowania celu badań sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Ocena związku pomiędzy występowaniem objawów lękowych a występowaniem objawów depresyjnych w poszczególnych trymestrach ciąży.
2. Analiza wpływu czynników psychospołecznych na nasilenie objawów lęku i depresji w poszczególnych trymestrach ciąży.
3. Ocena związku pomiędzy wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi a nasileniem objawów lęku i depresji w poszczególnych trymestrach ciąży.
4. Ocena związku pomiędzy wybranymi zmiennymi medycznymi (związanymi z wywiadem ginekologiczno-położniczym i faktem planowania obecnej ciąży a występowaniem objawów lęku i depresji w poszczególnych trymestrach ciąży.
5. Próba charakterystyki różnicowej kobiet, u których przynajmniej raz w ciąży wystąpiły objawy lęku lub depresji i kobiet, u których te objawy nie występowały.

Powyższe problemy badawcze skłaniają do sformułowania następujących hipotez badawczych.

1. Nasilenie objawów lękowych wiąże się z występowaniem i nasileniem depresji w poszczególnych trymestrach ciąży.
2. Większa lękowość (lęk jako cecha), niższa samoocena, gorsze wsparcie społeczne oraz problemy w komunikacji małżeńskiej wpływają na częstość i nasilenie objawów lękowych i depresyjnych w ciąży.
3. Czynniki socjodemograficzne jak: wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, sytuacja materialna i mieszkaniowa badanych wpływa na nasilenie objawów lęku

i depresji ciąży.

4. Powikłania położnicze w wywiadzie oraz fakt nieplanowania obecnej ciąży wpływają na nasilenie objawów lękowych i depresyjnych w obecnej ciąży.
5. Objawy lęku i depresji częściej występują u kobiet charakteryzujących się większą lękowością (lęk jako cecha), niższą samooceną, są stanu wolnego, są młodsze, gorzej wykształcone, z poronieniem w wywiadzie, z komplikacjami w poprzedniej ciąży.

2. Opis metod badawczych

W niniejszej pracy wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

1. Kwestionariusz demograficzno – epidemiologiczny konstrukcji własnej.
2. Szpitalna Skala Depresji i Lęku (HADS)
3. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)
4. Skala Samooceny Rosenberga (SES)
5. Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS)
6. Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej (KKM)

Kwestionariusze wymienionych metod zostały zamieszczone w Aneksie

2.1 Kwestionariusz demograficzno - epidemiologiczny

Kwestionariusz demograficzno-epidemiologiczny, konstrukcji własnej, uwzględnia następujące dane: wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, rodzaj wykonywanej pracy, dochód na jednego członka rodziny i ocena swojej sytuacji materialnej i mieszkaniowej. Kwestionariusz zawiera również pytania dotyczące palenia tytoniu i picia alkoholu przed oraz w trakcie ciąży, występowania u badanych choroby przewlekłej, a także korzystania w przeszłości z opieki psychiatrycznej, występowania w rodzinie zaburzeń psychicznych. Kilka ostatnich pytań obejmuje wywiad położniczy: tydzień ciąży, liczbę ciąż, przebieg poprzednich ciąż, z uwzględnieniem sposobu ich rozwiązania, występowania powikłań, w tym poronień. Ostatnie pytanie dotyczyło punktacji Apgar, jaką uzyskały dzieci badanych kobiet.

2.2 Szpitalna Skala Lęku i Depresji (HADS)

Szpitalna Skala Lęku i Depresji HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) została skonstruowana w 1983 roku przez Sneitha i Zigmunda (Zigmond i Sneith, 1983). Składa się ona z dwóch niezależnych podskal mierzących poziom lęku i depresji. Każda z nich zawiera siedem stwierdzeń dotyczących aktualnego stanu badanego (Karakuła i wsp., 1996).

Celem autorów było skonstruowanie prostej skali samooceny, nie wymagającej poświęcenia długiego czasu na jej wypełnienie niezależnie od poziomu wykształcenia badanego.

Początkowo skala ta była przeznaczona do oceny objawów lęku i depresji u pacjentów cierpiących na różne schorzenia somatyczne i stosowana w warunkach szpitalnych. Następnie wprowadzono ją do stosowania u pacjentów ambulatoryjnych. Obecnie jest również stosowana w grupie chorych z zaburzeniami psychicznymi (Karakuła i wsp., 1996)

Dość częstymi zarzutami stawianymi innym kwestionariuszom mierzącym zaburzenia emocjonalne jest umieszczenie pytań dotyczących objawów mogących wynikać zarówno z przyczyn fizycznych jak i emocjonalnych. W HADS wykluczono wszelkie pytania mające nasuwać takie wątpliwości, np. bóle i zawroty głowy, utrata apetytu, zaburzenia snu. Dlatego wydaje się, że ta skala jest odpowiednia do stosowania u kobiet w ciąży i może mieć nawet przewagę nad innymi narzędziami badawczymi, które mogą zawyżać częstość lęku i depresji, ponieważ wiele objawów somatycznych występuje dosyć często w ciąży i nie jest wynikiem kryzysu psychologicznego (Lee i wsp., 2007; Qiao i wsp., 2009).

Należy jednak podkreślić, że jak każda skala samooceny powinna być raczej stosowana jako narzędzie przesiewowe do oceny występowania objawów depresyjnych i lękowych, a nie do rozpoznawania zaburzeń depresyjnych i lękowych (Wichowicz i Wieczorek, 2011).

Nasilenie określonych cech ocenia sam pacjent mając do wyboru czterostopniową skalę oceny. W celu wykluczenia chwilowych wahań nastroju ocenie podlega ostatni tydzień przed przeprowadzonym badaniem.

Podskala lęku powstała na podstawie Present State Examination (PSE) i własnych badań R.P. Snaitha (Zigmond i Sneith 1983).

Selekcja do pytań podskali depresji wynikała z założenia autorów, że stan anhedonii jest osią endogenego subtypu depresji, stanowiąc czynnik predykcyjny dobrej odpowiedzi na leki przeciwdepresyjne (Sneith, 1993). W podskali tej znajduje się też jeden punkt określający spowolnienie ruchowe i jeden nastrój depresyjny. Jest to zgodne ze stanem określanym w ICD-10 jako objawy somatyczne depresji (ICD-10,2000).

Osiągnięcie w każdej podskali od 0–7 punktów uważane jest za normę, 8–10 za łagodne, 11–14 pkt. – umiarkowane, a 15–21 – za ciężkie zaburzenie.

Badania walidacyjne skali HADS wykazały jej satysfakcjonującą rzetelność i trafność. Współczynnik korelacji rang Spearmana pomiędzy pozycjami testu a ogólnym wynikiem danej podskali był istotny statystycznie na poziomie co najmniej $p < 0,01$ i wahał się od 0,41 do 0,76. Trafność testu szacowano poprzez porównanie wyników w skali HADS z oceną wykonaną za pomocą wywiadu. Uzyskane w ten sposób współczynniki korelacji wyniosły: dla podskali lęku 0,54, a dla depresji 0,79 (Kliszcz i wsp., 2004). Skala HADS została przetłumaczona i zastosowana po raz pierwszy w Polsce przez H. Karakułę za zgodą autorów (Karakuła i wsp., 1996).

2.3 Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) jest adaptacją amerykańskiego kwestionariusza testu *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) – opracowanego w przez Spielbergera, Gorusacha i Luschene'a (1970). Autorami polskiej wersji STAI są: Spielberger, Strelau, Tysarczyk i Wrześniewski (1987).

Budowa Inwentarza opiera się na rozróżnieniu pomiędzy lękiem rozumianym jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki (lęk – stan) a lękiem rozumianym jako względnie stała cecha osobowości (lek – cecha) (Wrześniewski i wsp., 2006).

Test STAI może być stosowany do badania osób zdrowych, jak i chorych powyżej 15 roku życia. Obecna wersja STAI oparta jest na tłumaczeniu wykonanym przez M. Tysarczyk (1976), które nieznacznie zmodyfikowano w zakresie trzech pozycji, po porównaniu go z tłumaczeniem K. Wrześniewskiego (1979). Ostatecznie STAI przybrał formę kwestionariusza złożonego z dwóch podskal: podskala X-1 służy do badania lęku – stanu, zaś podskala X-2 do badania lęku – cechy. Każda z nich składa się

z 20 stwierdzeń. Arkusz testowy zawiera obie skale testu opatrzone krótką instrukcją, według której badani w podskali X-1 mają wskazać jak się czują właśnie teraz, w tym momencie, a w podskali X-2 jak zazwyczaj się czują.

Zadaniem osoby badanej jest zaznaczenie w jakim stopniu każde z twierdzeń odnosi się do niej, przez wybór jednej z 4 skategoryzowanych odpowiedzi. W podskali X-1 odpowiedzi te brzmią: zdecydowanie tak, raczej tak, raczej nie, zdecydowanie nie, zaś w podskali X-2: prawie zawsze, często, czasem, prawie nigdy.

Rzetelność i trafność STAI była badana przez Spielbergera i współpracowników (1970) oraz w Polsce przez Sosnowskiego (1981) i Strelau (1982) i Tysarczyk (1976). Zgodność wewnętrzną obu skal jest wysoka. We wszystkich grupach wiekowych z wyjątkiem najstarszych mężczyzn (gdzie współczynnik α Cronbacha dla lęku-cechy wynosiła 0,76), wartości wskaźnika rzetelności przekroczyły 0,80. Stabilność bezwzględna testu wynosi 0,46 dla podskali X-1 (lęk – stan) i 0,79 dla podskali X-2 (lęk – cecha).

Trafność teoretyczna obu skal została potwierdzona w wielu badaniach. Wyniki w STAI korelują istotnie z wynikami narzędzi mierzących podobne do lęku konstrukty teoretyczne. Trafność skali X-1 dodatkowo zweryfikowano i potwierdzono w licznych badaniach eksperymentalnych (Wrześniewski i wsp., 2006).

Normy dla polskiej adaptacji STAI opracowano na podstawie wyników trzech dużych prób normalizacyjnych: uczniów szkół ponadpodstawowych, żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową, ogólnej próby osób dorosłych w wieku 21–79 lat. Na podstawie empirycznych rozkładów wyników opracowano normy centylowe i stenowe (Brzeziński, 1996) dla młodzieży w wieku 16–19 lat, ogólnej próby dorosłych w wieku 21–79 lat oraz dla żołnierzy służby zasadniczej. Ze względu na różnice istniejące między kobietami i mężczyznami w zakresie poziomu lęku, w dwóch pierwszych próbach opracowano normy osobno dla obu płci.

Wyniki surowe obu podskal mogą mieścić się od 20 punktów (niski lęk) do 80 punktów (wysoki lęk). Oblicza się je przy pomocy specjalnej procedury. Ponieważ każda skala stanowi niezależne narzędzie pomiaru, nie można tworzyć żadnej wspólnej ich miary liczbowej ani też porównywać bezpośrednio ich wyników surowych. Porównania takie są możliwe po zamianie wyników surowych na steny.

2.4 Skala samooceny Rosenberga (SES)

Skala Samooceny (*Rosenberg Self-Esteem Scale – SES*) opracowana w 1965 roku przez Morrisa Rosenberga jest jedną z najbardziej popularnych na świecie metod badania tej zmiennej. Pozwala mierzyć ogólny poziom samooceny, którą definiuje się jako stosunek do własnej osoby. Samoocena jest z samej swej natury konstruktem subiektywnym, opartym na percepcji i ocenie własnej wartości (Anastazi i Urbina, 1999; Baumeister i wsp., 2003). Tak definiowana jest jednym z elementów koncepcji Ja i ma względnie trwały charakter u osób dorosłych (Blascovich i Tomaka, 1991).

Skala Samooceny Rosenberga zbudowana jest z 10 twierdzeń. Wszystkie mają charakter diagnostyczny. Osoba badana jest proszona o wskazanie, w jakim stopniu zgadza się z każdym z nich. Odpowiedzi udziela się na skali czterostopniowej, a możliwe do uzyskania wyniki mieszczą się w przedziale od 10 do 40 punktów.

Ze względu na prostotę i łatwość użycia narzędzie to jest przydatne, zwłaszcza w tych projektach badawczych, w których stosuje się wiele metod oraz w badaniach eksperymentalnych. Opracowania polskiej wersji językowej polskiej adaptacji Skali Samooceny Rosenberga dokonały M. Łąguna, K. Lachowicz-Tabaczek i I. Dzwonkowska. (Łąguna i wsp., 2007). Badania walidacyjne wykazały, że polska wersja tej skali jest narzędziem rzetelnym (α Cronbacha = 0,81–0,83), o potwierdzonej trafności teoretycznej. Udowodniono ponadto, że wystarczająco wysoko koreluje z innymi skalami mierzącymi poziom samooceny.

2.5 Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej (KKM)

Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej (KKM) opracowany przez Marię Kazimierczak i Mieczysława Plopę, może być stosowany zarówno w badaniach par małżeńskich, jak i indywidualnych (Kazimierczak i Plopa, 2008a).

Na kwestionariusz składają się dwa formularze: jeden z nich przeznaczony jest do oceny własnych zachowań komunikacyjnych, drugi – do oceny zachowań partnera. Każdy z nich ma po 30 pozycji, obydwa badają trzy główne wymiary komunikacji w małżeństwie: wsparcie, zaangażowanie i deprecjację. Dwa pierwsze wymiary można dodatkowo interpretować bardziej szczegółowo (wsparcie lub zaangażowanie

zorientowane na ogólne samopoczucie partnera oraz wsparcie lub zaangażowanie zorientowane na konkretne problemy partnera.

Osoba badana ustosunkowuje się do każdego ze stwierdzeń przez wybór jednej z pięciu kategorii odpowiedzi :

1 – „nigdy – (tak się nie zachowuje)”;

2 – „rzadko”;

3 – „czasami”;

4 – „często”;

5 – „zawsze – (tak się zachowuje)”.

Wymiary zawierają od 9–11 stwierdzeń. I tak:

Wymiar Wsparcie – oznacza okazywanie szacunku partnerowi przez docenienie jego wysiłków, przejawianie zainteresowania problemami czy potrzebami partnera, a także aktywne uczestnictwo w procesie wspólnego rozwiązywania problemów. Troska o partnera przejawiana jest zatem nie tylko w momentach trudnych, ale także w różnych sytuacjach dnia codziennego.

Wymiar Zaangażowanie – oznacza umiejętność tworzenia atmosfery wzajemnego zrozumienia i bliskości w związku poprzez okazywanie sobie uczuć, podkreślenia wyjątkowości i ważności partnera dla nas, urozmaicenia rutyny dnia codziennego oraz zapobieganie konfliktom w związku.

Wymiar Deprecjacja – oznacza przejawianie agresji wobec partnera, chęć zdominowania partnera i kontrolowania jego działań, brak poszanowania godności partnera (Kazimierczak i Plopa, 2008b).

Suma punktów uzyskana w ramach poszczególnych skal stanowi wynik surowy, który następnie jest przeliczany na stenowy. Skala stenowa składa się z 10 różnych jednostek. Steny 1–2 świadczą o bardzo niskich wynikach, steny 3–4 o niskich wynikach, 5–6 o przeciętnych wynikach, steny 7–8 o wysokich wynikach, steny 9–10 o bardzo wysokich wynikach. Wyniki wyrażone w stenach interpretuje się jako stopień nasilenia danej zmiennej w kierunku pożądanym bądź niepożądanym z punktu widzenia teorii psychologicznej (Kazimierczak i Plopa, 2008a).

Badania walidacyjne wykazały, skali jest narzędziem rzetelnym (α Cronbacha dla Wymiaru Wsparcie =0,91, dla Wymiaru Zaangażowanie 0,80, dla Wymiaru Deprecjacja 0,89). Trafność teoretyczna skali została potwierdzona w badaniach par różniących się długością związku. Udowodniono ponadto, że wystarczająco wysoko

koreluje z kwestionariuszem osobowości oraz kwestionariuszami badającymi postawy rodzicielskie, relacje rodzinne i style przywiązania.

Normy dla KKM opracowano na podstawie wyników 3396 osób badanych różniących się wiekiem, wykształceniem, stażem małżeńskim. Normy stenowe, opracowano osobno dla kobiet i mężczyzn w wieku 20 – 60 lat (Kazimierzczak i Płopa, 2008b).

2.6 Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS)

Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (*Die Berliner Social Support Skalen – BSSS*) to zestaw narzędzi służących do pomiaru poznawczych i behawioralnych wymiarów wsparcia społecznego.

Oryginalna niemiecka wersja BSSS zawiera 5 Skal do badania wsparcia społecznego (dostępnego wsparcia, zapotrzebowania na wsparcie, poszukiwania wsparcia, wsparcia otrzymywanego oraz ochronnego), a także dodatkową skalę, którą bada się osoby bliskie właściwej osoby badanej (np. dzieci).

Zawarte w BSSS podskale zostały poddane ocenie psychometrycznej w oryginalnej, niemieckiej wersji językowej (Schulz i Schwarzer 2003). Skale te powstały w celu badania osób chorych, jednakże autorzy zaznaczają, iż mogą być stosowane również do badania osób zdrowych. Polskiej adaptacji Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego dokonała A Łuszczynska i współpracownicy (2006).

Kwestionariusz BSSS zawiera pięć niezależnych Skal: Wsparcie Dostępne Spostrzegane (8 pozycji), Zapotrzebowanie na Wsparcie (4 pozycje), Poszukiwanie Wsparcia (5 pozycji), Aktualnie Otrzymywane Wsparcie (15 pozycji) oraz Wsparcie Ochroniające (6 pozycji). Odpowiedzi udzielane są w skali od 1 do 4 (zdecydowanie nie, raczej nie, raczej tak, zdecydowanie tak).

Wartość wskaźnika rzetelności dla skali dostępnego wsparcia wyniosła – 0,80; dla skali zapotrzebowania na wsparcie – 0,71, dla skali poszukiwania wsparcia – 0,62; dla skali otrzymywanego wsparcia – 0,68.

3. Procedura badawcza

Badanie przeprowadzono w poradniach ginekologiczno-położniczych w województwie lubelskim oraz mazowieckim w okresie od stycznia 2011 do maja 2012. Były to zarówno państwowe jak i prywatne gabinety w miastach powiatowych (Zamość, Tarnobrzeg, Janów Lubelski, Nowy Dwór Mazowiecki, Legionowo) i mieście wojewódzkim (Lublin).

Wstępne kryteria włączenia do grupy badanej:

1. Kobiety w wieku od 18–45 roku życia.
2. Kobiety zgłaszające się do poradni ginekologiczno-położniczej w pierwszym trymestrze ciąży.
3. Pisemna świadoma zgoda badanych oraz zgoda lekarza prowadzącego.

Kryterium wykluczające:

1. Upośledzenie umysłowe.

Badanie miało charakter prospektywny longitudinalny i zostało przeprowadzone w trzech etapach.

I etap obejmował pierwszy trymestr ciąży. Kobiety były badane przy pomocy Kwestionariusza demograficzno – epidemiologicznego, Szpitalnej Skali Lęku i Depresji, Inwentarza Stanu i Cechy Lęku, Skali Samooceny Rosenberga, Berlińskich Skale Wsparcia Społecznego, Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej.

II etap obejmował drugi trymestr ciąży. Kobiety badano następującymi metodami: Szpitalną Skalą Lęku i Depresji, Inwentarzem Stanu i Cechy Lęku, Skalą Samooceny Rosenberga, Berlińskimi Skalami Wsparcia Społecznego, Kwestionariuszem Komunikacji Małżeńskiej.

III etap natomiast trzeci trymestr ciąży. Zastosowano następujące skale: Szpitalną Skalą Lęku i Depresji, Inwentarzem Stanu i Cechy Lęku, Skalą Samooceny Rosenberga, Berlińskimi Skalami Wsparcia Społecznego, Kwestionariuszem Komunikacji Małżeńskiej.

Badane kobiety podczas wizyt w kolejnych trymestrach kobiety otrzymywały komplet kwestionariuszy do wypełnienia i przynosiły go na następną wizytę.

W celu identyfikacji kolejnych ankiet wypełnianych przez daną kobietę w kolejnych trymetrach proszono o podanie przez nią inicjałów i daty urodzenia.

W sumie do badania zaproszono 550 kobiet będących w pierwszym trymestrze ciąży. Trzy etapy ukończyło 336 z nich. Jedynie dwie kobiety odpowiedziały twierdząco na pytanie o występowanie w przeszłości zaburzeń psychicznych, 20 potwierdziło obecność u nich chorób przewlekłych.

Ostatecznie z badania wykluczono kobiety z dodatnim wywiadem w kierunku występowania zaburzeń psychicznych oraz te, u których występowały choroby przewlekłe.

Projekt badania uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (KE-0254/77/2011).

4. Metody statystyczne

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Wyznaczono podstawowe parametry statystyki opisowej: średnia arytmetyczną, odchylenie standardowe, medianę, wartość minimalną i maksymalną.

Parametry jakościowe scharakteryzowano przy pomocy przy pomocy licznosci i rozkładów procentowych.

Do oceny normalności rozkładu został wykorzystany test W Shapiro-Wilka. Ze względu na odbiegający od rozkładu normalnego rozkład badanych zmiennych do porównań międzygrupowych zastosowano testy nieparametryczne: test U Manna Whitneya oraz test ANOVA Kruskala Wallisa.

Analizę wzajemnej korelacji między badanymi parametrami wykonano z wykorzystaniem korelacji rang Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p(\alpha)=0,05$.

Analizy statystyczne przeprowadzono w oparciu o program Statistica.

5. Charakterystyka socjodemograficzna grupy badanej

W badaniu wzięło udział 314 kobiet ciężarnych. Średnia wieku badanych kobiet wyniosła 28,64 ($\pm 4,77$) lat. Najmłodsza badana miała 19 lat najstarsza 44 lata. Dokładną strukturę grupy z uwagi na wiek prezentuje Tabela 1.

Tabela 1. Struktura badanej grupy ze względu na wiek

Zmienna	Min	Max	Średnia	SD
Wiek	19	44	28,65	4,77

SD–odchylenie standardowe

Grupę badaną podzielono na trzy przedziały wiekowe (Tabela 2), i tak w wieku poniżej 25 lat było 29,29 % badanych (N= 92), w wieku 26-34 – 58,59 % badanych (N=184) , najmniej bo 12,1 % kobiet (N=38) miało powyżej 35 lat.

Tabela 2. Struktura badanej grupy z uwzględnieniem podziału na przedziały wiekowe.

Grupy wiekowe	N	%
≤ 25	92	29,3
26-34	184	58,6
≥ 35	38	12,1
Razem	314	100,0

N–liczba badanych

Średnia wieku ciążowego w pierwszym trymestrze wynosiła 11,22 ($\pm 1,8$) tygodni, w drugim trymestrze 21,05 ($\pm 2,9$) tygodni, w trzecim trymestrze 32,99 ($\pm 2,8$) tygodni (Tabela 3).

Tabela 3. Struktura badanej grupy ze względu na wiek ciąży

	Tydzień ciąży			
	Min	Max	Średnia	SD
I trymestr	6	14	11,22	1,87
II trymestr	15	27	21,05	2,90
III trymestr	28	40	32,99	2,84

SD–odchylenie standardowe

Najwięcej (N=254) badanych kobiet to mężatki co stanowi 81% grupy badanej. 25 badanych (8%) żyło w związku nieformalnym, 34 (11%) było pannami, jedna kobieta była rozwiedziona (0,32%) (Tabela 4).

151 badanych (48%) miało wykształcenie średnie. Następną co do częstości grupę stanowiły kobiety z wykształceniem wyższym (N=123;39%). Najmniejszy odsetek badanych stanowiły kobiety z wykształceniem zawodowym (N=32;10%) i podstawowym (N=8; 3%) (Tabela 4).

Na wsi mieszkało 130 (41,%) badanych, w mieście powiatowym 99 (32%), w mieście wojewódzkim 85 (27%) (Tabela 4).

163 badane kobiety (52%) pracowały umysłowo. Pracę fizyczną wykonywało 73 badane (23%), 16 kobiet jeszcze uczyło się (5%), nie pracowały 62 (20%) badane (Tabela 4).

Kolejne pytania kwestionariusza odnosiły się do sytuacji materialnej i mieszkaniowej badanych kobiet. Dla 142 (45%) badanych miesięczny dochód na jednego członka rodziny wynosił od 500 do 1000 złotych, dla 99 (32%) od 1000 do 2000 złotych. Najmniej kobiet wskazało na najmniejsze (poniżej 500 złotych) i najwyższe (powyżej 2000 złotych) miesięczne dochody na jednego członka rodziny, było to odpowiednio 37 (12%) oraz 36 (11%) badanych. 172 badane (55%) oceniło swoją sytuację materialną jako dobrą, 116 (37%) jako średnią, 15 (5%) jako bardzo dobrą. Jedynie 11 (3%) określiło swoją sytuację materialną jako złą (Tabela 4).

Najwięcej badanych oceniło swoją sytuację mieszkaniową jako dobrą (N=169; 54%). 71 (23%) badanych oceniło jako bardzo dobrą, 66 (21,%) jako średnią. Jedynie 8 kobiet (2%) określiło swoją sytuację mieszkaniową jako złą (Tabela 4).

Tabela 4. Struktura badanej grupy z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych

Zmienna	Wartość zmiennej	N	%
Stan cywilny	Panna	34	10,83
	Mężatka	254	80,89
	rozwidziona	1	0,32
	związek nieformalny	25	7,96
Wykształcenie	Wyższe	123	39,17
	Średnie	151	48,09
	Zawodowe	32	10,19
	podstawowe	8	2,55
Miejsce zamieszkania	miasto wojewódzkie	85	27,07
	miasto powiatowe	99	31,53
	Wieś	130	41,40
Wykonywana praca zawodowa	Umysłowa	163	51,91
	Fizyczna	73	23,25
	nie pracuje	62	19,75
	uczy się	16	5,095,09
Dochód	< 500	37	11,78
	500-1000	142	45,22
	1000-2000	99	31,53
	> 2000	36	11,47
Ocena sytuacji materialnej	bardzo dobra	15	4,78
	Dobra	172	54,78
	Średnia	116	36,94
	Zła	11	3,50
Ocena sytuacji mieszkaniowej	bardzo dobra	71	22,61
	Dobra	169	53,82
	Średnia	66	21,02
	Zła	8	2,55

N– liczba badanych

6. Charakterystyka grupy badanej z uwzględnieniem zmiennych medycznych

W Tabeli 5 przedstawiono charakterystykę grupy badanej ze względu na dane z wywiadu ginekologiczno-położniczego.

Dla 146 (46,50%) badanych była to pierwsza ciąża, dla 101 (32,16%) druga, dla 38 (12,10%) trzecia, dla 23 (7,32%) czwarta. Po dwie (0,64%) kobiety były w ciąży po raz szósty i siódmy. Blisko połowa kobiet posiadała już dzieci (N=156; 49,68%) 119 (76,28%) kobiet miało jedno dziecko, 26 (16,67%) dwoje dzieci, 11 (7,05%) troje dzieci.

Zdecydowana większość dzieci badanych kobiet uzyskała po urodzeniu punktację 9 lub 10 punktów w skali Apgar. Były to 124 noworodki (czyli 89,2%). 17 kobiet nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Kilka kolejnych pytań kwestionariusza dotyczyło ewentualnych powikłań w poprzednich ciążach. U 55 kobiet występowały komplikacje w trakcie poprzedniej ciąży. Stanowi to 32,74% kobiet, które już były w ciąży w przeszłości. Najczęstsze powikłania to: poronienia (N=24; 48,98%), lub poronienie zagrażające (N=14; 28,57%). Sporadycznie w badanej grupie występowały: poród przedwczesny (N=3; 6,12%), ciąża obumarła (N=2; 4,08%), zatrucie ciążowe (N=2; 4,08%), krwawienie z dróg rodnych (N=1; 2,01%), wymioty (N=3; 6,12%).

Drogami natury rodziło 69,87% (n=109) badanych kobiet, u 30,13 % wykonano cięcie cesarskie (n=47). Przy czym 76,09% cięć wykonanych było ze wskazań nagłych (n=36), 23,91% (n=11) ze wskazań planowych. Ostatnie pytanie z tej grupy dotyczyło tego czy u danej kobiety w przeszłości doszło do poronienia. Twierdząco na to pytanie odpowiedziało 51 kobiet. Stanowi to 30,36% badanych, które kiedyś już były w ciąży.

Tabela 5. Struktura badanej grupy ze względu na wywiad ginekologiczno-położniczy

Zmienna	Wartość zmiennej	N	%
Która ciąża	1	146	46,50
	2	101	32,16
	3	38	12,10
	4	23	7,32
	5	2	0,64
	6	2	0,64
	7	2	0,64
Czy posiada dzieci ? (Czy kobieta rodziła)	Tak	156	49,68
	Nie	158	50,32
Liczba dzieci	1	119	76,28
	2	26	16,67
	3	11	7,05
Punktacja Apgar	6	5	3,59
	7	4	2,88
	8	6	4,32
	9	37	26,62
	10	87	62,59
Przebieg ostatniej ciąży	prawidłowy	113	67,26
	komplikacje	55	32,74
Rodzaj komplikacji	Poronienie	24	48,98
	zagrożenie poronieniem	14	28,57
	porów przedwczesny	3	6,12
	obumarła ciąża	2	4,08
	zatrucie ciążowe	2	4,08
	krwawienie	1	2,04
	Wymioty	3	6,12
Rodzaj porodu	Natura	109	69,87
	Cesarka	47	30,13
Rodzaj cięcia cesarskiego	Nagle	36	76,60
	Planowane	11	23,40
Poronienie	Tak	51	30,36
	Nie	117	69,64

N– liczba badanych

7. Charakterystyka grupy badanej ze względu na podejmowanie zachowań ryzykownych oraz odczucia wobec ciąży

Ostatnie pytania kwestionariusza demograficznego dotyczyły zachowań ryzykownych (palenie tytoniu, picie alkoholu) przed i w trakcie obecnej ciąży, oraz pytanie dotyczące odczuć ciężarnej w stosunku do ciąży (czy była planowana czy nieplanowana). 28,02% (N=88) paliło papierosy przed ciążą. Obecnie, w trakcie trwania ciąży paliły 22 kobiety, co stanowi 7,00 %. 174 badane spożywało alkohol przed ciążą (55,41%). 15 kobiet (4,77%) przyznało się do picia alkoholu w trakcie ciąży (Tabela 6).

W 70,38% przypadków (N=221) obecna ciąża była planowana. 29,62% (N=93) kobiet nie planowało ciąży (Tabela 6).

Tabela 6. Struktura badanej grupy ze względu na zachowania ryzykowne oraz odczucia wobec aktualnej ciąży

Zmienna	Wartość zmiennej	N	%
Palenie papierosów przed ciążą	Tak	88	28,03
	Nie	226	71,97
Palenie obecnie	Tak	22	7,01
	Nie	292	92,99
Alkohol przed ciążą	Tak	174	55,41
	Nie	140	44,59
Alkohol Obecnie	Tak	15	4,78
	Nie	299	95,22
Czy obecna ciąża jest planowana	Tak	221	70,38
	Nie	93	29,62

N–liczba badanych

Rozdział III Występowanie i czynniki ryzyka objawów lęku i depresji w okresie ciąży w świetle przeprowadzonych badań

1. Występowanie objawów lęku i depresji u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży

W niniejszym podrozdziale zostaną przedstawione wyniki badań dotyczące występowania objawów lęku i depresji w poszczególnych trymestrach ciąży.

1.1 Występowanie objawów lęku u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży

W **pierwszym trymestrze** ciąży 86 (27,4%) kobiet uzyskało dodatni wynik w podskali lęku Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (HADS) (Tabela 7). Przeważał lęk o łagodnym (N=44; 14,0%) i umiarkowanym nasileniu (N=38; 12,1%). Jedynie u 4 (1,3%) badanych kobiet występował lęk o ciężkim nasileniu. Objawy lęku nie występowały u 228 (72,6%) badanych (Tabela 8).

Nieco mniejsza liczba kobiet (N=75; 23,9%) w **drugim trymestrze** uzyskała dodatni wynik w podskali lęku HADS (Tabela 7). Również przeważał lęk o łagodnym (N=52; 16,6%) i umiarkowanym nasileniu (N=20; 6,4%). Jedynie u 3 (0,9%) badanych kobiet występował lęk o ciężkim nasileniu. Nie obserwowano w drugim trymestrze ciąży objawów lękowych u 239 (76,1%) badanych (Tabela 8).

W **trzecim trymestrze ciąży** 29,9% (N=94) badanych uzyskało dodatni wynik w podskali lęku Skali HADS (Tabela 7) Najczęściej był to lęk łagodnym (N=48; 15,3%) i umiarkowanym nasileniu (N=40; 12,8%). Jedynie u 6 (1,9%) badanych kobiet występował lęk o ciężkim nasileniu. Objawy lekowe nie występowały u 220 (70,1%) badanych (Tabela 8).

Największa liczba badanych doświadczyła objawów lękowych w trzecim trymestrze ciąży, najmniejsza w drugim trymestrze ciąży. Średnia punktacja uzyskana

przez badane w podskali lęku HADS wynosiła odpowiednio dla pierwszego, drugiego i trzeciego trymestru: 6,13(\pm 3,44), 5,70(\pm 3,09) oraz 6,30(\pm 3,55) (Tabela. 7).

Tabela 7. Wyniki uzyskane w podskali lęku Skali HADS w poszczególnych trymestrach

Zmienna	Wartość zmiennej	I trymestr		II trymestr		III trymestr		χ^2	p
		N	%	N	%	N	%		
Lęk	brak	228	72,6	239	76,1	220	70,1	27,344	0,000
	występuje	86	27,4	75	23,9	94	29,9		
	średnia	6,13		5,70		6,30			
	SD	3,44		3,09		3,55			

N– liczba badanych

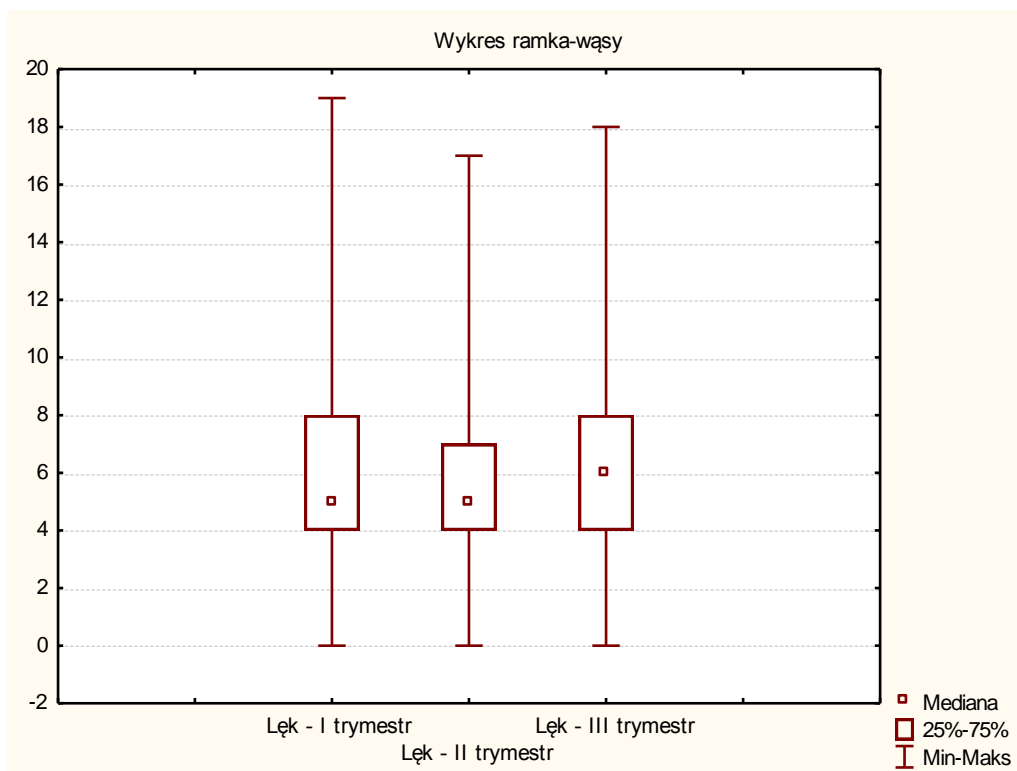
SD–odchylenie standardowe

Tabela 8. Wyniki uzyskane w podskali lęku Skali HADS w poszczególnych trymestrach z uwzględnieniem nasilenia objawów

Zmienna	Wartość zmiennej	I trymestr		II trymestr		III trymestr	
		N	%	N	%	N	%
Lęk	brak	228	72,6	239	76,1	220	70,1
	łagodny	44	14,0	52	16,6	48	15,3
	umiarkowany	38	12,1	20	6,4	40	12,7
	ciężki	4	1,3	3	0,9	6	1,9

N– liczba badanych

Występowanie objawów lęku w poszczególnych trymestrach przedstawiono graficznie na Rycinie 1 (χ^2 ANOVA=27,344; p<0,05).



Rycina 1. Występowanie objawów lęku w poszczególnych trymestrach ciąży

U 15,9 % badanych (N=50) objawy lękowe wystąpiły we wszystkich trzech trymestrach ciąży. 11,5% (N=36) badanych kobiet doświadczyło objawów lęku w dwóch trymestrach, u 10,5% (N=33) objawy lękowe wystąpiły tylko w jednym momencie badania. Warto przy tym zauważyć, że przynajmniej raz objawów lękowych doświadczyło aż 37,9% badanych (N=119) (Tabela 9).

Tabela 9. Liczba kobiet, które uzyskały dodatnie wyniki w podskali lęku Skali HADS odpowiednio w żadnym (0), jednym (1), dwóch (2) lub trzech (3) trymestrach ciąży

Zmienna	T	N	%
Lęk	0	195	62,1
	1	33	10,5
	2	36	11,5
	3	50	15,9

T – liczba trymestrów, w których wystąpiły objawy lękowe u danej kobiety
 N– liczba badanych

1.2 Występowanie objawów depresji u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży

W podskali depresji Skali HADS w **pierwszym trymestrze ciąży** dodatni wynik uzyskało 48 (15,3%) badanych kobiet (Tabela 10). Była to przede wszystkim depresja o nasileniu łagodnym (N=43; 13,7%). Jedynie u 4 (1,3%) badanych występowała depresja o nasileniu umiarkowanym, a u jednej badanej (0,3%) o nasileniu ciężkim. Objawy depresji nie występowały w pierwszym trymestrze ciąży u 266 (84,7%) badanych (Tabela 11).

W drugim trymestrze 40 (12,7%) badanych uzyskało dodatni wynik w podskali depresji Skali HADS (Tabela 10). Przeważała również depresja o nasileniu łagodnym (N=35; 11,1%). Jedynie u 5 (1,6%) kobiet stwierdzono umiarkowane nasilenie depresji. U żadnej z badanych nie występowała ciężka depresja. Nie obserwowano w drugim trymestrze ciąży objawów depresji u 274 (87,3%) badanych (Tabela 11).

W trzecim trymestrze ciąży 14% (N=44) badanych uzyskało dodatni wynik w podskali depresji Skali HADS (Tabela 10). Depresja o nasileniu łagodnym występowała u 35 (11,1%) badanych kobiet, u 8 – depresja o nasileniu umiarkowanym (2,6%), u jednej (0,3%) – o nasileniu ciężkim. Objawy depresji nie występowały u 270 (86,0%) badanych (Tabela 11).

U największej liczby kobiet depresja występowała w pierwszym trymestrze ciąży, u najmniejszej w drugim trymestrze ciąży. Średnia punktacja uzyskana przez badane w podskali depresji HADS wynosiła odpowiednio dla pierwszego, drugiego i trzeciego trymestru: 3,96(±2,89), 3,81(±2,78) oraz 4,12(±2,98) (Tabela 10).

Tabela 10. Wyniki uzyskane w podskali depresji Skali HADS w poszczególnych trymestrach

Zmienna	Wartość zmiennej	I trymestr		II trymestr		III trymestr		χ^2	p
		N	%	N	%	N	%		
Depresja	brak	266	84,7	274	87,3	270	86	9,866	0,007
	występuje	48	15,3	40	12,7	44	14		
	średnia	3,96		3,81		4,12			
	SD	2,89		2,78		2,98			

N– liczba badanych

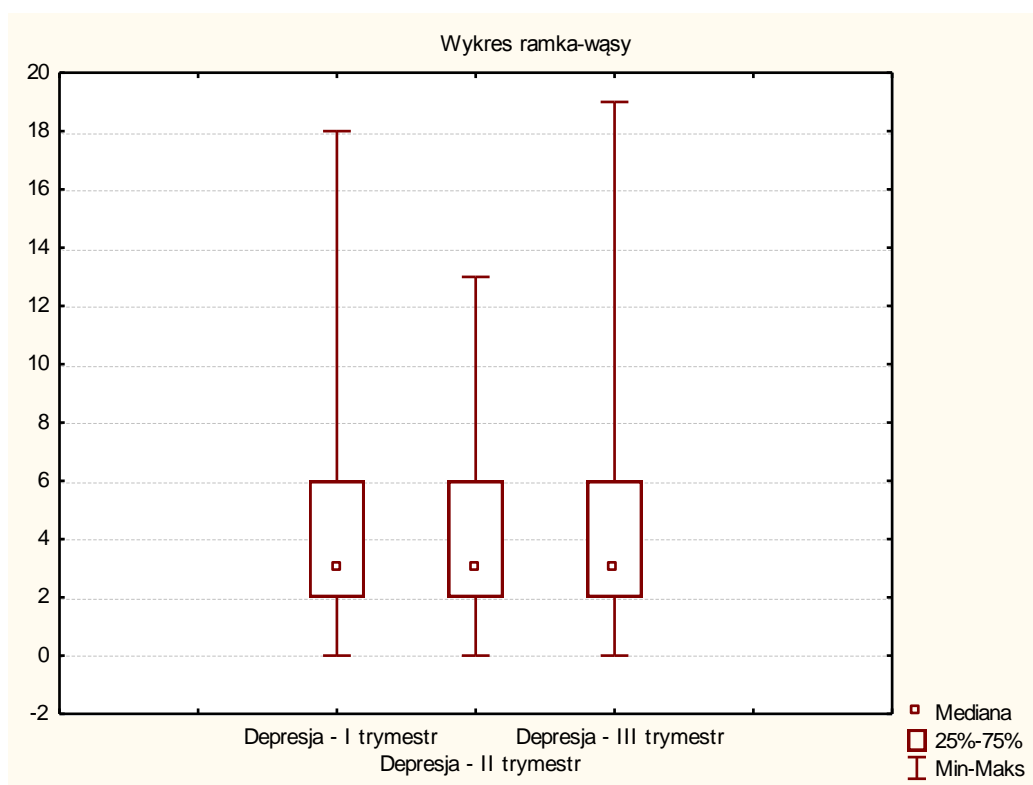
SD–odchylenie standardowe

Tabela 11. Wyniki uzyskane w podskali depresji Skali HADS w poszczególnych trymestrach z uwzględnieniem nasilenia objawów

Zmienna	Wartość zmiennej	I trymestr		II trymestr		III trymestr	
		N	%	N	%	N	%
Depresja	brak	266	84,7	274	87,3	270	86,0
	łagodna	43	13,7	35	11,1	35	11,1
	umiarkowana	4	1,3	5	1,6	8	2,6
	ciężka	1	0,3	0	0,0	1	0,3

N– liczba badanych

Występowanie objawów depresyjnych w poszczególnych trymestrach przedstawiono graficznie na Rycinie 2 (χ^2 ANOVA=9,066; p=0,007).



Rycina 2. Występowanie objawów depresyjnych w poszczególnych trymestrach ciąży

U 3,5 % (N=11) objawy depresyjne wystąpiły we wszystkich trzech trymestrach ciąży. 9,6% badanych (N=30) doświadczyło objawów depresji w dwóch trymestrach, u 12,4% (N=39) objawy depresyjne wystąpiły tylko w jednym momencie badania. Warto przy tym zauważyć, że przynajmniej raz objawów depresji doświadczyło 25,48% badanych (N=80) (Tabela 12).

Tabela 12. Liczba kobiet, które uzyskały dodatnie wyniki w podskali depresji Skali HADS odpowiednio: w żadnym (0), jednym (1), dwóch (2) lub trzech (3) trymestrach ciąży

Zmienna	T	N	%
Depresja	0	234	74,5
	1	39	12,4
	2	30	9,6
	3	11	3,5

T – liczba trymestrów, w których wystąpiły objawy depresji u danej kobiety
N – liczba badanych

Ciekawym wskaźnikiem jest odsetek współwystępowania objawów lęku i depresji w poszczególnych trymestrach. Wynosił on odpowiednio 12,7% (N=40) w pierwszym trymestrze, 10,8% (N=34) w drugim trymestrze i 12,4% (N=39) w trzecim trymestrze ciąży (Tabela 13).

Tabela 13. Częstość współwystępowania objawów lęku i depresji w poszczególnych trymestrach

Zmienna	Wartość zmiennej	I trymestr		II trymestr		III trymestr	
		N	%	N	%	N	%
Lęk+ Depresja	brak	274	87,3	280	89,2	275	87,6
	występuje	40	12,7	34	10,8	39	12,4

N – liczba badanych

2. Lęk jako stan i lęk jako cecha u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży

Następnym etapem pracy była próba charakterystyki lęku występującego w grupie badanej w poszczególnych trymestrach. W tym celu wykorzystano Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI). Budowa Inwentarza opiera się na rozróżnieniu pomiędzy lękiem rozumianym jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki (lęk – stan) a lękiem rozumianym jako względnie stała cecha osobowości (lęk – cecha). (Wrześniewski i wsp., 2006).

W Tabeli 14 przedstawiono średnie wyniki w skalach L-stanu (X-1) i L-cechy (X-2) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) jakie uzyskały badane w poszczególnych trymestrach.

Tabela 14. Wyniki średnie uzyskane w skalach L-stanu i L-cechy Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) w poszczególnych trymestrach z uwzględnieniem wyników surowych i stenowych

Zmienna		I trymestr		II trymestr		III trymestr	
		śr.	SD	śr.	SD	śr.	SD
L-stan (X-1)	wynik surowy	35,17	8,90	34,34	8,44	35,13	9,01
	wynik stenowy	5,19	2,00	4,96	1,89	5,16	1,99
L-cecha (X-2)	wynik surowy	38,67	6,75	37,81	6,59	38,14	7,40
	wynik stenowy	4,26	1,7	4,19	1,73	4,23	1,87

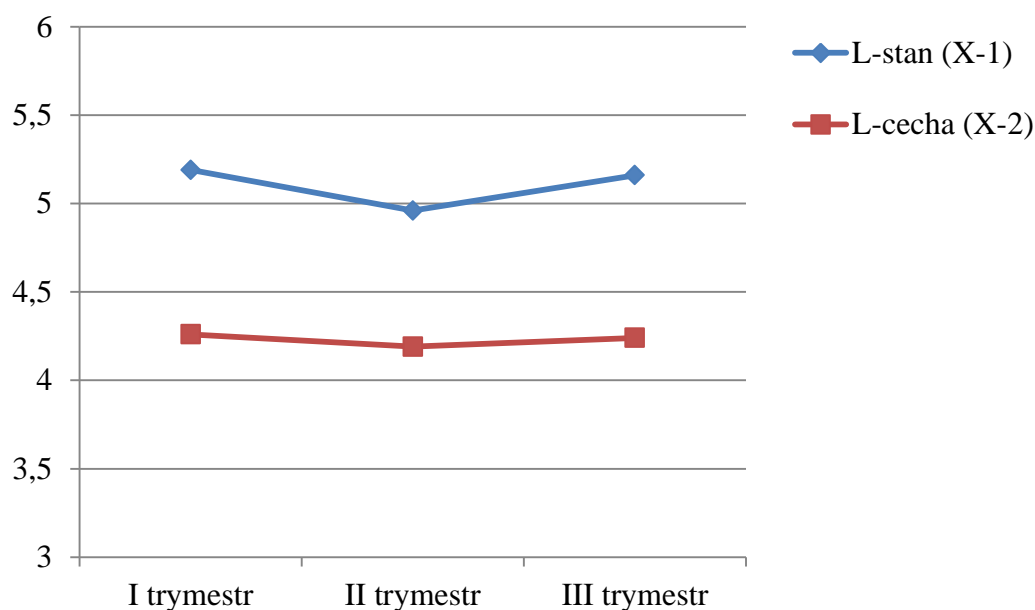
Śr–wynik średni

SD–odchylenie standardowe

Średnia punktacja uzyskana przez badane w skali X-1 (lęk jako stan) wynosiła odpowiednio dla pierwszego, drugiego i trzeciego trymestru: 35,17(±8,90), 34,34(±8,44) oraz 35,13(±9,01).

Średnia punktacja uzyskana przez badane w skali X-2 (lęk jako cecha) wynosiła odpowiednio dla pierwszego, drugiego i trzeciego trymestru: 38,67(±6,75), 37,81(±6,59) oraz 38,14(±7,40).

Graficznie długofalowe występowanie lęku jako stanu i lęku jako cechy w przeliczeniu na normy stenowe przedstawiono na Rycinie 3.



Rycina 3. Średnie wyniki (stenowe) uzyskane przez badane w poszczególnych trymestrach w skalach X-1 i X-2 Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI

W Tabeli 15 przedstawiono wyniki jakie uzyskały badane w skalach X-1 (lęk jako stan) i X-2 (lęk jako cecha) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) w poszczególnych trymestrach. Wyniki surowe zostały przeliczone na steny i tak sten od 1-4 oznacza wynik niski, sten od 5-6 – wynik przeciętny a sten od 7 do 10 – wynik wysoki.

Tabela 15. Rozkład procentowy wyników uzyskanych przez badane kobiety w Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI)

Zmienna	Wynik	I trymestr		II trymestr		III trymestr	
		N	%	N	%	N	%
L-stance (X-1)	niski	117	37,3	129	41,1	121	38,5
	przeciętny	129	41,1	133	42,3	130	41,4
	wysoki	68	21,6	52	16,6	63	20,1
L-cecha (X-2)	niski	173	55,1	173	55,1	179	57,0
	przeciętny	101	32,2	111	35,3	97	30,9
	wysoki	40	12,7	30	9,6	38	12,1

N– liczba badanych

W pierwszym trymestrze ciąży 68 (21,6%) badanych uzyskało wysokie wyniki (7-10 sten) w skali X-1 (lęk jako stan). Wyniki przeciętne (5-6 sten) uzyskało 129 (41,1%) badanych, wyniki niskie (1-4 sten) 117 (37,3%) badanych kobiet.

W drugim trymestrze ciąży 52 (16,6%) badane uzyskały wysokie wyniki (7-10 sten) w skali X-1 (lęk jako stan). Wyniki przeciętne (5-6 sten) uzyskało 42,36% (N=133) badanych, wyniki niskie (1-4) uzyskało 41,08 (N=129)% badanych.

W trzecim trymestrze ciąży 63 (20,1%) badane uzyskały wysokie wyniki (7-10 sten) w skali X-1 (lęk jako stan). Wyniki przeciętne (5-6) uzyskało 130 (41,4%) badanych, wyniki niskie (1-4 sten) uzyskało 121 (38,5%) badanych

40 (12,7%) badanych **w pierwszym trymestrze** uzyskało wysokie wyniki (7-10 sten) w skali X-2 (lęk jako cecha) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI). Wyniki przeciętne (5-6 sten) uzyskało 101 (32,2%), natomiast wyniki niskie (1-4 sten) 173 kobiety, co stanowi 55,1% grupy badanej.

W drugim trymestrze 30 (9,6%) badanych uzyskało wysokie wyniki (7-10 sten) w skali X-2 (lęk jako cecha). Wyniki przeciętne (5-6 sten) uzyskało 111 (35,3%) badanych, wyniki niskie, podobnie jak w pierwszym trymestrze, uzyskały 173 badane.

W trzecim trymestrze ciąży 38 kobiet badanych(12,1%) uzyskało wysokie wyniki (7-10 sten) w skali X-2 (lęk jako cecha). Wyniki przeciętne (5-6 sten) uzyskało 97 badanych (30,9%), wyniki niskie (1-4 sten) 179 kobiet, co stanowi 57,01% (N=179) grupy badanej.

Wysoki wynik w skali lęku jako stanu najczęściej występował w pierwszym trymestrze (21,6%), najrzadziej w drugim trymestrze (16,6%).

Niski wynik w skali lęku jako stanu najczęściej występował w drugim trymestrze (41,1%) a najrzadziej w pierwszym trymestrze (37,3%)

Wysoki wynik w skali lęku jako cechy najczęściej występował w pierwszym trymestrze (12,7%), najrzadziej w drugim trymestrze (9,6%)

Niski wynik w skali lęku jako cechy częściej występował trzecim trymestrze (57,0%) w porównaniu do pierwszego i drugiego trymestru (55,1%) (Tabela 15).

3. Samoocena u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży

W celu określenia samooceny w grupie badanej zastosowano Skalę Samooceny Rosenberga, która jest jednym z najpopularniejszych narzędzi na świecie do badania tej zmiennej.

Badane uzyskały bardzo zbliżone wyniki średnie w Skali Samooceny Rosenberga (SES) w poszczególnych trymestrach ciąży (Tabela 16). Wynosiły one odpowiednio $28,70 \pm 2,74$ w pierwszym trymestrze ciąży, $28,64 \pm 2,83$ w drugim trymestrze ciąży oraz $28,67 \pm 2,74$ w trzecim trymestrze ciąży.

Tabela 16. Wyniki średnie uzyskane przez badane w Skali Samooceny Rosenberga w poszczególnych trymestrach

Zmienna				
	Min	Max	Śr.	SD
SES w I trymestrze	20	40	30,92	3,75
SES w II trymestrze	22	40	30,98	5,05
SES w III trymestrze	17	40	31,04	4,32

Śr–wynik średni
SD–odchylenie standardowe

4. Ocena komunikacji małżeńskiej przez badane w poszczególnych trymestrach ciąży

Za jeden z najistotniejszych czynników psychospołecznych, potencjalnie mogących w istotny sposób wpływać na występowanie objawów lęku i depresji w ciąży uznano jakość komunikacji w małżeństwie. Do oceny zachowań partnera użyto Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej, na który składają się trzy Wymiary: Wsparcie, Zaangażowanie, Deprecjacja.

Wymiar Wsparcie

Wymiar Wsparcia Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) oznacza okazywanie szacunku partnerowi poprzez docenianie jego wysiłków, przejawianie zainteresowania problemami czy potrzebami partnera, a także aktywne uczestnictwo w procesie wspólnego rozwiązywania owych problemów. Troska o partnera przejawiana jest zatem nie tylko w momentach trudnych, ale także w różnych sytuacjach dnia codziennego.

W Tabeli 17 przedstawiono wyniki uzyskane przez badane w Wymiarze Wsparcia KKM w poszczególnych trymestrach.

Tabela 17. Wyniki uzyskane przez badane w Wymiarze Wsparcia Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) w poszczególnych trymestrach

Zmienna	Wartość zmiennej	I trymestr		II trymestr		III trymestr	
		N	%	N	%	N	%
Wymiar Wsparcie KKM	Niski	92	29,3	74	23,6	92	29,3
	Przeciętny	93	29,6	100	31,8	88	28,0
	Wysoki	129	41,1	140	44,6	134	42,7
	Średnia	5,87		6,11		5,96	
	SD	2,09		2,08		2,20	

SD—odchylenie standardowe
N—liczba badanych

W pierwszym trymestrze ciąży 129 badanych (41,1%) uzyskało w Wymiarze Wsparcia Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) wyniki wysokie (7-10 sten), 93 (29,6%) badane uzyskały wyniki przeciętne (5 lub 6 sten), 92 badane (29,3%) wyniki niskie (1-4 sten). Wynika z tego, że najwięcej badanych kobiet w pierwszym trymestrze (41,1%) postrzegало wsparcie ze strony partnera jako wysokie, 29,6% respondentek postrzegало wsparcie jako przeciętne. Na brak wsparcia ze strony partnera wskazało 29,3% badanych.

W drugim trymestrze ciąży 140 (44,6%) badanych uzyskało w Wymiarze Wsparcia KKM wyniki wysokie, 100 (31,8%) badanych uzyskało wyniki przeciętne, 74(23,6%) badane wyniki niskie. Wynika z tego, że najwięcej badanych kobiet w drugim trymestrze (44,6%) postrzegało wsparcie ze strony partnera jako wysokie, 31,8% respondentek postrzegało wsparcie jako przeciętne. Na brak wsparcia ze strony partnera wskazało 23,6% badanych.

W trzecim trymestrze ciąży 134 (42,7%) badane uzyskały w Wymiarze Wsparcia KKM wyniki wysokie, 88 (28,0%) badanych uzyskało wyniki przeciętne, 92 (29,3%) badane wyniki niskie. Wynika z tego, że najwięcej badanych kobiet w trzecim trymestrze (42,7%) postrzegało wsparcie ze strony partnera jako wysokie, 28,0% respondentek postrzegało wsparcie jako przeciętne. Na brak wsparcia ze strony partnera wskazało 29,3% badanych

Podsumowując można stwierdzić, że badane najczęściej otrzymywane wsparcie ze strony partnera oceniły jako wysokie w drugim trymestrze ciąży, najrzadziej udzieliły takiej odpowiedzi w pierwszym trymestrze ciąży. Na brak wsparcia ze strony partnera wskazywały częściej w pierwszym i trzecim trymestrze niż w drugim trymestrze.

Wymiar Zaangażowanie

Wymiar Zaangażowanie oznacza umiejętność tworzenia atmosfery wzajemnego zrozumienia i bliskości w związku poprzez okazywanie sobie uczuć, podkreślanie wyjątkowości i ważności partnera, urozmaicenie rutyny dnia codziennego oraz zapobieganie konfliktom w związku.

W Tabeli 18 przedstawiono wyniki uzyskane przez badane w Wymiarze Zaangażowania KKM w poszczególnych trymestrach.

W pierwszym trymestrze ciąży 181 badanych (57,7%) ciąży uzyskało w Wymiarze Zaangażowania Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) wyniki wysokie (7–10 sten), 83(26,4%) badane uzyskały wyniki przeciętne (5 lub 6 sten), 50 badanych (15,9%) wyniki niskie (1–4 sten). Wynika z tego, że najwięcej badanych kobiet w pierwszym trymestrze (57,7%) wskazało na wysoką otwartość ze strony partnera, 26,4% respondentek oceniło otwartość partnera jako przeciętną. Na brak otwartości ze strony partnera wskazało 15,9% badanych.

Tabela 18. Wyniki uzyskane przez badane w Wymiarze Zaangażowania Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) w poszczególnych trymestrach

Zmienna	Wartość zmiennej	I trymestr		II trymestr		III trymestr	
		N	%	N	%	N	%
Wymiar Zaangażowanie KKM	Niski	50	15,9	44	14,0	58	18,5
	Przeciętny	83	26,4	75	23,9	78	24,8
	Wysoki	181	57,7	195	62,1	178	56,7
	Średnia	6,49		6,59		6,41	
	SD	1,99		2,01		2,09	

SD– odchylenie standardowe
N– liczba badanych

W drugim trymestrze ciąży 195 (62,1%) badanych uzyskało w Wymiarze Zaangażowania KKM wyniki wysokie, 119 (23,9%) badanych uzyskało wyniki przeciętne, 44 (14,0%) badane wyniki niskie. Wynika z tego, że najwięcej badanych kobiet w drugim trymestrze (62,1%) wskazało na wysoką otwartość ze strony partnera, 23,9% respondentek oceniło otwartość partnera jako przeciętną. Na brak otwartości ze strony partnera wskazało 14,0% badanych.

W trzecim trymestrze ciąży 178 (56,7%) badanych uzyskało w Wymiarze Zaangażowania KKM wyniki wysokie, 136 (24,8%) badanych uzyskało wyniki przeciętne, 58 (18,5%) badanych wyniki niskie. Wynika z tego, że najwięcej badanych kobiet w trzecim trymestrze (56,7%) wskazało na wysoką otwartość ze strony partnera, 24,8% respondentek oceniło otwartość partnera jako przeciętną. Na brak otwartości ze strony partnera wskazało 18,5% badanych.

Podsumowując, należy zwrócić uwagę, że badane najrzadziej wskazywały na brak otwartości ze strony partnera w drugim trymestrze, najczęściej udzielały takiej odpowiedzi w trzecim trymestrze ciąży. Najczęściej na wysoką otwartość ze strony partnera wskazywały w drugim trymestrze, najrzadziej w trzecim trymestrze.

Wymiar Deprecjacja

Wymiar Deprecjacja oznacza przejawianie agresji wobec partnera, chęć zdominowania i kontrolowania jego działań, brak poszanowania godności partnera.

W Tabeli 19 przedstawiono wyniki uzyskane przez badane w Wymiarze Deprecjacji KKM w poszczególnych trymestrach.

Tabela 19. Wyniki uzyskane przez badane w wymiarze Wsparcie Deprecjacja Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) w poszczególnych trymestrach

Zmienna	Wartość zmiennej	I trymestr		II trymestr		III trymestr	
		N	%	N	%	N	%
Wymiar Deprecjacja KKM	Niski	227	72,3	227	72,3	225	71,7
	Przeciętny	51	16,2	54	17,2	58	18,5
	Wysoki	36	11,5	33	10,5	31	9,8
	Średnia	3,74		3,76		3,78	
	SD	2,04		2,04		2,02	

SD–odchylenie standardowe

N–liczba badanych

W pierwszym trymestrze ciąży 36 badanych (11,5%) ciąży uzyskało w Wymiarze Deprecjacji Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) wyniki wysokie (7–10 sten), 51 (16,2%) badanych uzyskało wyniki przeciętne (5 lub 6 sten), 227 badanych (72,3%) wyniki niskie (1-4 sten). Wynika z tego, że najwięcej badanych kobiet w pierwszym trymestrze (72,3%) wskazało na brak skłonności deprecjonowania przez partnera, 16,2% respondentek oceniło skłonność deprecjonowania przez partnera jako przeciętną. Na wysoką skłonność do deprecjonowania przez partnera wskazało 11,5% badanych.

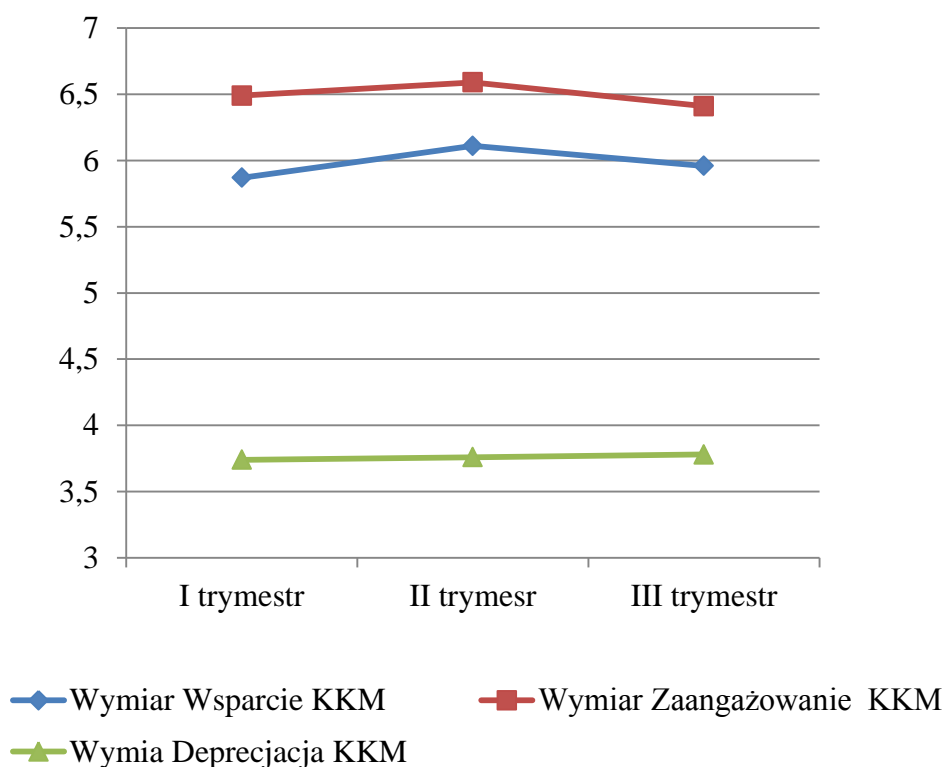
W drugim trymestrze ciąży 33 (10,5%) badane uzyskały w Wymiarze Deprecjacji KKM wyniki wysokie, 54 (17,2%) badane uzyskały wyniki przeciętne, 227 (72,3%) badanych wyniki niskie. Wynika z tego, że najwięcej badanych kobiet w drugim trymestrze (72,3%) wskazało na brak skłonności deprecjonowania przez partnera, 17,2% respondentek oceniło skłonność deprecjonowania przez partnera jako przeciętną. Na wysoką skłonność do deprecjonowania przez partnera wskazało 10,5% badanych.

W trzecim trymestrze ciąży 31 (9,8%) badanych ciąży uzyskało w Wymiarze Deprecjacji KKM wyniki wysokie, 58 (18,5%) badanych uzyskało wyniki przeciętne, 225 (71,7%) badanych wyniki niskie. Wynika z tego, że najwięcej badanych kobiet

w trzecim trymestrze (71,7%) wskazało na brak skłonności deprecjonowania przez partnera, 18,5% respondentek oceniło skłonność deprecjonowania przez partnera jako przeciętną. Na wysoką skłonność do deprecjonowania przez partnera wskazało 9,8% badanych.

Z powyższej analizy wynika, że badane najczęściej wskazywały na poczucie bycia deprecjonowaną przez partnera w pierwszym trymestrze a najrzadziej w trzecim trymestrze ciąży. Na brak poczucia bycia deprecjonowaną w każdym momencie badania wskazywała bardzo podobna liczba kobiet, odpowiednio 227 (72,3%) w pierwszym, 227 (72,3%) w drugim oraz 225 (71,7%) w trzecim trymestrze.

W tabelach 16, 17, 18 umieszczono ponadto średnie wyniki (stenowe) jakie uzyskały badane we wszystkich trzech Wymiarach Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) w poszczególnych trymestrach ciąży. Zbiorczo zostało to przedstawione graficznie na Rycinie 4.



Rycina 4. Średnie wyniki (stenowe) uzyskane przez badane w trzech trymestrach w poszczególnych Wymiarach Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM)

Dla Wymiarów Wsparcia i Zaangażowania najwyższe średnie wyniki uzyskano w drugim trymestrze, odpowiednio $6,11 \pm 2,08$ i $6,59 \pm 2,01$. Najniższy średni wynik w Wymiarze Wsparcia uzyskano w pierwszym trymestrze ($5,87 \pm 2,09$), a w Wymiarze Zaangażowanie w trzecim trymestrze ($6,41 \pm 2,09$). Wyniki średnie uzyskane przez badane w Wymiarze Deprecjacji były bardzo zbliżone w poszczególnych trymestrach ciąży. Wynosiły odpowiednio $3,74 \pm 2,04$ w pierwszym, $3,76 \pm 2,04$ w drugim i $3,78 \pm 2,02$ w trzecim trymestrze.

5. Ocena wsparcia społecznego przez badane w poszczególnych trymestrach ciąży

Do oceny wsparcia społecznego w niniejszym badaniu użyto Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS), które zawierają następujące skale: skalę dostępnego wsparcia postrzeganego, skalę zapotrzebowania na wsparcie, skalę poszukiwania wsparcia, skalę wsparcia otrzymywanego oraz skalę wsparcia ochraniającego

W Tabelach 20, 21 i 22 przedstawiono wyniki jakie uzyskały badane w Berlińskich Skalach Wsparcia Społecznego w pierwszym, drugim i trzecim trymestrze ciąży.

Tabela 20. Wyniki uzyskane przez badane w Berlińskich Skalach Wsparcia Społecznego (BSSS) w pierwszym trymestrze

Zmienna	I trymestr			
	Min	Max	Śr.	SD
Wsparcie Dostępne Postrzegane	20	32	28,70	2,74
Zapotrzebowanie na Wsparcie	7	16	12,33	1,99
Poszukiwanie Wsparcia	8	20	14,62	2,32
Aktualnie Otrzymywane Wsparcie	24	60	53,25	6,57
Wsparcie Ochraniające	6	24	12,45	3,18

Śr–wynik średni

SD–odchylenie standardowe

Tabela 21. Wyniki uzyskane przez badane w Berlińskich Skalach Wsparcia Społecznego (BSSS) w drugim trymestrze

Zmienna	II trymestr			
	Min	Max	Śr.	SD
Wsparcie Dostępne Postrzegane	18	32	28,64	2,83
Zapotrzebowanie na Wsparcie	7	16	12,21	1,86
Poszukiwanie Wsparcia	8	20	14,60	2,11
Aktualnie Otrzymywane Wsparcie	26	60	53,10	6,67
Wsparcie Ochraniające	6,00	24	12,19	2,96

Śr–wynik średni

SD–odchylenie standardowe

Tabela 22. Wyniki uzyskane przez badane w Berlińskich Skalach Wsparcia Społecznego (BSSS) w trzecim trymestrze

Zmienna	III trymestr			
	Min	Max	Śr.	SD
Wsparcie Dostępne Postrzegane	20	32	28,67	2,74
Zapotrzebowanie na Wsparcie	7	16	12,20	1,96
Poszukiwanie Wsparcia	8	20	14,51	2,29
Aktualnie Otrzymywane Wsparcie	24	60	52,61	6,82
Wsparcie Ochraniające	6	24	12,33	3,10

Śr–wynik średni

SD–odchylenie standardowe

Badane uzyskały bardzo zbliżone wyniki średnie w Skali Wsparcie Dostępne Postrzegane w poszczególnych trymestrach ciąży, wyniki wynosiły odpowiednio 28,70 ±2,74 w pierwszym trymestrze ciąży, 28,64±2,83 w drugim trymestrze ciąży oraz 28,67±2,74 w trzecim trymestrze ciąży.

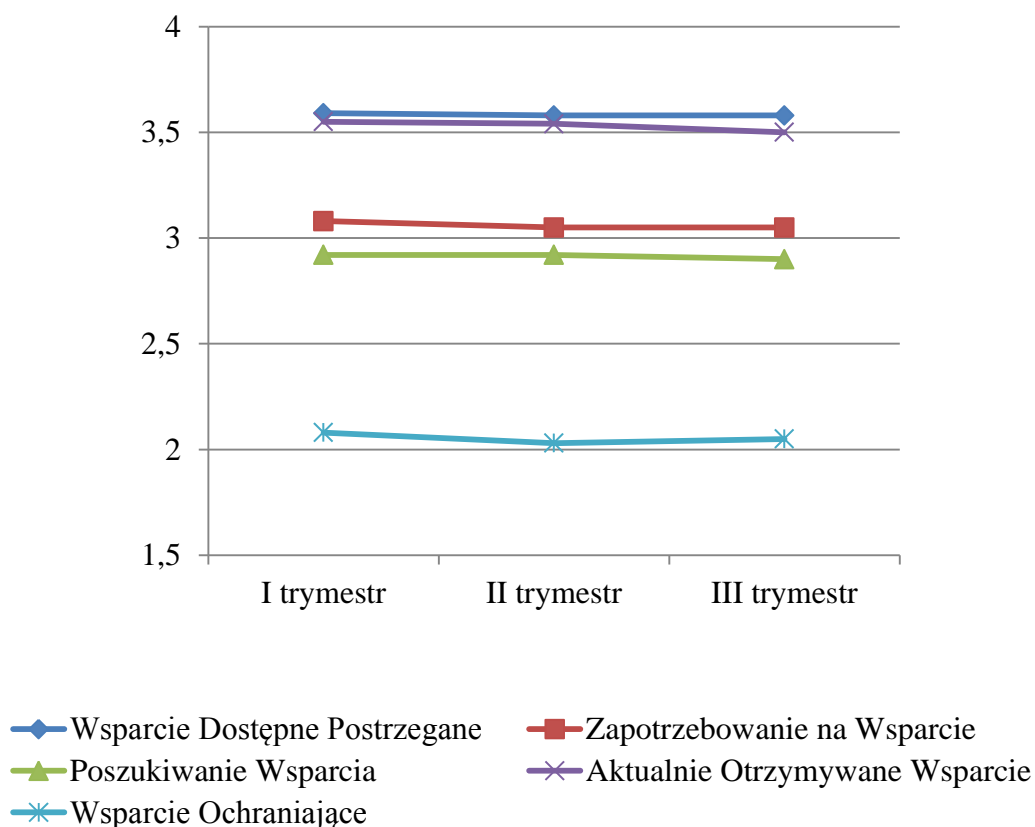
Średnie wyniki w Skali Zapotrzebowania na wsparcie były również bardzo zbliżone podobnie jak wyniki w Skali Poszukiwania Wsparcia. Średni wynik w Skali Zapotrzebowania na wsparcie wynosił odpowiednio 12,33±1,99 w pierwszym trymestrze,

12,21±1,86 w drugim i 12,20±1,96 w trzecim trymestrze ciąży. Średni wynik dla Skali Poszukiwania wsparcia wynosił odpowiednio 14,62±2,32 w pierwszym trymestrze, 14,60±2,11) w drugim i 14,51±2,29 w trzecim trymestrze ciąży.

Kobiety nie różniły się również istotnie odnośnie uzyskanego średniego wyniku w Skali Aktualnie otrzymywanego wsparcia w pierwszym i drugim trymestrze. Średnie wyniki w tej skali wynosiły odpowiednio: 53,25±6,57 w pierwszym i 53,10±6,67 w drugim trymestrze. Niższy wynik średni 52,61±6,82 badane uzyskały w tej skali w trzecim trymestrze.

Najniższy średni wynik w Skali Wsparcia ochraniającego badane uzyskały w drugim trymestrze 12,19±2,96, największy w pierwszym trymestrze 12,45± 3,18.

Zbiorczo wyniki przedstawiono graficznie na rycinie 5, na której zauważalny jest stały trend odnośnie różnych domen wsparcia społecznego obserwowany w czasie trwania ciąży.



Rycina 5. Porównanie wyników uzyskanych przez badane w trzech trymestrach w Berlińskich Skalach Wsparcia Społecznego.

6. Zależność między nasileniem objawów lękowych a nasileniem objawów depresyjnych u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży

Oceniono korelacje wyników uzyskanych przez badane w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach.

Stwierdzono istotne statystycznie dodatnie korelacje (Tabela 23) między wynikami w podskali lęku HADS w pierwszym trymestrze i drugim trymestrze ($p < 0,05$), między wynikami w podskali lęku HADS w pierwszym i trzecim trymestrze ($p < 0,05$) oraz wynikami w podskali lęku HADS w drugim i trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Można więc przyjąć, że większe nasilenie objawów lęku w pierwszym trymestrze u badanych wiązało się z większym nasileniem objawów lęku w drugim i trzecim trymestrze, przy czym najsilniejszy związek obserwowano między objawami lęku w pierwszym trymestrze a objawami lęku w trzecim trymestrze.

Tabela 23. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach ciąży

	Lęk w I trymestrze	Lęk w II trymestrze	Lęk w III trymestrze
Lęk w I trymestrze	1,00	0,75*	0,79*
Lęk w II trymestrze	0,75*	1,00	0,63*
Lęk w III trymestrze	0,79*	0,63*	1,00

* $p < 0,05$

Następnie oceniano korelacje wyników uzyskanych przez badane w podskali depresji HADS w poszczególnych trymestrach.

Stwierdzono istotne statystycznie dodatnie korelacje (Tabela 24) między wynikami w podskali depresji HADS w pierwszym trymestrze i drugim trymestrze ($p < 0,05$), wynikami w podskali depresji HADS w pierwszym i trzecim trymestrze ($p < 0,05$) oraz wynikami w podskali depresji HADS w drugim i trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Można więc przyjąć, że większe nasilenie objawów depresji w pierwszym trymestrze u badanych wiązało się z większym nasileniem objawów depresji w drugim

i trzecim trymestrze, przy czym najsilniejszy związek obserwowano między objawami depresji w pierwszym trymestrze a depresją w trzecim trymestrze.

Tabela 24. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach ciąży

	Depresja w I trymestrze	Depresja w II trymestrze	Depresja w III trymestrze
Depresja w I trymestrze	1,00	0,73*	0,71*
Depresja w II trymestrze	0,73*	1,00	0,64*
Depresja w III trymestrze	0,71*	0,64*	1,00

* p<0,05

Kolejnym etapem była ocena korelacji między nasileniem objawów lękowych a nasileniem objawów depresyjnych w poszczególnych trymestrach w grupie badanej.

Stwierdzono istotne statystycznie dodatnie korelacje (Tabela 25) między wynikami w podskali lęku HADS w pierwszym trymestrze i wynikami w skali depresji HADS w pierwszym trymestrze (p<0,05), wynikami w podskali lęku HADS w pierwszym trymestrze a wynikami w skali depresji HADS w drugim (p<0,05) i w lęku HADS w drugim i trzecim trymestrze.

Tabela 25. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami w skali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) a wynikami w skali depresji HADS w poszczególnych trymestrach ciąży

	Depresja w I trymestrze	Depresja w II trymestrze	Depresja w III trymestrze
Lęk w I trymestrze	0,76*	0,56*	0,59*
Lęk w II trymestrze	0,59*	0,71*	0,49*
Lęk w III trymestrze	0,60*	0,49*	0,74*

* p<0,05

Wyniki w skali lęku HADS w drugim trymestrze korelowały dodatnio z wynikami w skali depresji HADS w drugim ($p < 0,05$) i trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Wyniki w podskali lęku HADS w trzecim trymestrze korelowały dodatnio z wynikami w podskali depresji HADS trzecim trymestrze ($p < 0,05$).

Można więc przyjąć, że większe nasilenie objawów lęku w pierwszym trymestrze u badanych wiązało się z większym nasileniem objawów depresji w pierwszym, drugim i trzecim trymestrze. Większe nasilenie objawów lęku w drugim trymestrze wiązało się z większym nasileniem objawów depresji w drugim i trzecim trymestrze. Większe nasilenie objawów lęku w trzecim trymestrze wiązało się z większym nasileniem objawów depresji w trzecim trymestrze. Przy czym najsilniejsze związki obserwowano między objawami lęku i depresji w pierwszym trymestrze i w trzecim trymestrze.

7. Związek czynników psychospołecznych z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży

Za potencjalnie istotne czynniki psychospołeczne, które mogą w istotny sposób korelować z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych w okresie ciąży przyjęto lęk jako stan, lęk jako cechę, samoocenę, komunikację w związku małżeńskim oraz wsparcie społeczne.

7.1 Związek czynników psychospołecznych z nasileniem objawów lękowych u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży

Lęk jako stan i lęk jako cecha a nasilenie objawów lękowych u badanych w poszczególnych trymestrach ciąży

Oceniano korelację nasilenia objawów lękowych z wynikami uzyskanymi przez badane w skali lęku jako stanu (X-1) Inwentarza STAI w poszczególnych trymestrach ciąży.

Stwierdzono istotne statystycznie dodatnie korelacje (Tabela 26) między wynikami w podskali lęku HADS w pierwszym trymestrze i wynikami w skali lęku jako

stanu Inwentarza STAI w pierwszym trymestrze ($p < 0,05$), wynikami w podskali lęku HADS w pierwszym trymestrze a wynikami w skali lęku jako stanu Inwentarza STAI w drugim ($p < 0,05$) i trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Podobne korelacje stwierdzono dla wyników w podskali lęku HADS w drugim i trzecim trymestrze. Wyniki w podskali lęku HADS w drugim trymestrze korelowały dodatnio z wynikami w skali lęku jako stanu Inwentarza STAI w drugim ($p < 0,05$) i trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Wyniki w podskali lęku HADS w trzecim trymestrze korelowały dodatnio z wynikami w skali lęku jako stanu Inwentarza STAI w trzecim trymestrze ($p < 0,05$).

Tabela 26. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) a wynikami w skali X-1 (L-stan) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) w poszczególnych trymestrach ciąży

	L-stan w I trymestrze	L-stan w II trymestrze	L-stan w III trymestrze
Lęk w I trymestrze	0,66*	0,54*	0,59*
Lęk w II trymestrze	0,49*	0,66*	0,46*
Lęk w III trymestrze	0,56*	0,47*	0,70*

* $p < 0,05$

Można więc przyjąć, że większe nasilenie objawów lękowych u badanych w pierwszym trymestrze wiązało się z większym nasileniem lęku jako stanu w pierwszym, drugim i trzecim trymestrze. Większe nasilenie objawów lękowych w drugim trymestrze wiązało się z większym nasileniem lęku jako stanu w drugim i trzecim trymestrze. Większe nasilenie objawów lękowych w trzecim trymestrze wiązało się z większym nasileniem lęku jako stanu w trzecim trymestrze. Najsilniejszy związek obserwowano między badanymi zmiennymi w trzecim trymestrze.

Następnie oceniono korelację nasilenia objawów lękowych u badanych z wynikami uzyskanymi przez nie w skali X-2 (lęk jako cecha) Inwentarza STAI w poszczególnych trymestrach ciąży.

Stwierdzono istotne statystycznie (Tabela 27) dodatnie korelacje między wynikami w podskali lęku HADS w pierwszym trymestrze a wynikami w skali lęku

jako cechy Inwentarza STAI w pierwszym trymestrze ($p < 0,05$), wynikami w podskali lęku HADS w pierwszym trymestrze a wynikami w skali lęku jako cechy Inwentarza STAI w drugim ($p < 0,05$) i trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Podobne korelacje stwierdzono dla wyników w podskali lęku HADS w drugim i trzecim trymestrze. Wyniki w podskali lęku HADS w drugim trymestrze korelowały dodatnio z wynikami w skali lęku jako cechy Inwentarza STAI w drugim ($p < 0,05$) i trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Wyniki w podskali lęku HADS w trzecim trymestrze korelowały dodatnio z wynikami w skali lęku jako cechy Inwentarza STAI w trzecim trymestrze ($p < 0,05$).

Tabela 27. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami w skali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) a wynikami w skali X-2 (L-cecha) STAI Inwentarza Stanu i Cechy Lęku w poszczególnych trymestrach ciąży

	L-cecha w I trymestrze	L-cecha w II trymestrze	L-cecha w III trymestrze
Lęk w I trymestrze	0,70*	0,58*	0,58*
Lęk w II trymestrze	0,59*	0,63*	0,42*
Lęk w III trymestrze	0,59*	0,48*	0,66*

* $p < 0,05$

Można więc przyjąć, że większe nasilenie objawów lękowych u badanych w pierwszym trymestrze wiązało się z większym nasileniem lęku jako cechy w pierwszym, drugim i trzecim trymestrze. Większe nasilenie objawów lękowych w drugim trymestrze wiązało się z większym nasileniem lęku jako cechy w drugim i trzecim trymestrze. Większe nasilenie objawów lękowych w trzecim trymestrze wiązało się z większym nasileniem lęku jako cechy w trzecim trymestrze. Najsilniejszy związek obserwowano między badanymi zmiennymi w pierwszym trymestrze.

Samooocena a nasilenie objawów lękowych u badanych w poszczególnych trymestrach ciąży

Oceniano korelację nasilenia objawów lękowych u badanych z wynikami uzyskanymi przez nie w Skali Samooceny Rosenberga (SES) w poszczególnych trymestrach ciąży.

Stwierdzono istotne statystycznie (Tabela 28) ujemne korelacje między wynikami w Skali Samooceny Rosenberga (SES) w pierwszym trymestrze a wynikami w podskali lęku HADS w pierwszym trymestrze ($p < 0,05$), w drugim trymestrze ($p < 0,05$) i w trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Podobne korelacje stwierdzono dla wyników w Skali Samooceny Rosenberga (SES) w drugim i trzecim trymestrze. Wyniki uzyskane przez badane w Skali Samooceny Rosenberga (SES) w drugim trymestrze korelowały ujemnie z wynikami w podskali lęku HADS w drugim ($p < 0,05$) i trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Wyniki uzyskane przez badane w Skali Samooceny Rosenberga (SES) w trzecim trymestrze korelowały ujemnie z wynikami w podskali lęku HADS w trzecim trymestrze ($p < 0,05$).

Tabela 28. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami w Skali Samooceny Rosenberga (SES) a wynikami w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach ciąży

	Lęk w I trymestrze	Lęk w II trymestrze	Lęk w III trymestrze
SES I trymestr	-0,41*	-0,28*	-0,35*
SES II trymestr	-0,39*	-0,35*	-0,37*
SES III trymestr	-0,43*	-0,41*	-0,44*

* $p < 0,05$

Można więc przyjąć, że wyższa samoocena w pierwszym trymestrze korelowała z mniejszym nasileniem objawów lękowych zarówno w pierwszym, drugim jak i trzecim trymestrze. Większa samoocena w drugim trymestrze wiązała się z mniejszym nasileniem objawów lękowych w drugim i trzecim trymestrze. Wyższa samoocena w trzecim trymestrze wiązała się z mniejszym nasileniem objawów lękowych w trzecim

trymestrze. Najsilniejszy związek między badanymi zmiennymi obserwowano w trzecim trymestrze

Komunikacja małżeńska a nasilenie objawów lękowych u badanych w poszczególnych trymestrach ciąży

Następnie oceniono korelację nasilenia objawów lękowych u badanych z wynikami uzyskanymi przez nie w Kwestionariuszu Komunikacji Małżeńskiej (Wymiar Wsparcie, Wymiar Zaangażowanie, Wymiar Deprecjacja).

Stwierdzono istotne statystycznie (Tabela 29) ujemne korelacje między Wymiarem Wsparcie Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) w pierwszym trymestrze a wynikami w podskali lęku HADS w pierwszym trymestrze ($p < 0,05$), w drugim trymestrze ($p < 0,05$) i w trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Podobne korelacje stwierdzono dla Wymiaru Wsparcia KKM w drugim i trzecim trymestrze. Wyniki uzyskane przez badane w Wymiarze Wsparcia KKM w drugim trymestrze korelowały ujemnie z wynikami w podskali lęku HADS w drugim ($p < 0,05$) i trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Wyniki uzyskane przez badane w Wymiarze Wsparcia KKM w trzecim trymestrze korelowały ujemnie z wynikami w podskali lęku HADS w trzecim trymestrze ($p < 0,05$).

Tabela 29. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami Wymiaru Wsparcie Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej KKM a wynikami w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach ciąży

	Lęk w I trymestrze	Lęk w II trymestrze	Lęk w III trymestrze
Wsparcie KKM w I trymestrze	-0,28*	-0,19*	-0,29*
Wsparcie KKM w II trymestrze	-0,23*	-0,31*	-0,26*
Wsparcie KKM w III trymestrze	-0,22*	-0,11*	-0,34*

* $p < 0,05$

Można więc przyjąć, że wyższa ocena wsparcia otrzymywanego ze strony partnera w pierwszym trymestrze wiązała się z mniejszym nasileniem objawów lękowych

zarówno w pierwszym, drugim jak i trzecim trymestrze. Wyższa ocena wsparcia otrzymywanego ze strony partnera w drugim trymestrze wiązała się z mniejszym nasileniem objawów lękowych w drugim i trzecim trymestrze. Wyższa ocena wsparcia otrzymywanego ze strony partnera w trzecim trymestrze wiązała się z mniejszym nasileniem objawów lękowych w trzecim trymestrze. Przy czym najsilniejsza korelacja występowała między oceną wsparcia a nasileniem objawów lękowych w trzecim trymestrze.

Następnie oceniano korelację nasilenia objawów lękowych u badanych z wynikami uzyskanymi przez nie w Wymiarze Zaangażowania Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM).

Stwierdzono istotne statystycznie (Tabela 30) ujemne korelacje między wynikami w Wymiarze Zaangażowania Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) w pierwszym trymestrze a wynikami w podskali lęku HADS w pierwszym trymestrze ($p < 0,05$), w drugim trymestrze ($p < 0,05$) i w trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Podobne korelacje stwierdzono dla Wymiaru Zaangażowania KKM w drugim i trzecim trymestrze.

Tabela 30. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami Wymiaru Zaangażowanie Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) a wynikami w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach ciąży

	Lęk w I trymestrze	Lęk w II trymestrze	Lęk w III trymestrze
Zaangażowanie KKM w I trymestrze	-0,32*	-0,22*	-0,29*
Zaangażowanie KKM w II trymestrze	-0,32*	-0,32*	-0,31*
Zaangażowanie KKM w III trymestrze	-0,26*	-0,17*	-0,35*

* $p < 0,05$

Wyniki uzyskane przez badane w Wymiarze Zaangażowania KKM w drugim trymestrze korelowały ujemnie z wynikami w podskali lęku HADS w drugim ($p<0,05$) i trzecim trymestrze ($p<0,05$). Wyniki uzyskane przez badane w Wymiarze Zaangażowania KKM w trzecim trymestrze korelowały ujemnie z wynikami w podskali lęku HADS w trzecim trymestrze ($p<0,05$).

Można więc przyjąć, że wyższa ocena zaangażowania ze strony partnera w pierwszym trymestrze wiązała się z mniejszym nasileniem objawów lękowych zarówno w pierwszym, drugim jak i trzecim trymestrze. Wyższa ocena zaangażowania ze strony partnera w drugim trymestrze wiązała się z mniejszym nasileniem objawów lękowych w drugim i trzecim trymestrze. Wyższa ocena zaangażowania ze strony partnera w trzecim trymestrze wiązała się z mniejszym nasileniem objawów lękowych w trzecim trymestrze. Najsilniejszą korelację między oceną zaangażowania ze strony partnera a lękiem zaobserwowano w trzecim trymestrze ciąży.

Następnie oceniano korelację nasilenia objawów lękowych u badanych z wynikami uzyskanymi przez nie w Wymiarze Deprecjacji Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM).

Stwierdzono istotne statystycznie (Tabela 31) dodatnie korelacje między wymiarem Deprecjacji Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) w pierwszym trymestrze a wynikami w podskali lęku HADS w pierwszym trymestrze ($p<0,05$), w drugim trymestrze ($p<0,05$) i w trzecim trymestrze ($p<0,05$). Podobne korelacje stwierdzono dla Wymiaru Deprecjacji KKM w drugim i trzecim trymestrze. Wyniki uzyskane przez badane w Wymiarze Deprecjacji KKM w drugim trymestrze korelowały dodatnio z wynikami w podskali lęku HADS w drugim ($p<0,05$) i trzecim trymestrze ($p<0,05$). Wyniki uzyskane przez badane w Wymiarze Deprecjacji KKM w trzecim trymestrze korelowały dodatnio z wynikami w podskali lęku HADS w trzecim trymestrze ($p<0,05$).

Można więc przyjąć, że wyższa ocena deprecjacji ze strony partnera w pierwszym trymestrze korelowała z większym nasileniem objawów lękowych zarówno w pierwszym, drugim jak i trzecim trymestrze. Wyższa ocena deprecjacji ze strony partnera w drugim trymestrze wiązała się z większym nasileniem objawów lękowych w drugim i trzecim trymestrze. Wyższa ocena deprecjacji ze strony partnera w trzecim trymestrze wiązała się z większym nasileniem objawów lękowych

w trzecim trymestrze. Najsilniejszy związek między badanymi zmiennymi obserwowano w drugim trymestrze .

Tabela 31. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami Wymiaru Deprecjacji Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) a wynikami w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach ciąży

	Lęk w I trymestrze	Lęk w II trymestrze	Lęk w III trymestrze
Deprecjacja KKM w I trymestrze	0,17*	0,08	0,13*
Deprecjacja KKM w II trymestrze	0,19*	0,18*	0,19*
Deprecjacja KKM w III trymestrze	0,12*	0,07	0,16*

*p<0,05

Wsparcie społeczne a nasilenie objawów lękowych u badanych w poszczególnych trymestrach

Oceniono korelację wyników uzyskanych przez badane w Berlińskich Skalach Wsparcia Społecznego (BSSS) z nasileniem objawów lękowych w poszczególnych trymestrach ciąży.

Stwierdzono istotne statystycznie (Tabela 32) ujemne korelacje między Skalą Wsparcia Dostępnego Postrzeganego BSSS w pierwszym trymestrze a wynikami w podskali lęku HADS w pierwszym trymestrze (p<0,05), w drugim trymestrze (p<0,05) i w trzecim trymestrze (p<0,05). Podobne korelacje stwierdzono dla wyników w Skali Wsparcia Dostępnego Postrzeganego BSSS w drugim i trzecim trymestrze. Wyniki uzyskane przez badane w Skali Wsparcia Dostępnego Postrzeganego BSSS w drugim trymestrze korelowały ujemnie z wynikami w podskali lęku HADS w drugim (p<0,05) i trzecim trymestrze (p<0,05). Wyniki uzyskane przez badane w Skali Wsparcia Dostępnego Postrzeganego BSSS w trzecim trymestrze korelowały ujemnie z wynikami w podskali lęku HADS w trzecim trymestrze (p<0,05).

Tabela 32. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami Skali Wsparcie Dostępne Postrzegane Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS) a wynikami w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach ciąży

	Lęk w I trymestrze	Lęk w II trymestrze	Lęk w III trymestrze
Wsparcie Dostępne Postrzegane I trymestr	-0,22*	-0,14*	-0,25*
Wsparcie Dostępne Postrzegane II trymestr	-0,19*	-0,28*	-0,24*
Wsparcie Dostępne Postrzegane III trymestr	-0,29*	-0,16*	-0,32*

* p<0,05

Można więc przyjąć, że większe postrzegane dostępne wsparcie w pierwszym trymestrze korelowało z mniejszym nasileniem objawów lękowych zarówno w pierwszym, drugim jak i trzecim trymestrze. Większe postrzegane dostępne wsparcie w drugim trymestrze wiązało się z mniejszym nasileniem objawów lękowych w drugim i trzecim trymestrze. Większe postrzegane dostępne wsparcie w trzecim trymestrze wiązało się z mniejszym nasileniem objawów lękowych w trzecim trymestrze. Najsilniejszy związek między badanymi zmiennymi obserwowano w trzecim trymestrze.

Następnie oceniano korelację nasilenia objawów lękowych u badanych z wynikami uzyskanymi przez nie w Skali Zapotrzebowania na Wsparcie Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS).

Stwierdzono istotne statystycznie (Tabela 33) dodatnie korelacje między wynikami w Skali Zapotrzebowania na Wsparcie BSSS w pierwszym trymestrze a wynikami w podskali lęku HADS w pierwszym trymestrze ($p<0,05$) i w trzecim trymestrze ($p<0,05$). Ponadto stwierdzono istotną statystycznie korelację między wynikiem w Skali Zapotrzebowania na Wsparcie BSSS w trzecim trymestrze a wynikami w podskali lęku HADS w trzecim trymestrze ($p<0,05$).

Tabela 33. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami w Skali Zapotrzebowanie na Wsparcie Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS) a wynikami w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach ciąży

	Lęk w I trymestrze	Lęk w II trymestrze	Lęk w III trymestrze
Zapotrzebowanie na Wsparcie I trymestr	0,16*	0,07	0,17*
Zapotrzebowanie na Wsparcie II trymestr	0,04	0,02	0,09
Zapotrzebowanie na Wsparcie III trymestr	0,16*	0,12*	0,15*

* p<0,05

Można więc przyjąć, że większe zapotrzebowanie na wsparcie u badanych w pierwszym trymestrze wiązało się z większym nasileniem objawów lękowych w pierwszym i trzecim trymestrze. Większe zapotrzebowanie na wsparcie w trzecim trymestrze wiązało się z większym nasileniem objawów lękowych w trzecim trymestrze. Najsilniejszy związek obserwowano między zapotrzebowaniem na wsparcie w pierwszym trymestrze a nasileniem objawów lękowych w trzecim trymestrze.

Zapotrzebowanie na wsparcie w drugim trymestrze nie korelowało z nasileniem objawów lękowych w drugim i w trzecim trymestrze.

Następnie oceniano korelację nasilenia objawów lękowych u badanych z wynikami uzyskanymi przez nie w Skali Poszukiwania Wsparcia Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS).

Nie stwierdzono istotnych statystycznie (Tabela 34) korelacji między wynikami w Skali Poszukiwania Wsparcia BSSS a wynikami w podskali lęku HADS w żadnym z trymestrów. Wynika z tego, że poszukiwanie wsparcia nie korelowało w żaden sposób z nasileniem objawów lękowych w żadnym z trymestrów.

Następnie oceniano korelację nasilenia objawów lękowych u badanych z wynikami uzyskanymi przez nie w Skali Aktualnie Otrzymywanego Wsparcia Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS).

Tabela 34. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami w Skali Poszukiwania Wsparcia Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS) a wynikami w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach ciąży

	Lęk w I trymestrze	Lęk w II trymestrze	Lęk w III trymestrze
Poszukiwanie Wsparcia I trymestr	0,00	-0,00	0,02
Poszukiwanie Wsparcia II trymestr	-0,00	-0,03	0,05
Poszukiwanie Wsparcia III trymestr	0,06	0,05	0,00

* p<0,05

.Stwierdzono istotne statystycznie (Tabela 35) ujemne korelacje między wynikami w Skali Aktualnie Otrzymywanego Wsparcia BSSS w pierwszym trymestrze a wynikami w podskali lęku HADS w pierwszym trymestrze (p<0,05), w drugim trymestrze (p<0,05) i w trzecim trymestrze (p<0,05).

Tabela 35. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami w Skali Aktualnie Otrzymywanego Wsparcia Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS) a wynikami w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach ciąży

	Lęk w I trymestrze	Lęk w II trymestrze	Lęk w III trymestrze
Aktualnie Otrzymywane Wsparcie I trymestr	-0,21*	-0,14*	-0,15*
Aktualnie Otrzymywane Wsparcie II trymestr	-0,20*	-0,27*	-0,19*
Aktualnie Otrzymywane Wsparcie III trymestr	-0,15*	-0,08	-0,27*

* p<0,05

Podobne korelacje stwierdzono dla wyników w Skali Aktualnie Otrzymywanego Wsparcia BSSS w drugim i trzecim trymestrze. Wyniki uzyskane przez badane w Skali Aktualnie Otrzymywanego Wsparcia BSSS w drugim trymestrze korelowały ujemnie z

wynikami w podskali lęku HADS w drugim ($p < 0,05$) i trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Wyniki uzyskane przez badane w Skali Aktualnie Otrzymywanego Wsparcia BSSS w trzecim trymestrze korelowały ujemnie z wynikami w podskali lęku HADS w trzecim trymestrze ($p < 0,05$).

Można więc przyjąć, że większe aktualnie otrzymywane wsparcie w pierwszym trymestrze korelowało z mniejszym nasileniem objawów lękowych zarówno w pierwszym, drugim jak i trzecim trymestrze. Większe aktualnie otrzymywane wsparcie w drugim trymestrze wiązało się z mniejszym nasileniem objawów lękowych w drugim i trzecim trymestrze. Większe aktualnie otrzymywane wsparcie w trzecim trymestrze wiązało się z mniejszym nasileniem objawów lękowych w trzecim trymestrze. Najsilniejszy związek między badanymi zmiennymi obserwowano w trzecim trymestrze

Następnie oceniano korelację nasilenia objawów lękowych u badanych z wynikami uzyskanymi przez nie w Skali Wsparcia Ochroniającego Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS).

Stwierdzono istotne statystycznie (Tabela 36) dodatnie korelacje między wynikami w Skali Wsparcia Ochroniającego w pierwszym trymestrze a wynikami w podskali lęku HADS w pierwszym trymestrze ($p < 0,05$), w drugim trymestrze ($p < 0,05$) i w trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Podobne korelacje stwierdzono dla wyników w Skali Wsparcia Ochroniającego BSSS w drugim i trzecim trymestrze. Wyniki uzyskane przez badane w Skali Wsparcia Ochroniającego BSSS w drugim trymestrze korelowały dodatnio z wynikami w podskali lęku HADS w drugim i trzecim trymestrze. Wyniki uzyskane przez badane w Skali Wsparcia Ochroniającego BSSS w trzecim trymestrze korelowały dodatnio z wynikami w podskali lęku HADS w trzecim trymestrze.

Można więc przyjąć, że większe wsparcie ochroniające w pierwszym trymestrze korelowało z większym nasileniem objawów lękowych zarówno w pierwszym, drugim jak i trzecim trymestrze. Większe wsparcie ochroniające w drugim trymestrze wiązało się z większym nasileniem objawów lękowych w drugim i trzecim trymestrze. Większe wsparcie ochroniające w trzecim trymestrze wiązało się z większym nasileniem objawów lękowych w trzecim trymestrze. Najsilniejszy związek obserwowano między wsparciem ochroniającym w pierwszym trymestrze a nasileniem objawów lękowych w trzecim trymestrze

Tabela 36. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami w Skali Wsparcia Ochroniającego Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS) a wynikami w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach ciąży

	Lęk w I trymestrze	Lęk w II trymestrze	Lęk w III trymestrze
Wsparcie Ochroniające I trymestr	0,17*	0,13*	0,27*
Wsparcie Ochroniające II trymestr	0,14*	0,22*	0,15*
Wsparcie Ochroniające III trymestr	0,19*	0,10	0,24*

* p<0,05

Podsumowanie

1. Większe nasilenie objawów lękowych u badanych korelowało z wyższymi wynikami zarówno w skali lęku jako stanu i skali lęku jako cechy Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) we wszystkich trymestrach. Najsilniejszy związek dla lęku jako stanu obserwowano w trzecim trymestrze, dla lęku jako cechy w pierwszym trymestrze.
2. Wyższa samoocena u badanych kobiet wiązała się z mniejszym nasileniem objawów lękowych we wszystkich trymestrach. Najsilniejszy związek między badanymi zmiennymi obserwowano w trzecim trymestrze.
3. Wyższa ocena wsparcia i zaangażowania u badanych oraz niższa ocena deprecjacji ze strony partnera wiązała się z mniejszym nasileniem objawów lękowych we wszystkich trymestrach. Najsilniejsza korelacja dla oceny wsparcia i zaangażowania występowała w trzecim trymestrze a dla oceny deprecjacji w drugim trymestrze.
4. Wyższa ocena otrzymywanego wsparcia społecznego oraz większe wsparcie ochroniające przez badane wiązały się z mniejszym nasileniem objawów lękowych we wszystkich trymestrach ciąży. Wyższe zapotrzebowanie na wsparcie wiązało się z większym nasileniem objawów lękowych w pierwszym i w trzecim trymestrze ciąży. Najsilniejsze związki dla wszystkich powyższych zmiennych obserwowano dla trzeciego trymestru. Poszukiwanie wsparcie nie korelowało z nasileniem lęku w żadnym z trymestrów.

7.2 Związek czynników psychospołecznych z nasileniem objawów depresyjnych u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży

Lęk jako stan i lęk jako cecha a nasilenie objawów depresyjnych u badanych w poszczególnych trymestrach ciąży

Oceniono korelację nasilenia objawów depresyjnych u badanych z wynikami uzyskanymi przez nie skali X-1 (lęk jako stan) Inwentarza STAI w poszczególnych trymestrach ciąży.

Stwierdzono istotne statystycznie (Tabela 37) dodatnie korelacje między wynikami w podskali depresji HADS w pierwszym trymestrze i wynikami w skali lęku jako stanu Inwentarza STAI w pierwszym trymestrze ($p<0,05$), wynikami w podskali depresji HADS w pierwszym trymestrze a wynikami w skali lęku jako stanu Inwentarza STAI w drugim ($p<0,05$) i trzecim trymestrze ($p<0,05$). Podobne korelacje stwierdzono dla wyników w podskali depresji HADS w drugim i trzecim trymestrze. Wyniki w podskali depresji HADS w drugim trymestrze korelowały dodatnio z wynikami w skali lęku jako stanu Inwentarza STAI w drugim ($p<0,05$) i trzecim trymestrze ($p<0,05$). Wyniki w podskali depresji HADS w trzecim trymestrze korelowały dodatnio z wynikami w skali lęku jako stanu Inwentarza STAI w trzecim trymestrze ($p<0,05$).

Tabela 37. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) a wynikami w skali X-1 (L-stan) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) w poszczególnych trymestrach ciąży

	L-stan w I trymestrze	L-stan w II trymestrze	L-stan w III trymestrze
Depresja w I trymestrze	0,63*	0,46*	0,53*
Depresja w II trymestrze	0,45*	0,59*	0,41*
Depresja w III trymestrze	0,53*	0,45*	0,60*

* $p<0,05$

Można więc przyjąć, że większe nasilenie objawów depresyjnych w pierwszym trymestrze u badanych wiązało się z większym nasileniem lęku jako stanu w pierwszym, drugim i trzecim trymestrze. Większe nasilenie objawów depresyjnych w drugim trymestrze wiązało się z większym nasileniem lęku jako stanu w drugim i trzecim trymestrze. Większe nasilenie objawów depresyjnych w trzecim trymestrze wiązało się z większym nasileniem lęku jako stanu w trzecim trymestrze. Najsilniejszy związek obserwowano między badanymi zmiennymi w pierwszym trymestrze.

Następnie oceniano korelację nasilenia objawów depresyjnych u badanych z wynikami uzyskanymi przez nie skali X-2 (lęk jako cecha) Inwentarza STAI w poszczególnych trymestrach ciąży.

Stwierdzono istotne statystycznie (Tabela 38) dodatnie korelacje między wynikami w podskali depresji HADS w pierwszym trymestrze i wynikami w skali lęku jako cechy Inwentarza STAI w pierwszym trymestrze ($p < 0,05$), wynikami w podskali depresji HADS w pierwszym trymestrze a wynikami w skali lęku jako cechy Inwentarza STAI w drugim ($p < 0,05$) i trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Podobne korelacje stwierdzono dla wyników w podskali depresji HADS w drugim i trzecim trymestrze. Wyniki w podskali depresji HADS w drugim trymestrze korelowały dodatnio z wynikami w skali lęku jako cechy Inwentarza STAI w drugim ($p < 0,05$) i trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Wyniki w podskali depresji HADS w trzecim trymestrze korelowały dodatnio z wynikami w skali lęku jako cechy Inwentarza STAI w trzecim trymestrze ($p < 0,05$).

Tabela 38. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) a wynikami w skali X-2 (L-cecha) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) w poszczególnych trymestrach ciąży

	L-cecha w I trymestrze	L-cecha w II trymestrze	L-cecha w III trymestrze
Depresja w I trymestrze	0,63*	0,50*	0,50
Depresja w II trymestrze	0,54*	0,55*	0,36
Depresja w III trymestrze	0,53*	0,43*	0,54*

* $p < 0,05$

Można więc przyjąć, że większe nasilenie objawów depresyjnych w pierwszym trymestrze wiązało się z większym nasileniem lęku jako cechy w pierwszym, drugim i trzecim trymestrze. Większe nasilenie objawów depresyjnych w drugim trymestrze wiązało się z większym nasileniem lęku jako cechy w drugim i trzecim trymestrze. Większe nasilenie objawów depresyjnych w trzecim trymestrze wiązało się z większym nasileniem lęku jako cechy w trzecim trymestrze. Najsilniejszy związek obserwowano między badanymi zmiennymi w pierwszym trymestrze.

Samoocena a nasilenie objawów depresyjnych u badanych w poszczególnych trymestrach ciąży

Oceniano korelację nasilenia objawów depresyjnych u badanych z wynikami uzyskanymi przez nie w Skali Samooceny Rosenberga (SES) w poszczególnych trymestrach ciąży.

Stwierdzono istotne statystycznie (Tabela 39) ujemne korelacje między wynikami w Skali Samooceny Rosenberga (SES) w pierwszym trymestrze a wynikami w podskali depresji HADS w pierwszym trymestrze ($p < 0,05$), w drugim trymestrze ($p < 0,05$) i w trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Podobne korelacje stwierdzono dla wyników w Skali Samooceny Rosenberga (SES) w drugim i trzecim trymestrze.

Tabela 39. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami w Skali Samooceny Rosenberga (SES) a wynikami w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach ciąży

	Depresja w I trymestrze	Depresja w II trymestrze	Depresja w III trymestrze
SES I trymestr	-0,44*	-0,32*	-0,37*
SES II trymestr	-0,35*	-0,38*	-0,35*
SES III trymestr	-0,41*	-0,30*	-0,44*

* $p < 0,05$

Wyniki uzyskane przez badane w Skali Samooceny Rosenberga (SES) w drugim trymestrze korelowały ujemnie z wynikami w podskali depresji HADS w drugim

($p < 0,05$) i trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Wyniki uzyskane przez badane w Skali Samooceny Rosenberga (SES) w trzecim trymestrze korelowały ujemnie z wynikami w podskali depresji HADS w trzecim trymestrze ($p < 0,05$).

Można więc przyjąć, że wyższa samoocena w pierwszym trymestrze korelowała z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych zarówno w pierwszym, drugim jak i w trzecim trymestrze. Większa samoocena w drugim trymestrze wiązała się z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych w drugim i trzecim trymestrze. Wyższa samoocena w trzecim trymestrze wiązała się z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych w trzecim trymestrze.

Najsilniejszy związek między badanymi zmiennymi obserwowano w pierwszym i w trzecim trymestrze.

Komunikacja małżeńska a nasilenie objawów depresyjnych u badanych w poszczególnych trymestrach

Oceniono korelację wyników uzyskanych w Kwestionariuszu Komunikacji Małżeńskiej (Wymiar Wsparcie, Wymiar Zaangażowanie, Wymiar Deprecjacja) z nasileniem objawów depresyjnych w poszczególnych trymestrach ciąży.

Stwierdzono istotne statystycznie (Tabela 40) ujemne korelacje między wynikami w Wymiarze Wsparcia KKM (Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej) w pierwszym trymestrze a wynikami w podskali depresji HADS w pierwszym trymestrze ($p < 0,05$), w drugim trymestrze ($p < 0,05$) i w trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Podobne korelacje stwierdzono dla Wymiaru Wsparcia KKM w drugim i trzecim trymestrze. Wyniki uzyskane przez badane w Wymiarze Wsparcia KKM w drugim trymestrze korelowały ujemnie z wynikami w podskali depresji HADS w drugim ($p < 0,05$) i trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Wyniki uzyskane przez badane w Wymiarze Wsparcia KKM w trzecim trymestrze korelowały ujemnie z wynikami w podskali depresji HADS w trzecim trymestrze ($p < 0,05$).

Można więc przyjąć, że wyższa ocena wsparcia otrzymywanego ze strony partnera w pierwszym trymestrze wiązała się z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych zarówno w pierwszym, drugim jak i trzecim trymestrze. Wyższa ocena wsparcia otrzymywanego ze strony partnera w drugim trymestrze wiązała się z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych w drugim i trzecim trymestrze. Wyższa ocena wsparcia otrzymywanego ze strony partnera w trzecim trymestrze wiązała się

z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych w trzecim trymestrze. Najsilniejszą korelację zaobserwowano między oceną wsparcia a nasileniem objawów depresyjnych w drugim trymestrze.

Tabela 40. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami Wymiaru Wsparcia Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) a wynikami w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach ciąży

	Depresja w I trymestrze	Depresja w II trymestrze	Depresja w III trymestrze
Wsparcie KKM w I trymestrze	-0,31*	-0,23*	-0,26*
Wsparcie KKM w II trymestrze	-0,23*	-0,29*	-0,23*
Wsparcie KKM w III trymestrze	-0,25*	-0,20*	-0,32*

* $p < 0,05$

Następnie oceniano korelację nasilenia objawów depresyjnych u badanych z wynikami uzyskanymi przez nie w Wymiarze Zaangażowania Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) w poszczególnych trymestrach.

Stwierdzono istotne statystycznie (Tabela 41) ujemne korelacje między wynikami uzyskanymi w Wymiarze Zaangażowania Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) w pierwszym trymestrze a wynikami w podskali depresji HADS w pierwszym trymestrze ($p < 0,05$), w drugim trymestrze ($p < 0,05$) i w trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Podobne korelacje stwierdzono dla Wymiaru Zaangażowania KKM w drugim i trzecim trymestrze.

Wyniki uzyskane przez badane w Wymiarze Zaangażowania KKM w drugim trymestrze korelowały ujemnie z wynikami w podskali depresji HADS w drugim ($p < 0,05$) i trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Wyniki uzyskane przez badane w Wymiarze Zaangażowania KKM w trzecim trymestrze korelowały ujemnie z wynikami w podskali depresji HADS w trzecim trymestrze ($p < 0,05$).

Tabela 41. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami Wymiaru Zaangażowania Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) a wynikami w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach ciąży

	Depresja w I trymestrze	Depresja w II trymestrze	Depresja w III trymestrze
Zaangażowanie KKM w I trymestrze	-0,29*	-0,28*	-0,25*
Zaangażowanie KKM w II trymestrze	-0,29*	-0,32*	-0,25*
Zaangażowanie KKM w III trymestrze	-0,22*	-0,21*	-0,34*

* $p < 0,05$

Można więc przyjąć, że wyższa ocena zaangażowania ze strony partnera w pierwszym trymestrze korelowała z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych zarówno w pierwszym, drugim jak i trzecim trymestrze. Wyższa ocena zaangażowania ze strony partnera w drugim trymestrze wiązała się z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych w drugim i trzecim trymestrze. Wyższa ocena zaangażowania ze strony partnera w trzecim trymestrze wiązała się z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych w trzecim trymestrze. Najsilniejszy związek między oceną zaangażowania ze strony partnera a nasileniem objawów depresyjnych wystąpił w trzecim trymestrze ciąży.

Następnie oceniano korelację nasilenia objawów depresyjnych u badanych z wynikami uzyskanymi przez nie w Wymiarze Deprecjacji Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM).

Stwierdzono istotne statystycznie (Tabela 42) dodatnie korelacje między wynikami uzyskanymi przez badane w Wymiarze Deprecjacji Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) w pierwszym trymestrze a wynikami w podskali depresji HADS w pierwszym trymestrze ($p < 0,05$), w drugim trymestrze ($p < 0,05$) i w trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Podobne korelacje stwierdzono dla Wymiaru

Deprecjacji KKM w drugim i trzecim trymestrze. Wyniki uzyskane przez badane w Wymiarze Deprecjacji KKM w drugim trymestrze korelowały dodatnio z wynikami w podskali depresji HADS w drugim ($p < 0,05$) i trzecim ($p < 0,05$) trymestrze. Wyniki uzyskane przez badane w Wymiarze Deprecjacji KKM w trzecim trymestrze korelowały dodatnio z wynikami w podskali depresji HADS w trzecim trymestrze ($<0,05$).

Tabela 42. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami Wymiaru Deprecjacji Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) a wynikami w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach ciąży

	Depresja w I trymestrze	Depresja w II trymestrze	Depresja w III trymestrze
Deprecjacja KKM w I trymestrze	0,13*	0,09	0,08
Deprecjacja KKM w II trymestrze	0,17*	0,18*	0,14*
Deprecjacja KKM w III trymestrze	0,10	0,04	0,16*

* $p < 0,05$

Można więc przyjąć, że wyższa ocena depreciation ze strony partnera w pierwszym trymestrze korelowała z większym nasileniem objawów depresyjnych zarówno w pierwszym, drugim jak i trzecim trymestrze. Wyższa ocena depreciation ze strony partnera w drugim trymestrze wiązała się z większym nasileniem objawów depresyjnych w drugim i trzecim trymestrze. Wyższa ocena depreciation ze strony partnera w trzecim trymestrze wiązała się z większym nasileniem objawów depresyjnych w trzecim trymestrze. Najsilniejszy związek między oceną depreciation ze strony partnera a nasileniem objawów depresyjnych zaobserwowano w drugim trymestrze.

Wsparcie społeczne a nasilenie objawów depresyjnych u badanych w poszczególnych trymestrach

Oceniono korelację wyników uzyskanych przez badane w Berlińskich Skalach Wsparcia Społecznego (BSSS) z nasileniem objawów depresyjnych w poszczególnych trymestrach ciąży.

Stwierdzono istotne statystycznie (Tabela 43) ujemne korelacje między wynikami w Skali Wsparcia Dostępnego Postrzeganego w pierwszym trymestrze a wynikami w podskali depresji HADS w pierwszym trymestrze ($p < 0,05$), w drugim trymestrze ($p < 0,05$) i w trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Podobne korelacje stwierdzono dla wyników w Skali Wsparcia Dostępnego Postrzeganego w drugim i trzecim trymestrze. Wyniki uzyskane przez badane w Skali Wsparcia Dostępnego Postrzeganego w drugim trymestrze korelowały ujemnie z wynikami w podskali depresji HADS w drugim ($p < 0,05$) i trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Wyniki uzyskane przez badane w Skali Wsparcia Dostępnego Postrzeganego w trzecim trymestrze korelowały ujemnie z wynikami w podskali depresji HADS w trzecim trymestrze ($p < 0,05$).

Tabela 43. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami w Skali Wsparcia Dostępnego Postrzeganego BSSS (Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego) a wynikami w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach ciąży

	Depresja w I trymestrze	Depresja w II trymestrze	Depresja w III trymestrze
Wsparcie Dostępne Postrzegane I trymestr	-0,22*	-0,17*	-0,23*
Wsparcie Dostępne Postrzegane II trymestr	-0,17*	-0,29*	-0,21*
Wsparcie Dostępne Postrzegane III trymestr	-0,23*	-0,17*	-0,22*

* $p < 0,05$

Można więc przyjąć, że większe dostępne wsparcie postrzegane w pierwszym trymestrze korelowało z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych zarówno w pierwszym, drugim jak i trzecim trymestrze. Większe dostępne wsparcie postrzegane

w drugim trymestrze wiązało się z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych w drugim i trzecim trymestrze. Większe dostępne wsparcie postrzegane w trzecim trymestrze wiązało się z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych w trzecim trymestrze. Najsilniejszy związek między badanymi zmiennymi obserwowano w drugim trymestrze.

Następnie oceniano korelację nasilenia objawów depresyjnych u badanych z wynikami uzyskanymi przez nie w Skali Zapotrzebowania na Wsparcie Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS).

Nie stwierdzono istotnych statystycznie (Tabela 44) korelacji między wynikami w Skali Zapotrzebowania na Wsparcie a wynikami w podskali depresji HADS w żadnym z trymestrów. Wynika z tego że zapotrzebowanie na wsparcie nie korelowało w żaden sposób z nasileniem objawów depresyjnych.

Tabela 44. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami w Skali Zapotrzebowania na Wsparcie BSSS (Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego) a wynikami w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach ciąży

	Depresja w I trymestrze	Depresja w II trymestrze	Depresja w III trymestrze
Zapotrzebowanie na Wsparcie I trymestr	0,07	0,00	0,04
Zapotrzebowanie na Wsparcie II trymestr	-0,05	-0,01	-0,02
Zapotrzebowanie na Wsparcie III trymestr	0,10	0,06	0,07

* p<0,05

Następnie oceniano korelację nasilenia objawów depresyjnych u badanych z wynikami uzyskanymi przez nie w Skali Poszukiwania Wsparcia Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS).

Stwierdzono istotne statystycznie (Tabela 45) ujemne korelacje między wynikami w Skali Poszukiwania Wsparcia w pierwszym trymestrze a wynikami w podskali depresji HADS w pierwszym (p<0,05) i w drugim trymestrze (p<0,05). Ponadto stwierdzono

istotną statystycznie ujemną korelację między wynikiem w Skali Poszukiwania wsparcia w drugim trymestrze a wynikami w podskali depresji HADS drugim trymestrze ($p < 0,05$).

Tabela 45. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami w Skali Poszukiwania Wsparcia BSSS (Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego) a wynikami w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach ciąży

	Depresja w I trymestrze	Depresja w II trymestrze	Depresja w III trymestrze
Poszukiwanie Wsparcia I trymestr	-0,13*	-0,11*	-0,04
Poszukiwanie Wsparcia II trymestr	-0,15*	-0,11*	-0,05
Poszukiwanie Wsparcia III trymestr	-0,06	-0,05	-0,10

* $p < 0,05$

Można więc przyjąć, że większe poszukiwanie wsparcia u badanych w pierwszym trymestrze wiązało się z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych w pierwszym i drugim trymestrze. Większe poszukiwanie wsparcia w drugim trymestrze wiązało się z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych w drugim trymestrze. Poszukiwanie wsparcia w trzecim trymestrze nie korelowało z nasileniem objawów depresyjnych w trzecim trymestrze.

Następnie oceniano korelację nasilenia objawów depresyjnych u badanych z wynikami uzyskanymi przez nie w Skali Aktualnie Otrzymywanego Wsparcia Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS).

Stwierdzono istotne statystycznie (Tabela 46) ujemne korelacje między Skalą Aktualnie Otrzymywanego Wsparcia w pierwszym trymestrze a wynikami w skali depresji HADS w pierwszym trymestrze ($p < 0,05$), w drugim trymestrze ($p < 0,05$) i w trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Podobne korelacje stwierdzono dla wyników w Skali Aktualnie Otrzymywanego Wsparcia w drugim i trzecim trymestrze. Wyniki uzyskane przez badane w Skali Aktualnie Otrzymywanego Wsparcia w drugim trymestrze

korelowały ujemnie z wynikami w podskali depresji HADS w drugim ($p < 0,05$) i trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Wyniki uzyskane przez badane w Skali Aktualnie Otrzymywanego Wsparcia w trzecim trymestrze korelowały ujemnie z wynikami w podskali depresji HADS w trzecim trymestrze ($p < 0,05$).

Tabela 46. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami w Skali Aktualnie Otrzymywanego Wsparcia BSSS (Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego) a wynikami w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach ciąży

	Depresja w I trymestrze	Depresja w II trymestrze	Depresja w III trymestrze
Aktualnie Otrzymywane Wsparcie I trymestr	-0,25*	-0,19*	-0,12*
Aktualnie Otrzymywane Wsparcie II trymestr	-0,23*	-0,30*	-0,19*
Aktualnie Otrzymywane Wsparcie III trymestr	-0,15*	-0,15*	-0,31*

* $p < 0,05$

Można więc przyjąć, że większe aktualnie otrzymywane wsparcie w pierwszym trymestrze korelowało z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych w pierwszym, drugim jak i w trzecim trymestrze. Większe aktualnie otrzymywane wsparcie w drugim trymestrze wiązało się z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych w drugim i trzecim trymestrze. Większe aktualnie otrzymywane wsparcie w trzecim trymestrze wiązało się z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych w trzecim trymestrze. Najsilniejszy związek między badanymi zmiennymi obserwowano w trzecim trymestrze

Następnie oceniano korelację nasilenia objawów depresyjnych u badanych z wynikami uzyskanymi przez nie w Skali Wsparcia Ochroniającego Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS).

Stwierdzono istotne statystycznie (Tabela 47) dodatnie korelacje między Skalą Wsparcia Ochroniającego w pierwszym trymestrze a wynikami w podskali depresji HADS w pierwszym trymestrze ($p < 0,05$), w drugim trymestrze ($p < 0,05$) i w trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Podobne korelacje stwierdzono dla wyników Skalą Wsparcia Ochroniającego w drugim i trzecim trymestrze. Wyniki uzyskane przez badane w Skali Wsparcia

Ochroniające w drugim trymestrze korelowały dodatnio z wynikami w podskali depresji HADS w drugim ($p < 0,05$) i trzecim trymestrze ($p < 0,05$). Wyniki uzyskane przez badane w Skali Wsparcia Ochroniającego w trzecim trymestrze korelowały dodatnio z wynikami w podskali depresji HADS w trzecim trymestrze ($p < 0,05$).

Tabela 47. Współczynniki korelacji R-Spearmana pomiędzy wynikami Skali Wsparcia Ochroniającego BSSS (Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego) a wynikami w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach ciąży

	Depresja w I trymestrze	Depresja w II trymestrze	Depresja w III trymestrze
Wsparcie ochroniające I trymestr	0,19*	0,22*	0,22*
Wsparcie ochroniające II trymestr	0,10*	0,19*	0,11*
Wsparcie ochroniające III trymestr	0,19*	0,17*	0,16*

* $p < 0,05$

Można więc przyjąć, że większe wsparcie ochroniające w pierwszym trymestrze korelowało z większym nasileniem objawów depresyjnych zarówno w pierwszym, drugim jak i w trzecim trymestrze. Większe wsparcie ochroniające w drugim trymestrze wiązało się z większym nasileniem objawów depresyjnych w drugim i trzecim trymestrze. Większe wsparcie ochroniające w trzecim trymestrze wiązało się z większym nasileniem objawów depresyjnych i w trzecim trymestrze.

Najsilniejszy związek obserwowano między wsparciem ochroniającym w pierwszym trymestrze a depresją w drugim i trzecim trymestrze.

Podsumowanie

1. Większe nasilenie objawów depresyjnych w grupie badanej korelowało z wyższymi wynikami zarówno w skali lęku jako stanu i lęku jako Cechy Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) we wszystkich trymestrach. Najsilniejszy związek obserwowano w pierwszym trymestrze.
2. Wyższa samoocena u badanych wiązała się z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych we wszystkich trymestrach ciąży. Silniejszy związek między badanymi

zmiennymi obserwowano w pierwszym i w trzecim trymestrze niż w drugim trymestrze.

3. Wyższa ocena wsparcia i zaangażowania oraz niższa ocena deprecjacji w grupie badanej ze strony partnera wiązała się z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych we wszystkich trymestrach. Najsilniejsza korelacja dla oceny zaangażowania ze strony partnera występowała w trzecim trymestrze a dla oceny wsparcia oraz deprecjacji w drugim trymestrze.
4. Wyższa ocena otrzymywanego wsparcia społecznego oraz większe wsparcie ochraniające przez badane wiązały się z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych we wszystkich trymestrach ciąży. Wyższe wyniki uzyskane w skali poszukiwania wsparcia wiązały się z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych w pierwszym i w drugim trymestrze ciąży. Zapotrzebowanie na wsparcie nie korelowało z nasileniem depresji w żadnym z trymestrów.

8. Objawy lękowe i objawy depresyjne u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży a zmienne socjodemograficzne

W niniejszym podrozdziale zostaną przedstawione wyniki badań dotyczące zależności między średnimi wynikami w Skali Lęku i Depresji HADS a zmiennymi socjodemograficznymi: wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, rodzaj aktywności zawodowej, dochód na jednego członka rodziny, ocena sytuacji materialnej i ocena sytuacji mieszkaniowej.

8.1 Objawy lękowe u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży a zmienne socjodemograficzne

Objawy lękowe u badanych w poszczególnych trymestrach a wiek

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali lęku Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (HADS) w poszczególnych trymestrach z uwzględnieniem trzech grup wiekowych.

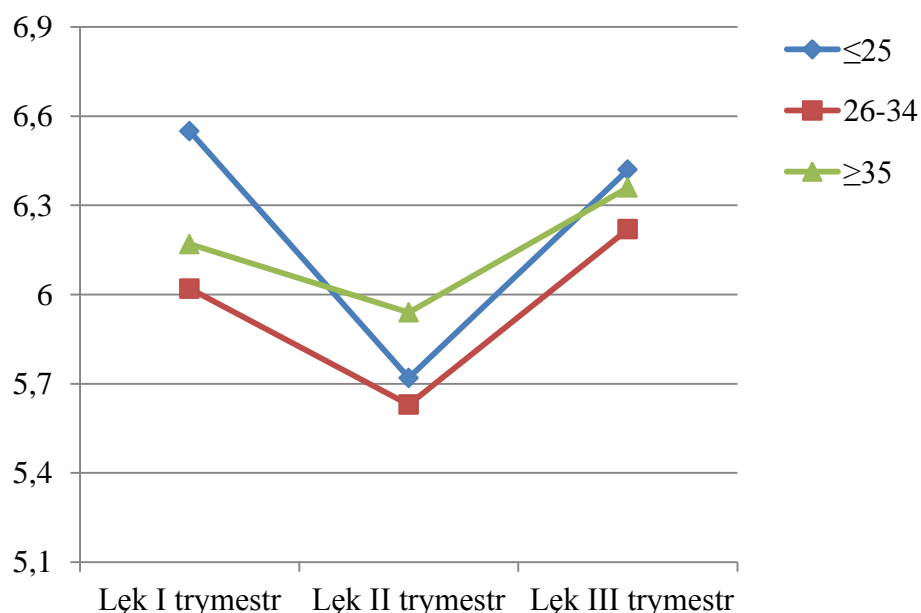
Badane ze wszystkich grup wiekowych uzyskały (Tabela 48, Rycina 6) zbliżone wyniki w podskali lęku HADS.

Tabela 48. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od wieku

Skala	Przedziały wiekowe						ANOVA	
	≤25		26-34		≥35		H	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Lęk I trymestr	6,55	3,44	6,02	3,32	6,17	3,67	0,444	0,800
Lęk II trymestr	5,72	3,25	5,63	2,96	5,94	3,36	0,092	0,954
Lęk III trymestr	6,42	3,58	6,22	3,63	6,36	3,07	0,431	0,806

Nieznacznie wyższe średnie wyniki w podskali lęku HADS uzyskały kobiety z najmłodszej i najstarszej grupy wiekowej i to zarówno w pierwszym, drugim jak i w trzecim trymestrze. Jednak różnice te nie były istotne statystycznie.

Dokonano również analizy korelacji zmiennych wyników w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach ciąży z wiekiem i również nie wykazano istotnych statystycznie korelacji tych zmiennych (Tabela 49).



Rycina 6. Różnice średnich wyników podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od wieku

Tabela 49. Współczynniki korelacji R-Spearmana wyników w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) i wieku

Zmienna	Wiek
Lęk I trymestr	0,019
Lęk II trymestr	0,041
Lęk III trymestr	0,020

$p < 0,05^*$

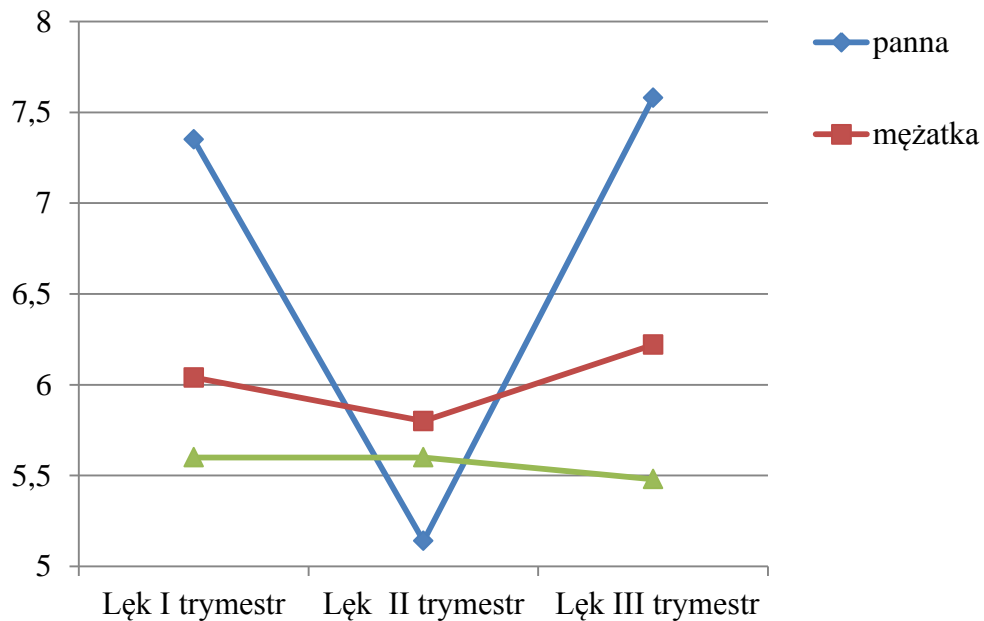
Objawy lękowe u badanych w poszczególnych trymestrach a stan cywilny

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od stanu cywilnego (Tabela 50, Rycina 7).

Badane będące pannami uzyskały wyższe wyniki w skali lęku w pierwszym i trzecim trymestrze ciąży w porównaniu do kobiet będących mężatkami i żyjących w związku nieformalnym. W drugim trymestrze najwyższe wyniki w podskali lęku HADS uzyskały kobiety będące mężatkami. Jednak nie były to różnice istotne statystycznie.

Tabela 50. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od stanu cywilnego

Skala	Stan cywilny						ANOVA	
	Panna		Mężatka		Związek nieformalny		H	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Lęk I trymestr	7,35	4,84	6,04	3,06	5,60	4,37	2,533	0,281
Lęk II trymestr	5,14	2,69	5,80	3,03	5,60	3,91	2,449	0,293
Lęk III trymestr	7,58	4,62	6,22	3,35	5,48	3,40	3,490	0,174



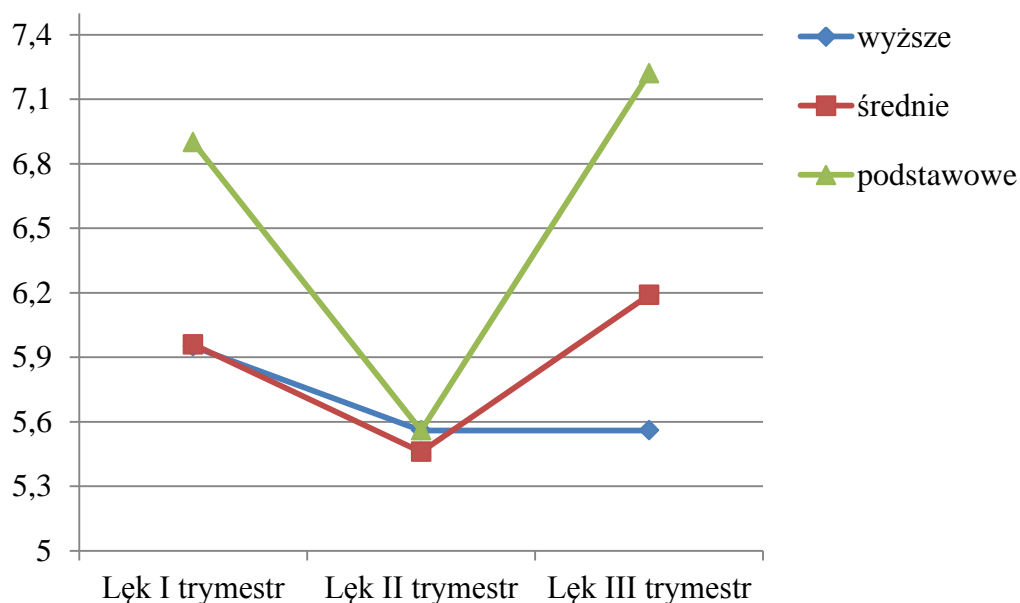
Rycina 7. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od stanu cywilnego

Objawy lękowe u badanych w poszczególnych trymestrach ciąży a wykształcenie

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od wykształcenia (Tabela 51, Rycina 8). Kobiety z wykształceniem podstawowym uzyskały najwyższe wyniki w podskali lęku HADS w pierwszym i w trzecim trymestrze. Różnice nie były istotne statystycznie. W drugim trymestrze badane uzyskały bardzo zbliżone wyniki bez względu na poziom wykształcenia.

Tabela 51. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od wykształcenia

Skala	Wykształcenie						ANOVA	
	Wyższe		Średnie		Podstawowe		H	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Lęk I trymestr	5,95	3,08	5,96	3,62	6,90	3,92	1,844	0,605
Lęk II trymestr	5,56	2,74	5,46	2,92	5,56	2,74	1,182	0,757
Lęk III trymestr	5,56	3,21	6,19	3,80	7,22	4,28	2,335	0,505



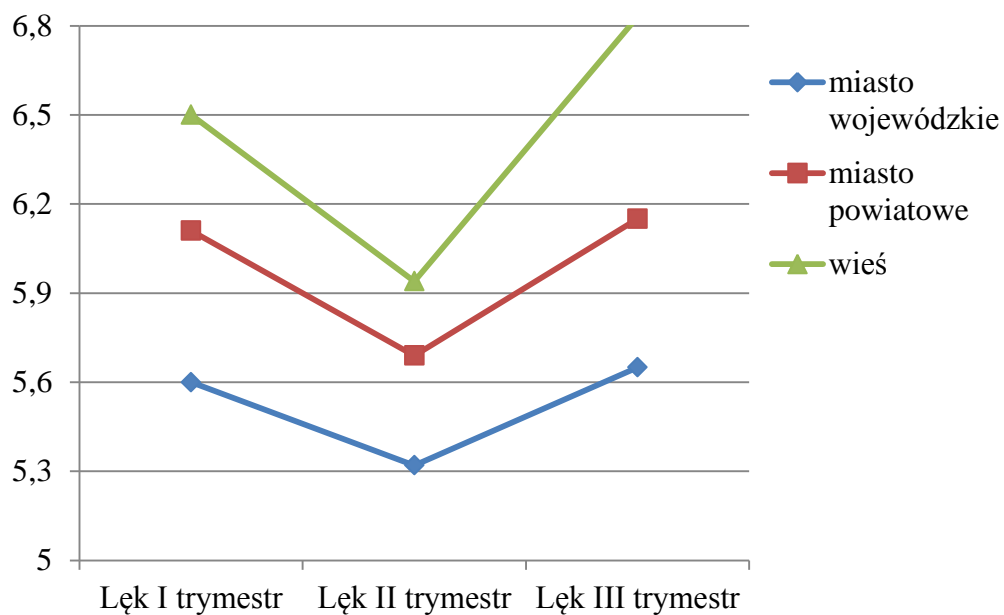
Rycina 8. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od wykształcenia

Objawy lękowe u badanych w poszczególnych trymestrach a miejsce zamieszkania

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od miejsca zamieszkania (Tabela 52, Rycina 9).

Tabela 52. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od miejsca zamieszkania

Skala	Miejsce zamieszkania						ANOVA	
	Miasto woj.		Miasto pow.		Wieś		H	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Lęk I trymestr	5,60	2,96	6,11	3,46	6,50	3,68	2,500	0,286
Lęk II trymestr	5,32	2,96	5,69	2,75	5,94	3,39	2,522	0,283
Lęk III trymestr	5,65	2,54	6,15	3,28	6,83	6,83	2,561	0,277



Rycina 9. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od miejsca zamieszkania

Kobiety mieszkające na wsi uzyskały najwyższe wyniki w podskali lęku HADS wszystkich trzech trymestrach ciąży. Wyniki najniższe uzyskały kobiety mieszkające w mieście wojewódzkim. Wyniki te jednak nie były istotne statycznie.

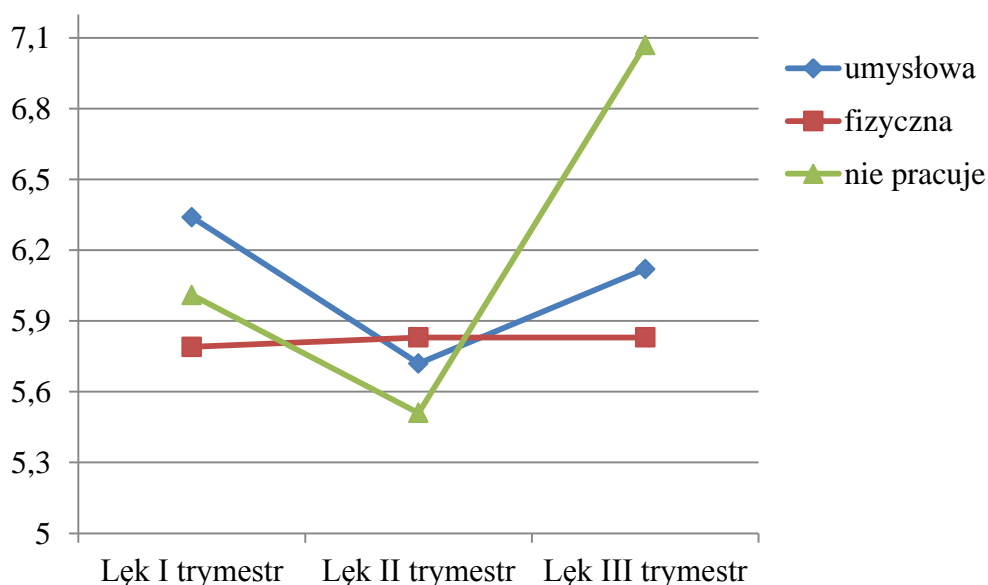
Objawy lękowe u badanych w poszczególnych trymestrach a aktywność zawodowa

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od rodzaju aktywności zawodowej (Tabela 53, Rycina 10).

Tabela 53. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od rodzaju aktywności zawodowej

Skala	Rodzaj aktywności zawodowej						ANOVA	
	Umysłowa		Fizyczna		Nie Pracuje		H	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Lęk I trymestr	6,34	3,50	5,79	3,33	6,01	3,40	1,487	0,475
Lęk II trymestr	5,72	2,79	5,83	3,63	5,51	3,16	0,620	0,733
Lęk III trymestr	6,12	3,35	5,83	3,70	7,07	3,70	5,274	0,071

W pierwszym trymestrze ciąży najwyższy średni wynik w podskali lęku HADS uzyskiwały kobiety, które wykonywały pracę umysłową, najniższy pracujące fizycznie. W drugim trymestrze najwyższy wynik w podskali lęku HADS kobiet, które wykonywały pracę fizyczną, najniższy wynik kobiety, które nie pracowały zawodowo. Różnice w wynikach nie były jednak istotne statycznie. W trzecim trymestrze ciąży największy średni wynik w podskali lęku HADS uzyskiwały kobiety, które nie pracowały zawodowo, najniższy wynik kobiety pracujące umysłowo. Różnica wyników w trzecim trymestrze zbliżała się do istotności statystycznej.



Rycina 10. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od rodzaju aktywności zawodowej

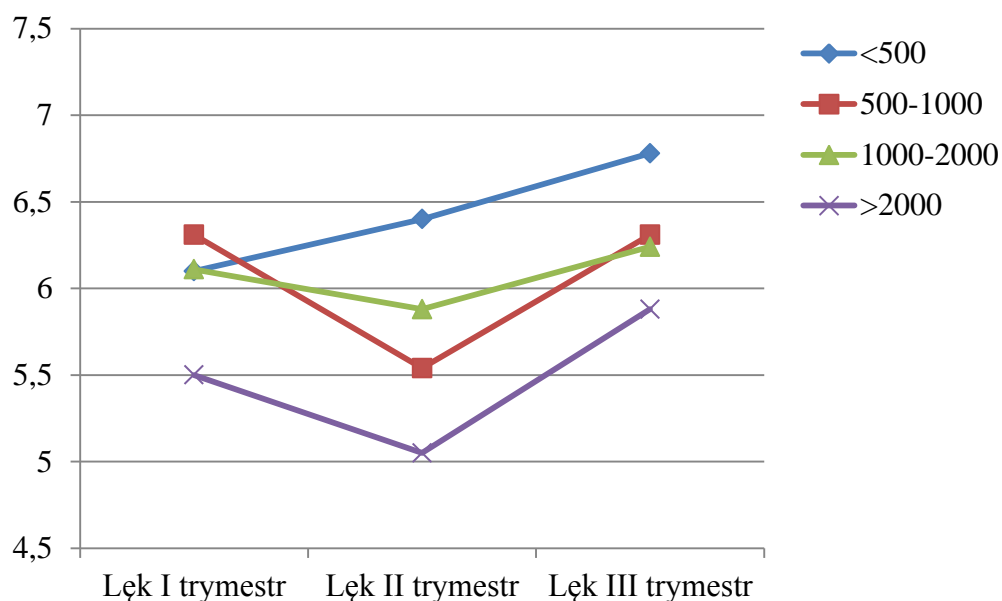
Objawy lękowe u badanych w poszczególnych trymestrach a miesięczny dochód

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od wysokości miesięcznego dochodu na jednego członka rodziny (Tabela 54, Rycina 11).

W pierwszym trymestrze ciąży najwyższy średni wynik w podskali lęku HADS uzyskały kobiety, których miesięczny dochód na jednego członka rodziny wynosił od 500-1000 złotych. Najniższy wynik w podskali lęku HADS w pierwszym trymestrze uzyskały kobiety o najwyższych dochodach (>2000 złotych). Różnice w wynikach nie były istotne statystycznie. W drugim trymestrze najwyższy wynik w podskali HADS uzyskały kobiety o najniższych miesięcznych dochodach na jednego członka rodziny (<500 złotych), najniższy średni wynik kobiety o najwyższych. Różnice w wynikach w drugim trymestrze były istotne statystycznie ($p=0,045$). W trzecim trymestrze zaznaczyła się podobna tendencja do drugiego trymestru, to znaczy najwyższy średni wynik w podskali lęku uzyskały kobiety o najniższych miesięcznych dochodach a najniższy wynik kobiety o najwyższych dochodach. Jednak różnice wyników nie były istotne statystycznie.

Tabela 54. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od wysokości dochodu na jednego członka rodziny

Skala	Dochód								ANOVA	
	<500		500-1000		1000-2000		>2000		H	P
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Lęk I trymestr	6,10	3,31	6,31	3,53	6,11	3,25	5,50	3,72	1,807	0,613
Lęk II trymestr	6,40	2,20	5,54	3,26	5,88	3,01	5,05	3,31	7,615	0,045
Lęk III trymestr	6,78	3,98	6,31	3,44	6,24	3,58	5,88	3,47	0,645	0,886



Rycina 11. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od wysokości dochodu na jednego członka rodziny

Objawy lękowe u badanych w poszczególnych trymestrach a ocena sytuacji materialnej

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od oceny sytuacji materialnej (Tabela 55, Rycina 12).

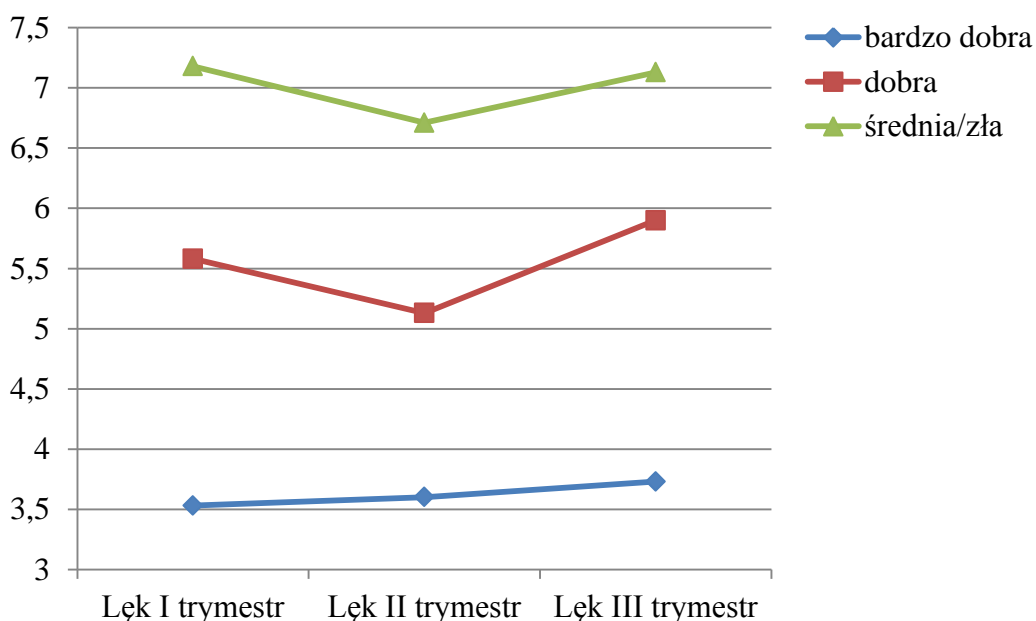
W pierwszym trymestrze ciąży najwyższy średni wynik w podskali lęku HADS uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację materialną jako średnią i złą. Najniższy średni wynik w podskali lęku HADS w pierwszym trymestrze uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą. Różnice te były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

W drugim trymestrze ciąży najwyższy średni wynik w podskali lęku HADS również uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację materialną jako średnią lub złą. Najniższy wynik w drugim trymestrze uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą. Różnice te były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

W trzecim trymestrze najwyższy średni wynik w podskali lęku HADS uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację materialną jako średnią lub złą. Najniższy wynik w trzecim trymestrze uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą. Różnice te były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 55. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od oceny sytuacji materialnej przez badane

Skala	Ocena sytuacji materialnej						ANOVA	
	bdb		db		śr/zła		H	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Lęk I trymestr	3,53	1,12	5,58	2,97	7,18	3,85	24,667	0,000
Lęk II trymestr	3,60	1,59	5,13	2,65	6,71	3,45	23,544	0,000
Lęk III trymestr	3,73	2,01	5,90	3,09	7,13	4,01	15,768	0,000



Rycina 12. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od oceny sytuacji materialnej przez badane

Objawy lękowe u badanych w poszczególnych trymestrach a ocena sytuacji mieszkaniowej

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od oceny sytuacji mieszkaniowej (Tabela 56, Rycina 13).

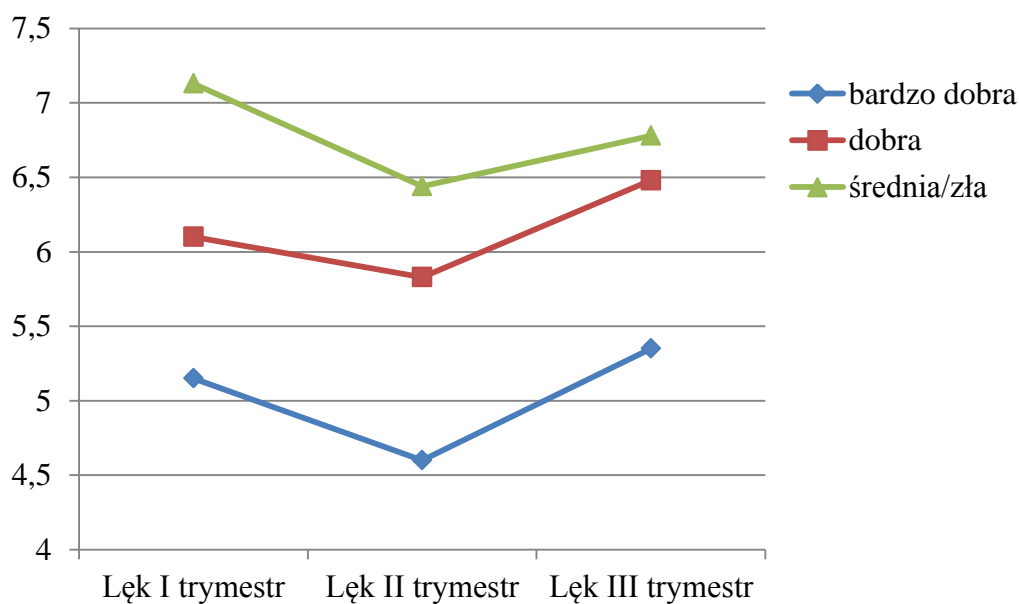
W pierwszym trymestrze ciąży najwyższy średni wynik w podskali lęku HADS uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację mieszkaniową jako średnią i złą. Najniższy średni wynik w podskali lęku HADS w pierwszym trymestrze uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację mieszkaniową jako bardzo dobrą. Różnice te były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

W drugim trymestrze najwyższy średni wynik w podskali lęku HADS również uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację mieszkaniową jako średnią lub złą. Najniższy wynik w drugim trymestrze uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację mieszkaniową jako bardzo dobrą. Różnice te były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

W trzecim trymestrze najwyższy średni wynik w podskali lęku HADS uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację mieszkaniową jako średnią lub złą. Najniższy wynik w trzecim trymestrze uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację mieszkaniową jako bardzo dobrą. Różnice te były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 56. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od oceny sytuacji mieszkaniowej przez badane

Skala	Ocena sytuacji mieszkaniowej						ANOVA	
	bdb		db		śr/zła		H	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Lęk I trymestr	5,15	2,89	6,10	3,38	7,13	3,78	11,110	0,003
Lęk II trymestr	4,60	2,74	5,83	3,13	6,44	3,04	15,882	0,000
Lęk III trymestr	5,35	2,92	6,48	3,82	6,78	3,31	7,092	0,028



Rycina 13. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od oceny sytuacji mieszkaniowej przez badane

Podsumowanie

1. Niski miesięczny dochód na jednego członka rodziny wiązał się z większym nasileniem objawów lęku u badanych w drugim trymestrze, natomiast niska ocena sytuacji materialnej i mieszkaniowej wiązała się z większym nasileniem lęku w grupie badanej we wszystkich trymestrach ciąży.
2. Pozostałe zmienne socjodemograficzne, takie jak: wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, rodzaj aktywności zawodowej, nie korelowały z nasileniem lęku w ciąży badanych.

8.2 Objawy depresyjne u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży a zmienne socjodemograficzne

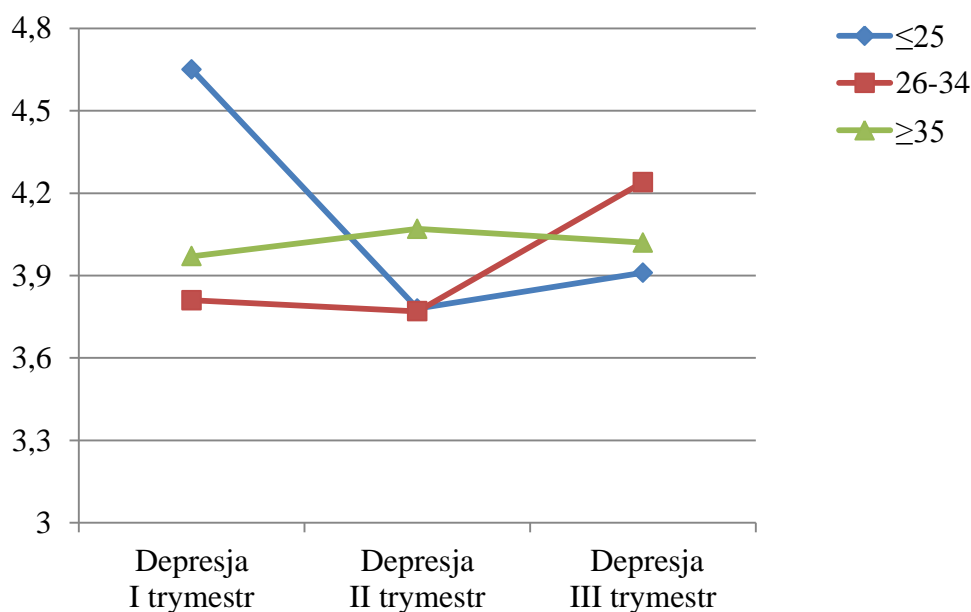
Objawy depresyjne u badanych w poszczególnych trymestrach a wiek

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od grupy wiekowej (Tabela 57, Rycina 14).

Tabela 57. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od wieku

Skala	Przedziały wiekowe						ANOVA	
	≤25		26-34		≥35		H	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Depresja I trymestr	4,65	2,67	3,81	2,91	3,97	2,93	4,074	0,130
Depresja II trymestr	3,78	2,64	3,77	2,84	4,07	2,86	0,413	0,813
Depresja III trymestr	3,91	2,74	4,24	3,13	4,02	2,83	0,407	0,815

Badane ze wszystkich grup wiekowych uzyskały zbliżone wyniki w podskali depresji HADS. Najwyższe średnie wyniki w skali depresji w pierwszym trymestrze uzyskały kobiety z najmłodszej grupy wiekowej, najniższe ze środkowej grupy wiekowej. Najwyższe średnie wyniki w skali depresji w drugim trymestrze kobiety z najstarszej, najniższe ze środkowej grupy wiekowej. Najwyższe średnie wyniki w skali depresji w trzecim trymestrze uzyskały kobiety ze środkowej grupy wiekowej, najniższe z najmłodszej grupy wiekowej. Jednak różnice te nie były istotne statystycznie.



Rycina 14. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od wieku

Dokonano również analizy korelacji zmiennych: wyników w podskali depresji HADS w poszczególnych trymestrach ciąży z wiekiem i również nie wykazano istotnych statystycznie korelacji tych zmiennych (Tabela 58).

Tabela 58. Współczynniki korelacji R-Spearmana wyników uzyskanych w w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) i wieku

Zmienna	Wiek
Depresja I trymestr	0,059
Depresja II trymestr	0,050
Depresja III trymestr	0,046

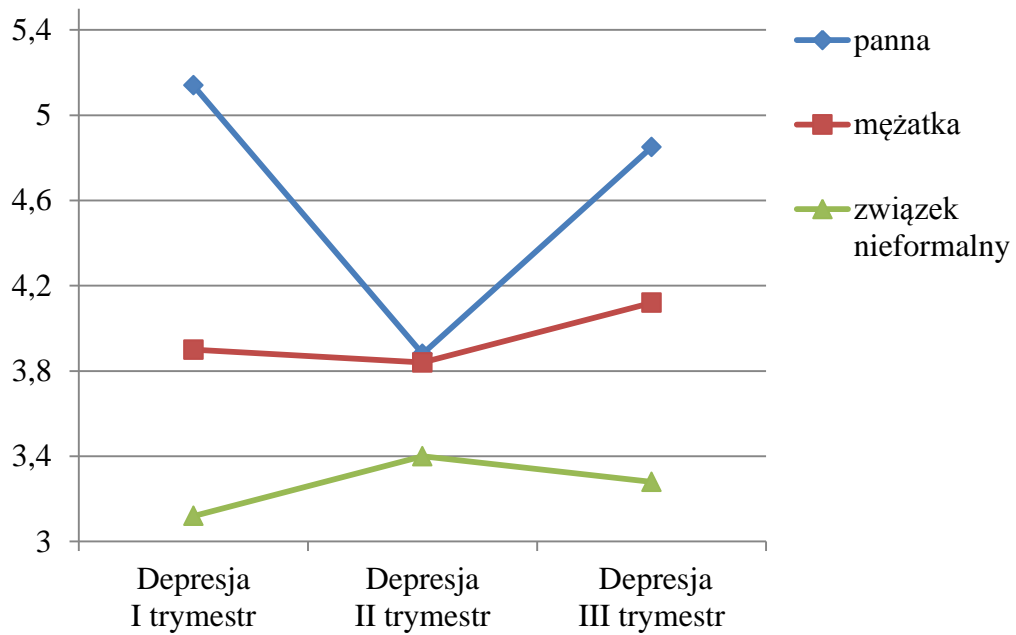
p <0,05*

Objawy depresyjne u badanych w poszczególnych trymestrach a stan cywilny

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali depresji HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od stanu cywilnego (Tabela 59, Rycina 15).

Tabela 59. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od stanu cywilnego

Skala	Stan cywilny						ANOVA	
	Panna		Mężatka		Związek nieformalny		H	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Depresja I trymestr	5,14	3,28	3,90	2,66	3,12	4,04	13,347	0,001
Depresja II trymestr	3,88	2,48	3,84	2,85	3,40	2,50	0,618	0,733
Depresja III trymestr	4,85	2,92	4,12	2,96	3,28	3,06	5,942	0,049



Rycina 15. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od stanu cywilnego

Badane będące pannami uzyskały najwyższe średnie wyniki w podskali depresji HADS w pierwszym, drugim i trzecim trymestrze. W pierwszym trymestrze i trzecim różnica była istotna statystycznie ($p < 0,05$). W drugim trymestrze różnica w wynikach nie osiągnęła istotności statystycznej.

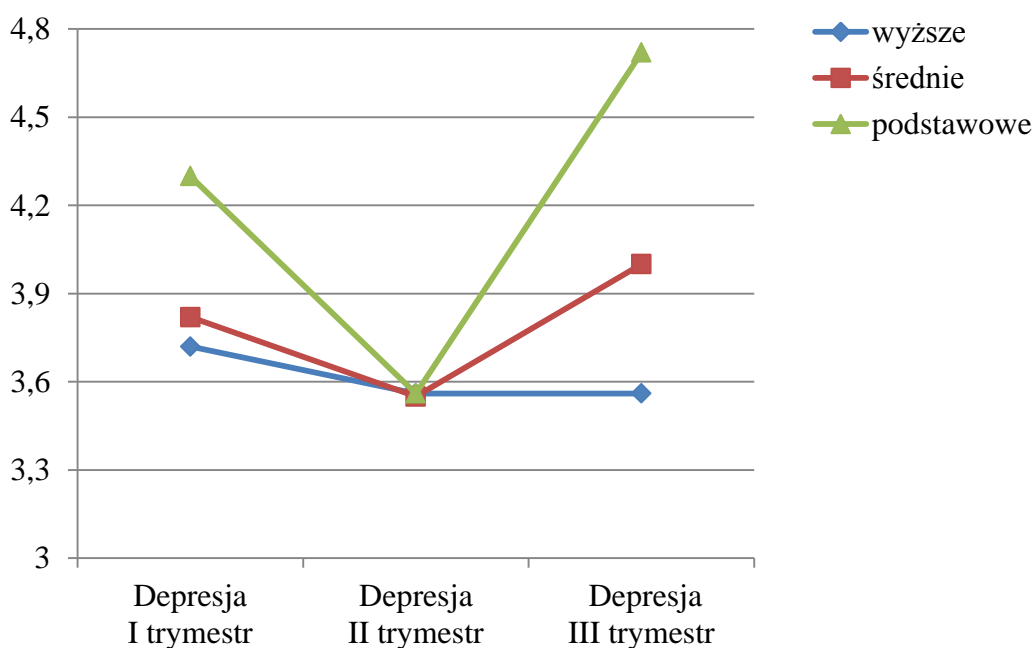
Objawy depresyjne u badanych w poszczególnych trymestrach a wykształcenie

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali depresji HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od wykształcenia (Tabela 60, Rycina 16).

Tabela 60. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od wykształcenia

Skala	Wykształcenie						ANOVA	
	Wyższe		Średnie		Podstawowe		H	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Depresja I trymestr	3,72	2,59	3,82	2,59	4,30	3,14	1,243	0,742
Depresja II trymestr	3,56	2,68	3,55	2,50	3,56	2,68	4,071	0,253
Depresja III trymestr	3,56	2,68	4,00	2,86	4,72	3,28	2,133	0,545

Kobiety z wykształceniem podstawowym uzyskały najwyższe średnie wyniki w podskali depresji HADS w pierwszym i w trzecim trymestrze. Różnice nie były istotne statystycznie. W drugim trymestrze badane uzyskały bardzo zbliżone wyniki średnie bez względu na poziom wykształcenia.



Rycina 16. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od wykształcenia

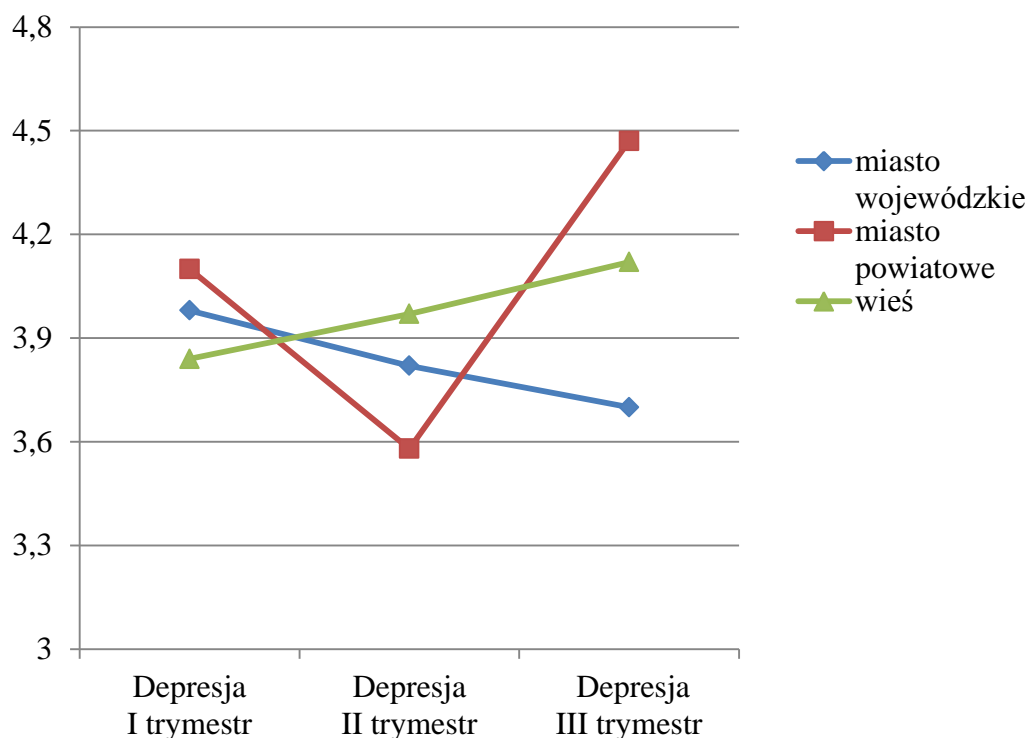
**Objawy depresyjne u badanych
w poszczególnych trymestrach a miejsce zamieszkania**

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali depresji HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od miejsca zamieszkania (Tabela 61, Rycina 17).

Tabela 61. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od miejsca zamieszkania

Skala	Miejsce zamieszkania						ANOVA	
	Miasto woj.		Miasto pow.		Wieś		H	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Depresja I trymestr	3,98	2,76	4,10	3,14	3,84	2,79	0,252	0,882
Depresja II trymestr	3,82	2,73	3,58	2,52	3,97	3,00	0,469	0,791
Depresja III trymestr	3,70	2,44	4,47	3,40	4,12	4,12	1,651	0,438

Kobiety mieszkające w mieście powiatowym uzyskały najwyższe średnie wyniki w podskali depresji HADS w pierwszym i w trzecim trymestrze. W drugim trymestrze najwyższy średni wynik uzyskały kobiety mieszkające na wsi. Wyniki te jednak nie były istotne statycznie.



Rycina 17. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od miejsca zamieszkania

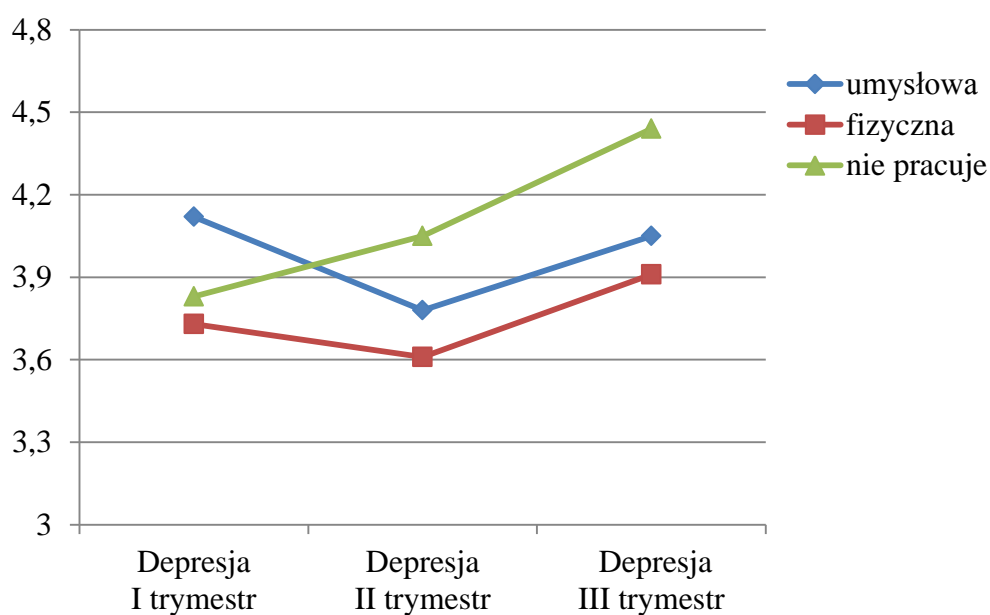
Objawy depresyjne u badanych w poszczególnych trymestrach a aktywność zawodowa

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali depresji HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od rodzaju aktywności zawodowej (Tabela 62, Rycina 18).

W pierwszym trymestrze ciąży najwyższy średni wynik w podskali depresji HADS uzyskały kobiety, które wykonywały pracę umysłową, najniższy pracujące fizycznie. W drugim trymestrze najwyższy wynik w podskali depresji HADS kobiety, które nie pracowały zawodowo, najniższy wynik kobiety, które pracowały umysłowo. W trzecim trymestrze ciąży najwyższy średni wynik w podskali depresji HADS uzyskały kobiety, które nie pracowały zawodowo, najniższy wynik kobiety pracujące fizycznie. Różnice w wynikach nie były jednak istotne statycznie.

Tabela 62. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od rodzaju aktywności zawodowej

Skala	Rodzaj aktywności zawodowej						ANOVA	
	Umysłowa		Fizyczna		Nie Pracuje		H	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Depresja I trymestr	4,12	2,99	3,73	2,85	3,83	2,75	1,059	0,588
Depresja II trymestr	3,78	2,69	3,61	2,99	4,05	2,78	1,520	0,467
Depresja III trymestr	4,05	2,99	3,91	3,01	4,44	2,95	2,068	0,355



Rycina 18. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od rodzaju aktywności zawodowej

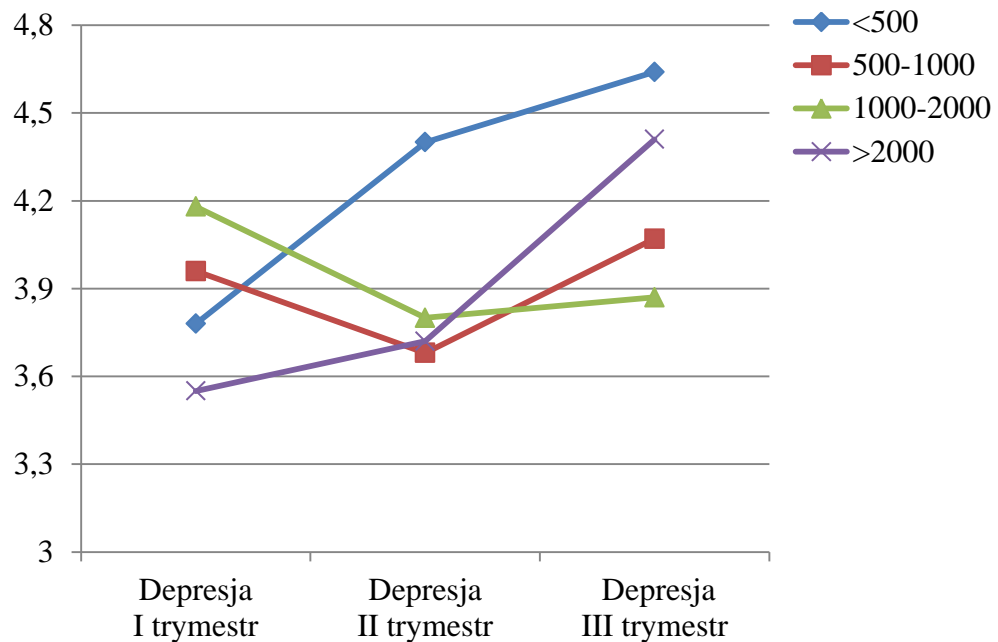
Objawy depresyjne u badanych w poszczególnych trymestrach a miesięczny dochód

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali depresji HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od wysokości dochodu uzyskanego na jednego członka rodziny (Tabela 63, Rycina 19).

W pierwszym trymestrze ciąży najwyższy średni wynik w podskali depresji HADS uzyskały kobiety, których miesięczny dochód na jednego członka rodziny wynosił od 1000-2000 złotych. Najniższy wynik w podskali depresji HADS w pierwszym trymestrze uzyskały kobiety o najwyższych dochodach (>2000 złotych). W drugim trymestrze najwyższy wynik w podskali depresji HADS uzyskały kobiety o najniższych miesięcznych dochodach na jednego członka rodziny (<500 złotych), najniższy średni wynik kobiety o dochodach od 1000-2000 złotych miesięcznie. W trzecim trymestrze zaznaczyła się podobna tendencja do drugiego trymestru, to znaczy najwyższy średni wynik w podskali depresji HADS uzyskały kobiety o najniższych miesięcznych dochodach a najniższy wynik kobiety o dochodach. Od 1000-2000 złotych miesięcznie. Jednak różnice wyników nie były istotne statystycznie.

Tabela 63. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od wysokości dochodu na jednego członka rodziny

Skala	Dochód								ANOVA	
	<500		500-1000		1000-2000		>2000		H	P
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Depresja I trymestr	3,78	2,27	3,96	2,91	4,18	2,88	3,55	3,46	3,312	0,345
Depresja II trymestr	4,40	2,69	3,68	2,73	3,80	2,70	3,72	3,28	3,609	0,306
Depresja III trymestr	4,64	3,05	4,07	2,87	3,87	3,09	4,41	3,09	2,710	0,438



Rycina 19. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od wysokości dochodu na jednego członka rodziny

Objawy depresyjne u badanych w poszczególnych trymestrach a ocena sytuacji materialnej

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali depresji HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od oceny sytuacji materialnej (Tabela 64, Rycina 20).

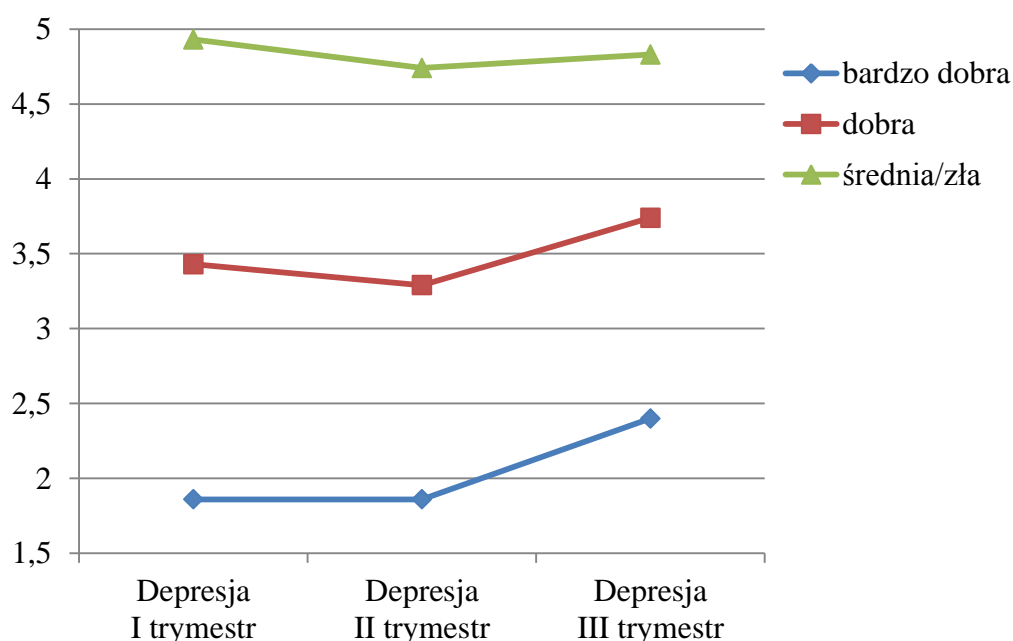
W pierwszym trymestrze ciąży najwyższy średni wynik w podskali depresji HADS uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację materialną jako średnią i złą. Najniższy średni wynik w podskali depresji HADS w pierwszym trymestrze uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą. Różnice te były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

W drugim trymestrze najwyższy średni wynik w podskali depresji HADS również uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację materialną jako średnią lub złą.

Najniższy wynik w drugim trymestrze uzyskały kobiety które oceniały swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą. Różnice te były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 64. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od oceny sytuacji materialnej przez badane

Skala	Ocena sytuacji materialnej						ANOVA	
	bdb		db		śr/zła		H	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Depresja I trymestr	1,86	1,24	3,43	2,56	4,93	3,14	30,295	0,000
Depresja II trymestr	1,86	1,80	3,29	2,54	4,74	2,90	29,699	0,000
Depresja III trymestr	2,40	1,40	3,74	2,89	4,83	3,08	16,642	0,000



Rycina 20. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od oceny sytuacji materialnej przez badane

W trzecim trymestrze najwyższy średni wynik w podskali depresji HADS uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację materialną jako średnią lub złą. Najniższy wynik w trzecim trymestrze uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą. Różnice te były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Objawy depresyjne u badanych w poszczególnych trymestrach a ocena sytuacji mieszkaniowej

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali depresji HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od oceny sytuacji mieszkaniowej (Tabela 65, Rycina 21).

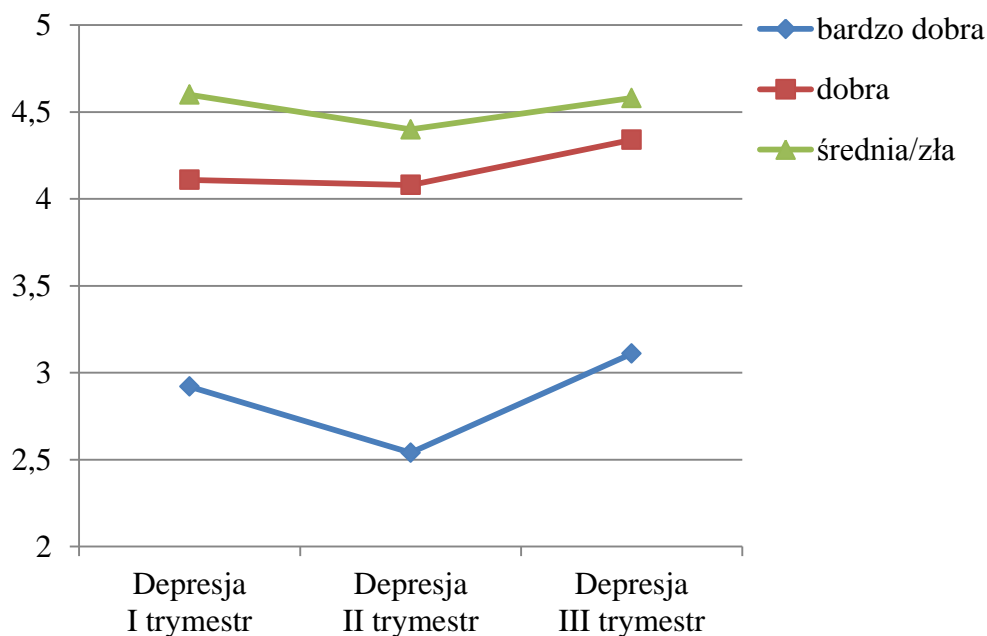
Tabela 65. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od oceny sytuacji mieszkaniowej przez badane

Skala	Ocena sytuacji mieszkaniowej						ANOVA	
	bdb		db		śr/zła		H	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Depresja I trymestr	2,92	2,14	4,11	2,86	4,60	3,35	12,454	0,002
Depresja II trymestr	2,54	1,85	4,08	2,92	4,40	2,85	18,667	0,000
Depresja III trymestr	3,11	2,34	4,34	3,22	4,58	2,76	11,448	0,003

W pierwszym trymestrze ciąży najwyższy średni wynik w podskali depresji HADS uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację mieszkaniową jako średnią i złą. Najniższy średni wynik w podskali depresji HADS w pierwszym trymestrze uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację mieszkaniową jako bardzo dobrą. Różnice te były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

W drugim trymestrze najwyższy średni wynik w podskali depresji HADS również uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację mieszkaniową jako średnią lub złą. Najniższy wynik w drugim trymestrze uzyskały kobiety które oceniały swoją sytuację mieszkaniową jako bardzo dobrą. Różnice te były istotne statystycznie ($p < 0,05$). W trzecim trymestrze najwyższy średni wynik w podskali depresji HADS uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację mieszkaniową jako średnią lub złą.

Najniższy wynik w trzecim trymestrze uzyskały kobiety, które oceniały swoją sytuację mieszkaniową jako bardzo dobrą. Różnice te były istotne statystycznie ($p < 0,05$).



Rycina 21. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Lęku i Depresji) w poszczególnych trymestrach w zależności od oceny sytuacji mieszkaniowej przez badane

Podsumowanie

1. Badane będące pannami uzyskały istotnie statystycznie wyższe wyniki w podskali depresji Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (HADS).
2. Niska ocena sytuacji materialnej i mieszkaniowej wiązała się z większym nasileniem objawów depresyjnych u badanych we wszystkich trymestrach ciąży.
3. Pozostałe zmienne socjodemograficzne, takie jak: wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, rodzaj aktywności zawodowej oraz miesięczny dochód na jednego członka rodziny, nie korelowały z nasileniem depresji w ciąży.

9. Objawy lękowe i objawy depresyjne u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży a zmienne medyczne

W niniejszym podrozdziale zostaną przedstawione wyniki badań dotyczące zależności między średnimi wynikami w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (HADS) a następującymi zmiennymi medycznymi, związanymi z wywiadem ginekologiczno-położniczym: pierwsza ciąża/ kolejna ciąża, posiadanie dzieci, przebieg ostatniej ciąży, rodzaj ostatniego porodu (naturalny/cięcie cesarskie), poronienie w wywiadzie, fakt planowania obecnej ciąży.

9.1 Objawy lękowe u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach a zmienne medyczne

Objawy lękowe u badanych w poszczególnych trymestrach a zmienna pierwsza/kolejna ciąża

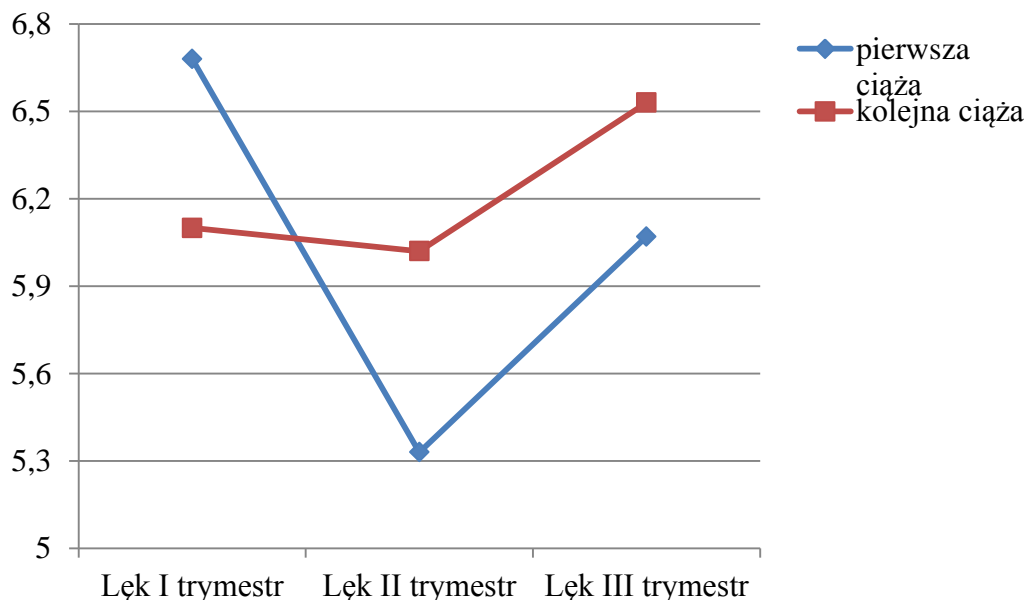
Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od zmiennej (pierwsza/kolejna ciąża) (Tabela 66, Rycina 22).

Tabela 66. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od zmiennej pierwsza/kolejna ciąża

Skala	Pierwsza ciąża				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Lęk I trymestr	6,68	3,73	6,10	3,16	-0,389	0,693
Lęk II trymestr	5,33	3,11	6,02	3,04	-2,273	0,023
Lęk III trymestr	6,07	3,53	6,53	3,55	-1,201	0,229

W pierwszym trymestrze ciąży wyższy średni wynik w podskali lęku HADS uzyskały kobiety, które były po raz pierwszy w ciąży. W drugim i w trzecim trymestrze

wyższy średni wynik w podskali lęku HADS uzyskały kobiety, dla których była to kolejna ciąża. W drugim trymestrze różnica była istotna statystycznie ($p < 0,05$).



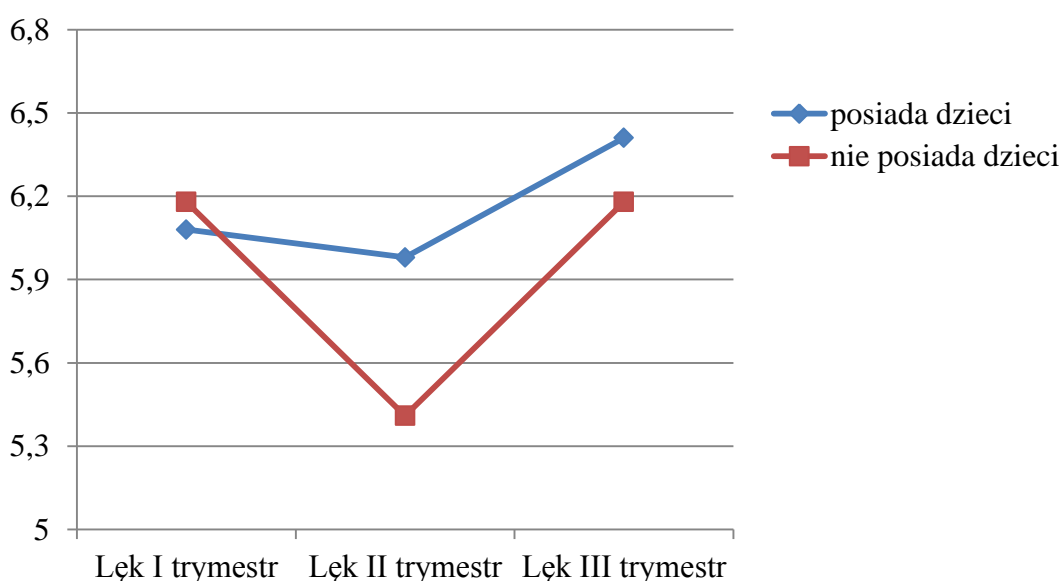
Rycina 22. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od zmiennej pierwsza/kolejna ciąża

Objawy lękowe u badanych w poszczególnych trymestrach a dzietność

Dokonano analizy różnic wyników średnich w uzyskanych przez badane podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od zmiennej posiadanie dzieci (Tabela 67, Rycina 23). W pierwszym trymestrze ciąży wyższy średni wynik w podskali lęku HADS uzyskały kobiety, które nie posiadały dzieci w porównaniu do kobiet które już były matkami. W drugim i w trzecim trymestrze wyższy średni wynik w podskali lęku HADS uzyskały kobiety, które posiadały już dzieci. Różnice w wynikach średnich nie były jednak istotne statystycznie.

Tabela 67. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od posiadania dzieci

Skala	Posiadanie dzieci				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Lęk I trymestr	6,08	3,12	6,18	3,72	-0,289	0,771
Lęk II trymestr	5,98	3,06	5,41	3,10	-1,956	0,050
Lęk III trymestr	6,41	3,51	6,18	3,59	-0,944	0,345



Rycina 23. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od posiadania dzieci

Objawy lękowe u badanych w poszczególnych trymestrach a przebieg poprzedniej ciąży

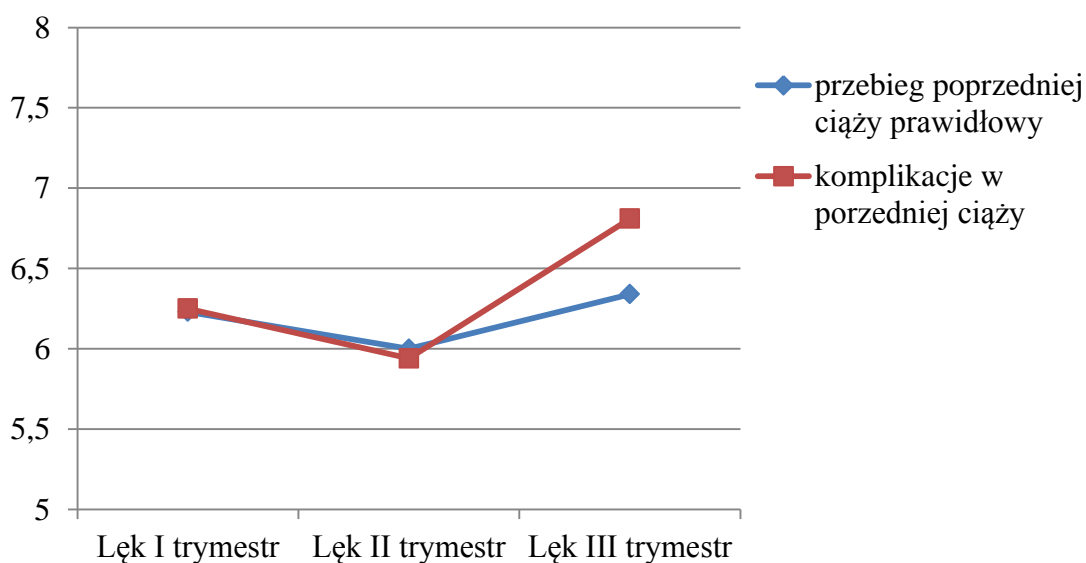
Dokonano analizy różnicy wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od przebiegu poprzedniej ciąży (Tabela 68, Rycina 24).

W pierwszym i drugim trymestrze kobiety uzyskały bardzo zbliżone wyniki średnie w podskali lęku HADS. W trzecim trymestrze wyższy średni wynik w podskali

lęku HADS uzyskały kobiety które miały komplikacje w poprzedniej ciąży. Jednak różnice te nie osiągnęły istotności statystycznej.

Tabela 68. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od przebiegu ostatniej ciąży

Skala	Przebieg poprzedniej ciąży				ANOVA	
	prawidłowy		komplikacje		Z	p
	M	SD	M	SD		
Lęk I trymestr	6,23	3,25	6,25	2,99	-0,622	0,533
Lęk II trymestr	6,00	3,09	5,94	2,97	-0,017	0,986
Lęk III trymestr	6,34	3,69	6,81	3,26	1,188	0,234



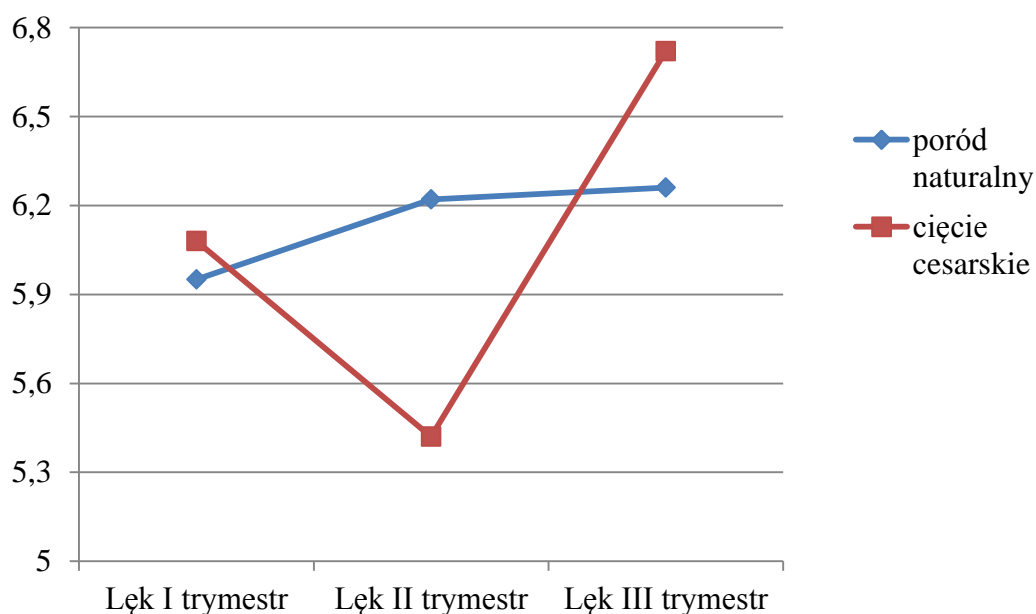
Rycina 24. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od przebiegu ostatniej ciąży

Objawy lękowe u badanych w poszczególnych trymestrach a rodzaj porodu w poprzedniej ciąży

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od rodzaju porodu w poprzedniej ciąży (Tabela 69, Rycina 25).

Tabela 69. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od rodzaju porodu w poprzedniej ciąży

Skala	Poród				ANOVA	
	naturalny		cięcie cesarskie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Lęk I trymestr	5,95	3,47	6,08	2,96	0,722	0,469
Lęk II trymestr	6,22	2,88	5,42	3,43	1,951	0,0510
Lęk III trymestr	6,26	3,15	6,72	4,25	-0,100	0,919



Rycina 25. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od rodzaju porodu w poprzedniej ciąży

W pierwszym trymestrze wyższy średni wynik w podskali lęku HADS uzyskały kobiety, które poprzednio rodziły przez cesarskie cięcie. Różnice nie były istotne statystycznie. W drugim trymestrze ciąży wyższy średni wynik w podskali lęku HADS uzyskały kobiety które poprzednio rodziły naturalnie. Różnica w wynikach była zbliżona do istotności statystycznej.

W trzecim trymestrze ciąży wyższy średni wynik uzyskały kobiety rodzące uprzednio przez cięcie cesarskie. Różnica nie była istotna statystycznie

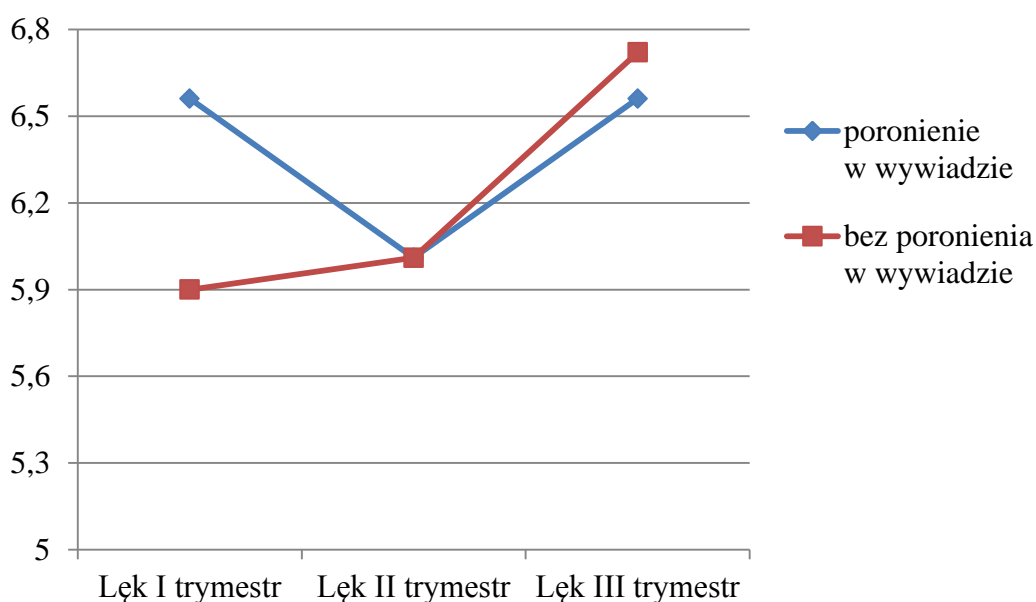
Objawy lękowe u badanych w poszczególnych trymestrach a poronienie w wywiadzie

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach w zależności wystąpienia poronienia w wywiadzie (Tabela 70, Rycina. 26).

W pierwszym trymestrze wyższy średni wynik w podskali lęku HADS uzyskały kobiety z poronieniem w wywiadzie. Różnice nie były istotne statystycznie. W drugim trymestrze ciąży kobiety z obu grup uzyskały jednakowy średni wynik w podskali lęku HADS. W trzecim trymestrze ciąży wyższy średni wynik uzyskały kobiety z poronieniem w wywiadzie. Różnica nie była istotna statystycznie.

Tabela 70. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności wystąpienia poronienia w wywiadzie

Skala	Poronienie				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Lęk I trymestr	6,56	3,33	5,90	3,09	0,886	0,375
Lęk II trymestr	6,01	3,04	6,01	3,06	-0,380	0,703
Lęk III trymestr	6,56	3,27	6,47	3,68	0,379	0,704



Rycina 26. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od wystąpienia poronienia w wywiadzie

Objawy lękowe u badanych

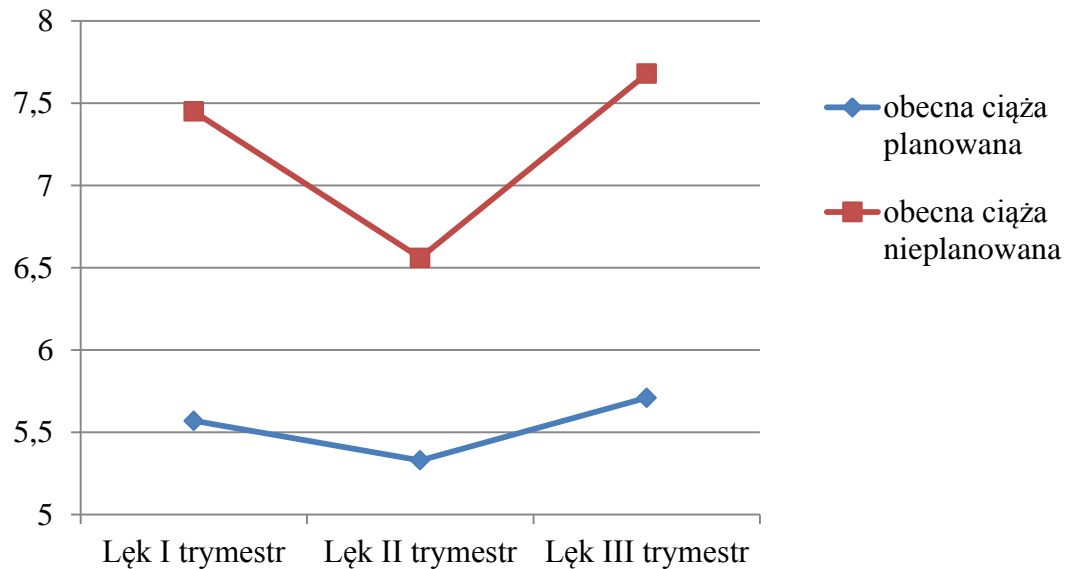
w poszczególnych trymestrach a planowanie obecnej ciąży

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach w zależności faktu planowania /nie planowania obecnej ciąży (Tabela 71, Rycina 27).

Tabela 71. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od planowania aktualnej ciąży.

Skala	Cięża planowana				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Lęk I trymestr	5,57	3,09	7,45	3,84	-3,944	0,000
Lęk II trymestr	5,33	2,88	6,56	3,40	-2,872	0,004
Lęk III trymestr	5,71	3,16	7,68	4,01	-3,983	0,000

We wszystkich trymestrach ciąży wyższe średnie wyniki w podskali lęku HADS uzyskały kobiety, które nie planowały obecnej ciąży. Różnice w wynikach były istotne statystycznie ($p < 0,05$).



Rycina 27. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od planowania obecnej ciąży

Podsumowanie

1. Kobiety będące w pierwszej ciąży uzyskały wyższe wyniki w podskali lęku Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (HADS) w porównaniu do kobiet będących w kolejnej ciąży. Różnica była istotna statystycznie w drugim trymestrze ciąży.
2. Ciąża nieplanowana wiązała się z wyższymi wynikami uzyskanymi przez badane w podskali lęku we wszystkich trymestrach ciąży.
3. Pozostałe zmienne związane z wywiadem ginekologiczno-położniczym, takie jak: dieta, przebieg poprzedniej ciąży, rodzaj porodu w poprzedniej ciąży (naturalny/cięcie cesarskie), poronienie w wywiadzie, nie korelowały z wynikami uzyskanymi przez badane w podskali lęku Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (HADS).

9.2 Objawy depresyjne u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży a zmienne medyczne

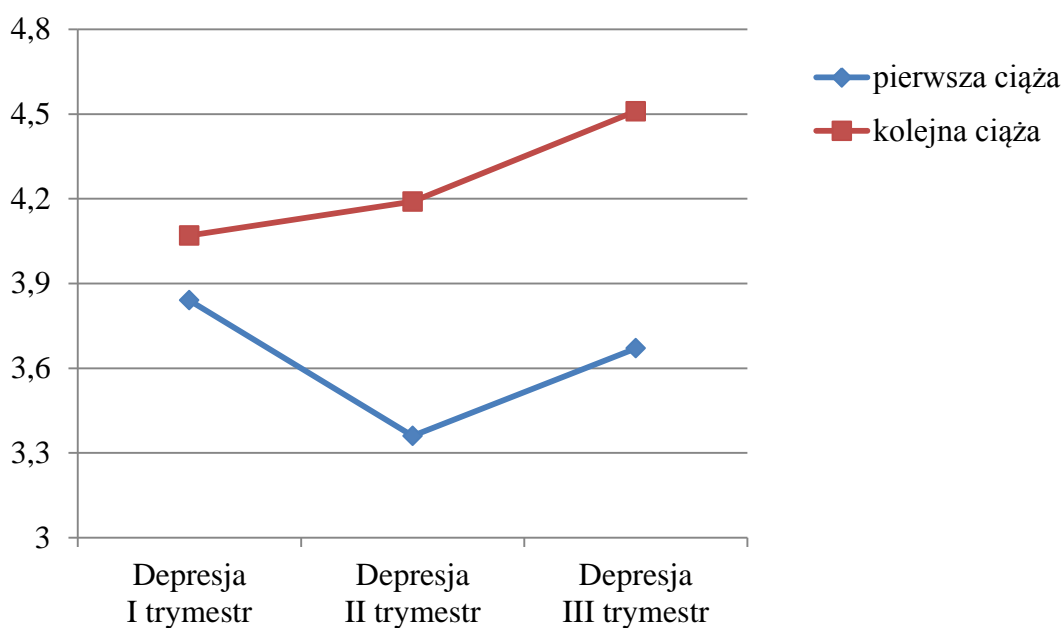
Objawy depresyjne u badanych w poszczególnych trymestrach a zmienna pierwsza/kolejna ciąża

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali depresji HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od zmiennej (pierwsza/kolejna ciąża) (Tabela 72, Rycina 28).

Tabela 72. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od zmiennej pierwsza/kolejna ciąża

Skala	Ciąża pierwsza				ANOVA	
	Tak		Nie			
	M	SD	M	SD	Z	p
Depresja I trymestr	3,84	2,98	4,07	2,82	-1,00	0,316
Depresja II trymestr	3,36	2,49	4,19	2,96	-2,49	0,012
Depresja III trymestr	3,67	2,53	4,51	3,28	-1,90	0,056

W pierwszym, drugim i w trzecim trymestrze ciąży wyższe średnie wyniki w podskali depresji HADS uzyskały kobiety, dla których nie była to pierwsza ciąża. W drugim trymestrze różnica ta była istotna statystycznie ($p < 0,05$).



Rycina 28. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od zmiennej pierwsza/kolejna ciąża

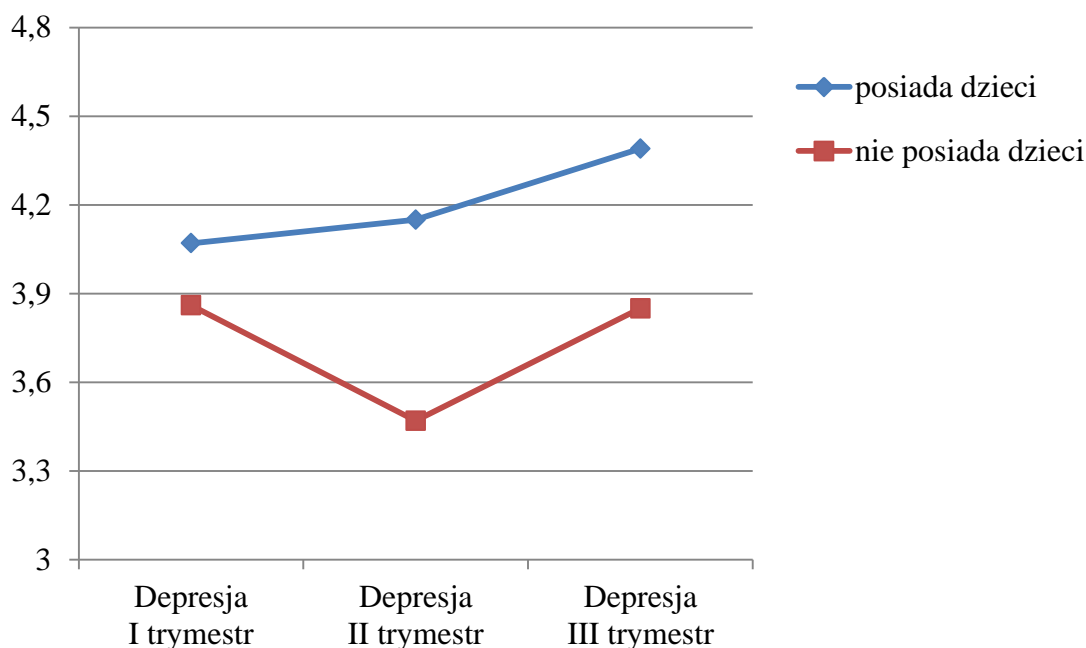
Objawy depresyjne u badanych w poszczególnych trymestrach a dzietność

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali depresji HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od zmiennej posiadanie dzieci (Tab. 73, Ryc. 29).

Tab. 73 Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od posiadania dzieci

Skala	Posiadanie dzieci				ANOVA	
	Tak		Nie			
	M	SD	M	SD	Z	p
Depresja I trymestr	4,07	2,83	3,86	2,96	-0,81	0,41
Depresja II trymestr	4,15	2,98	3,47	2,53	-1,95	0,05
Depresja III trymestr	4,39	3,23	3,85	2,70	-0,74	0,45

W pierwszym, drugim i w trzecim trymestrze ciąży wyższe średnie wyniki w podskali depresji HADS uzyskały kobiety, które posiadały dzieci w porównaniu do kobiet bezdzietnych. Różnice w wynikach średnich nie były jednak istotne statystycznie.



Rycina 29. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od posiadania dzieci

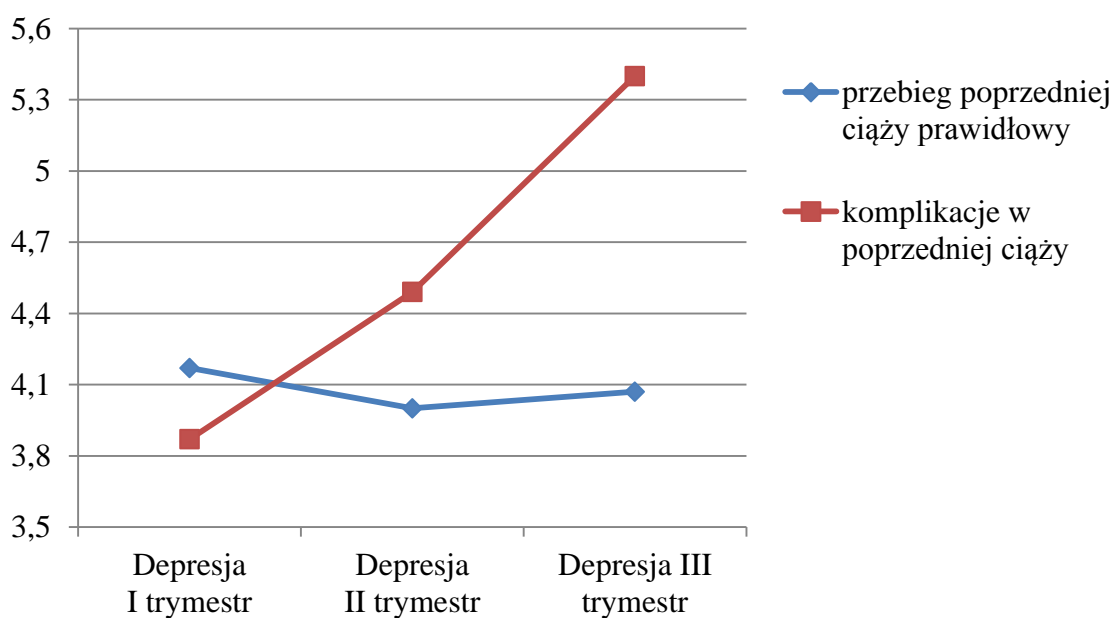
Objawy depresyjne u badanych w poszczególnych trymestrach a przebieg poprzedniej ciąży

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali depresji HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od przebiegu poprzedniej ciąży (Tabela 74, Rycina 30).

W pierwszym i drugim trymestrze kobiety uzyskały zbliżone wyniki średnie w podskali depresji HADS. W trzecim trymestrze wyższy średni wynik w podskali depresji HADS uzyskały kobiety które miały komplikacje w poprzedniej ciąży. Różnica w wynikach uzyskanych w trzecim trymestrze była istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 74. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od przebiegu ostatniej ciąży

Skala	Przebieg poprzedniej ciąży				ANOVA	
	prawidłowy		komplikacje		Z	p
	M	SD	M	SD		
Depresja I trymestr	4,17	2,98	3,87	2,47	-0,08	0,933
Depresja II trymestr	4,00	3,01	4,49	2,87	1,17	0,241
Depresja III trymestr	4,07	3,03	5,40	3,63	2,41	0,015



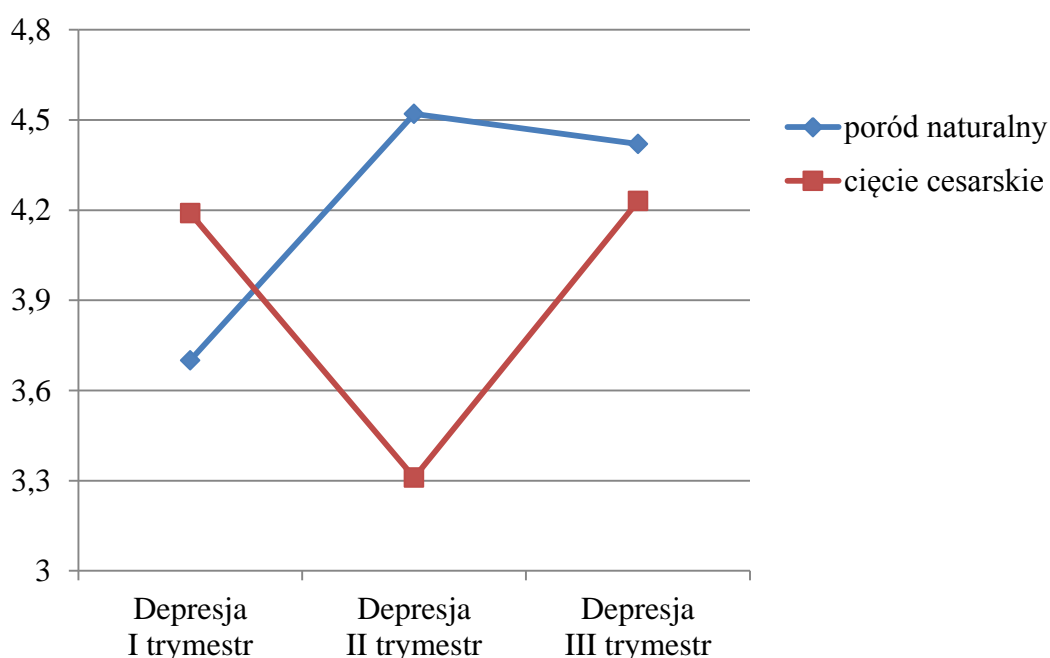
Rycina 30. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od przebiegu ostatniej ciąży

Objawy depresyjne u badanych w poszczególnych trymestrach a rodzaj porodu w wywiadzie

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali depresji HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od rodzaju porodu w poprzedniej ciąży (Tabela 75, Rycina 31).

Tabela 75. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od rodzaju porodu w poprzedniej ciąży

Skala	Poród				ANOVA	
	naturalny		cięcie cesarskie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Depresja I trymestr	3,70	3,03	4,19	2,74	1,390	0,164
Depresja II trymestr	4,52	2,91	3,31	3,01	2,727	0,006
Depresja III trymestr	4,42	3,25	4,23	3,22	0,461	0,644



Rycina 31. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od rodzaju porodu w poprzedniej ciąży

W pierwszym trymestrze wyższy średni wynik w podskali depresji HADS uzyskały kobiety, które poprzednio rodziły przez cesarskie cięcie. Różnica w wynikach nie była istotna statystycznie.

W drugim trymestrze ciąży wyższy średni wynik w podskali depresji HADS uzyskały kobiety, które rodziły poprzednio naturalnie. Różnica w wynikach była istotna statystycznie ($p < 0,05$)

W trzecim trymestrze ciąży wyższy średni wynik uzyskały kobiety rodzące uprzednio naturalnie. Różnica nie była istotna statystycznie

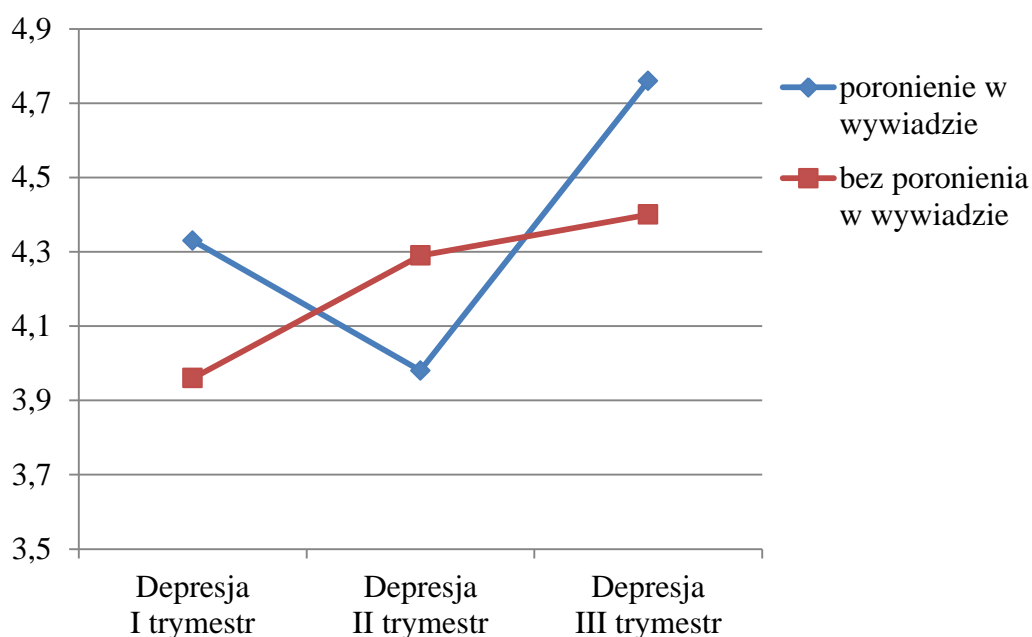
Objawy depresyjne u badanych w poszczególnych trymestrach a poronienie w wywiadzie

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali depresji HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od wystąpienia poronienia w wywiadzie (Tabela 76, Rycina 32).

W pierwszym trymestrze wyższy średni wynik w podskali depresji HADS uzyskały kobiety z poronieniem w wywiadzie. Różnice nie były istotne statystycznie. W drugim trymestrze ciąży kobiety wyższy średni wynik w skali podskali depresji uzyskały kobiety, które nie miały poronienia w wywiadzie. Różnica nie była istotna statystycznie. W trzecim trymestrze ciąży wyższy średni wynik uzyskały kobiety z poronieniem w wywiadzie. Różnica nie była istotna statystycznie

Tabela 76. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności wystąpienia poronienia w wywiadzie

Skala	Poronienia				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Depresja I trymestr	4,33	2,74	3,96	2,86	0,96	0,33
Depresja II trymestr	3,98	2,50	4,29	3,15	-0,12	0,89
Depresja III trymestr	4,76	2,85	4,40	3,46	1,19	0,23



Rycina 32. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od wystąpienia poronienia w wywiadzie

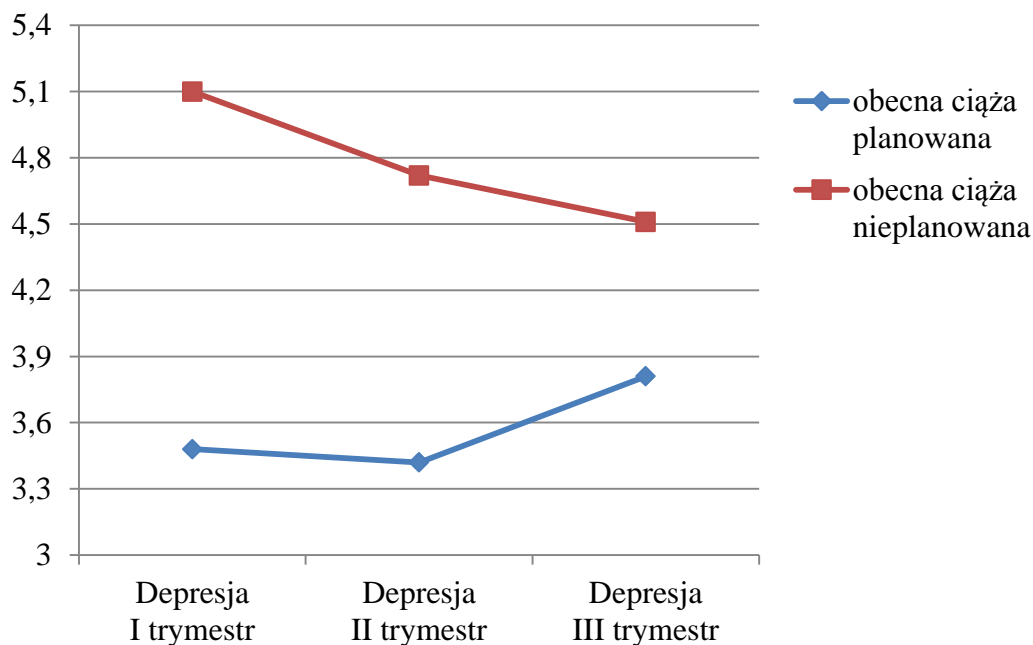
Objawy depresyjne u badanych w poszczególnych trymestrach a zmienna planowanie ciąży

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali depresji HADS w poszczególnych trymestrach uzyskanych przez badane z zależności od zmiennej planowanie ciąży (Tabela 77, Rycina 33).

Tabela 77. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od zmiennej planowanie ciąży

Skala	Cięża planowana				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Depresja I trymestr	3,48	2,67	5,10	3,09	-4,35	0,000
Depresja II trymestr	3,42	2,60	4,72	2,99	-3,63	0,000
Depresja III trymestr	3,81	2,98	4,84	2,88	-3,14	0,001

We wszystkich trymestrach ciąży wyższe średnie wyniki w podskali depresji HADS uzyskały kobiety, które nie planowały obecnej ciąży. Różnice w wynikach były istotne statystycznie ($p < 0,05$).



Rycina 33. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od zmiennej planowanie ciąży

Podsumowanie

1. Kobiety będące w pierwszej ciąży uzyskały wyższe wyniki w podskali depresji Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (HADS) w porównaniu do kobiet będących w kolejnej ciąży. Różnica była istotna statystycznie w drugim trymestrze ciąży.
2. Występowanie komplikacji poprzedniej ciąży wiązało się z wyższymi wynikami w podskali depresji w trzecim trymestrze.
3. Kobiety które rodziły drogą natury uzyskały istotnie statystycznie wyższe wyniki w podskali depresji HADS w drugim trymestrze ciąży.
4. Ciąża nieplanowana wiązała się z wyższymi wynikami w podskali depresji we wszystkich trymestrach ciąży.

10. Objawy lękowe i objawy depresyjne u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży a zachowania ryzykowne

W niniejszym podrozdziale zostaną przedstawione wyniki badań dotyczące zależności między średnimi wynikami w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji HADS a zachowaniami ryzykownymi. Ze względu na to, że w trakcie ciąży niewiele badanych piło alkohol i paliło papierosy, analizowano jedynie zachowania ryzykowne podejmowane przed ciążą.

10.1 Objawy lękowe u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach a zachowania ryzykowne

Objawy lękowe u badanych w poszczególnych trymestrach a palenie papierosów przed ciążą

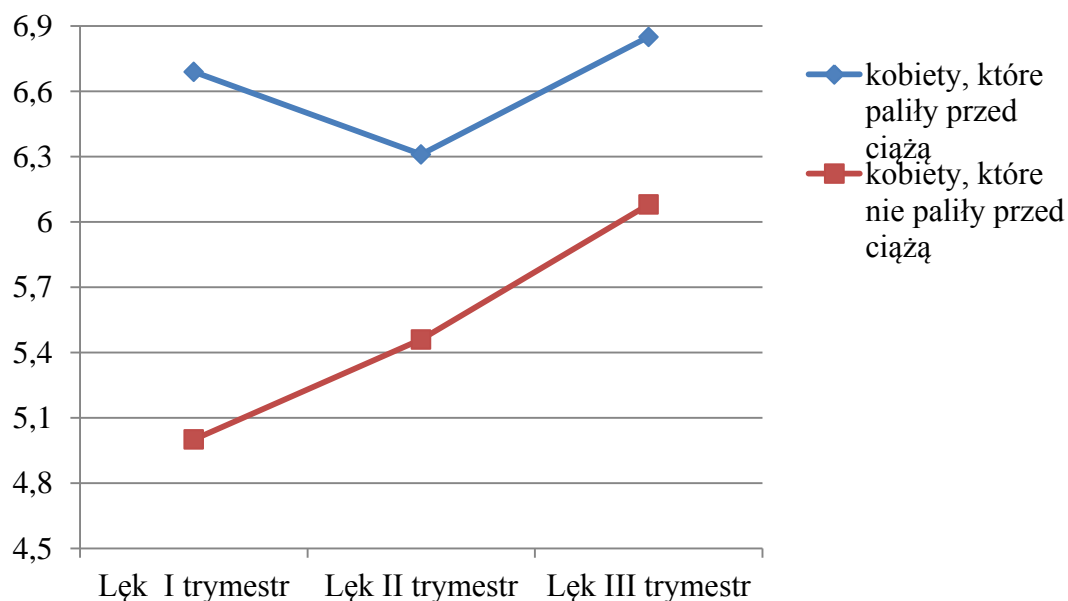
Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od tego czy paliły papierosy przed ciążą (Tabela 78, Rycina 34).

Tabela 78. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od tego czy paliły papierosy przed ciążą

Skala	Palenie papierosów przed ciążą				ANOVA	
	Tak		Nie			
	M	SD	M	SD	Z	p
Lęk I trymestr	6,69	3,54	5,00	3,37	2,119	0,034
Lęk II trymestr	6,31	3,22	5,46	3,00	1,888	0,059
Lęk III trymestr	6,85	3,71	6,08	3,46	1,888	0,059

We wszystkich trymestrach wyższy średni wynik w podskali lęku HADS uzyskały kobiety, które paliły papierosy przed zajściem w ciążę. W pierwszym

trymestrze różnica w wynikach była istotna statystycznie ($p < 0,05$), w drugim i trzecim trymestrze różnica w wynikach zbliżała się do istotności statystycznej.



Rycina 34. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od tego czy paliły przed ciążą

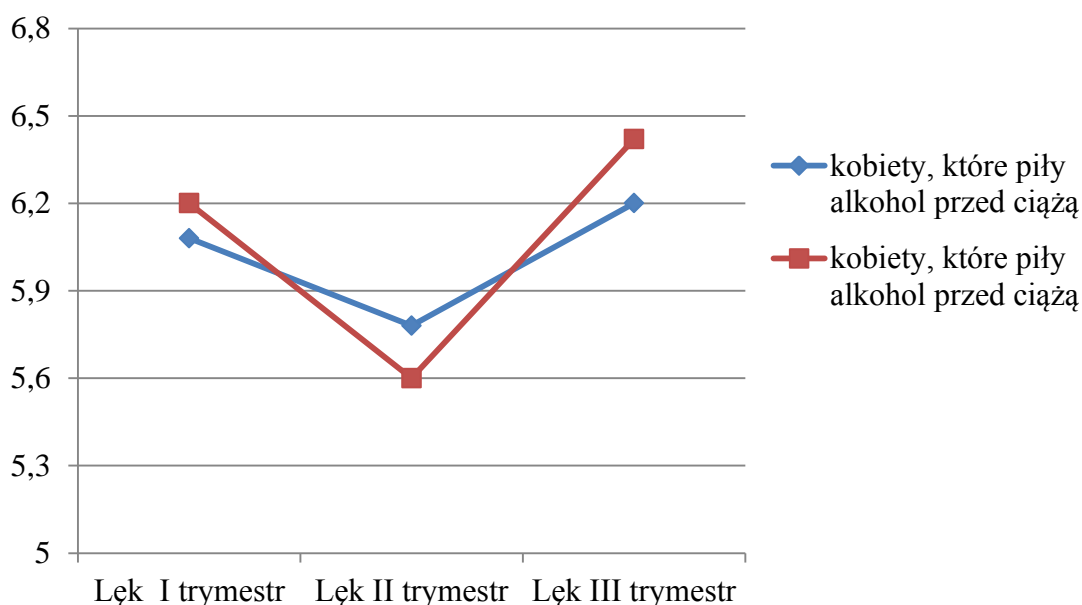
Objawy lękowe u badanych w poszczególnych trymestrach ciąży a spożywanie alkoholu przed ciążą

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od tego czy spożywały alkohol przed ciążą (Tabela 79, Rycina 35)

Kobiety z obu grup uzyskały bardzo zbliżone wyniki średnie w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach. Nie stwierdzono różnicy istotnej statystycznie w uzyskanych wynikach.

Tabela 79. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od tego czy piły alkohol przed ciążą

Skala	Alkohol przed ciążą				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	P
	M	SD	M	SD		
Lęk I trymestr	6,08	3,23	6,20	3,68	0,30	0,76
Lęk II trymestr	5,78	3,00	5,60	3,20	0,56	0,57
Lęk III trymestr	6,20	3,35	6,42	3,78	-0,07	0,93



Rycina 35. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od tego czy spożywały piły alkohol przed ciążą

Podsumowanie

1. Badane, które paliły papierosy przed zajściem w ciążę uzyskały istotnie statystycznie wyższe wyniki w podskali lęku HADS w pierwszym trymestrze.
2. Kobiety spożywające alkohol przed zajściem w ciążę nie różniły się co do nasilenia objawów lękowych w ciąży w porównaniu do kobiet, które nie spożywały alkoholu.

10.2 Objawy depresyjne u badanych kobiet w poszczególnych trymestrach a zachowania ryzykowne

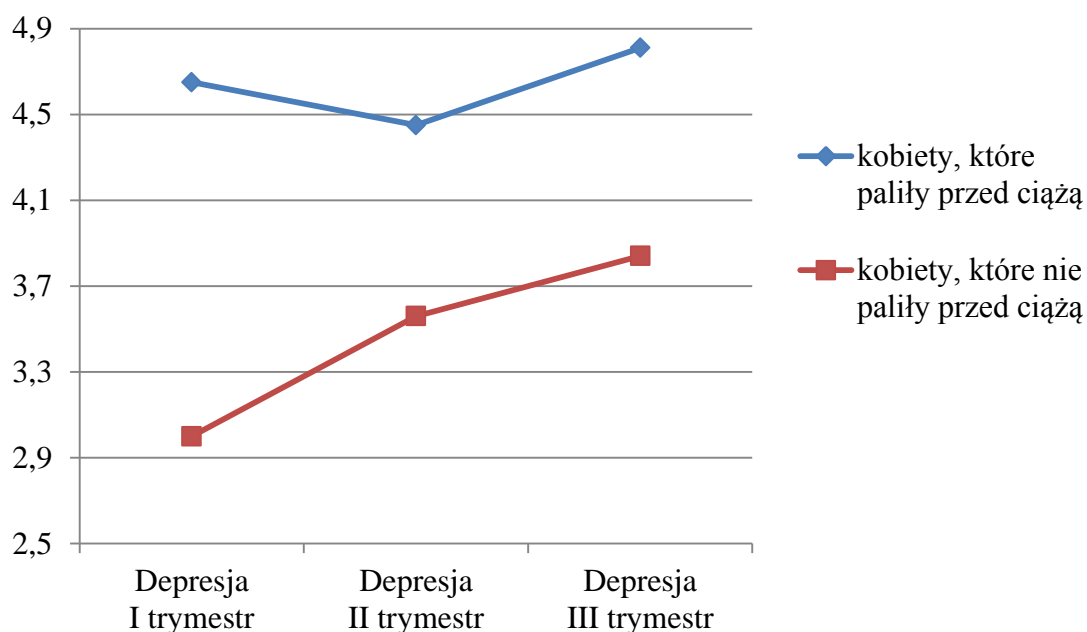
Objawy depresyjne u badanych w poszczególnych trymestrach a palenie papierosów przed ciążą

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali depresji HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od tego czy paliły papierosy przed ciążą (Tabela 80, Rycina 36).

Tabela 80. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od tego czy paliły papierosy przed ciążą

Skala	Palenie papierosów przed ciążą				ANOVA	
	Tak		Nie			
	M	SD	M	SD	Z	p
Depresja I trymestr	4,64	3,29	3,00	2,68	2,21	0,026
Depresja II trymestr	4,45	2,92	3,56	2,69	2,75	0,005
Depresja III trymestr	4,81	3,12	3,84	2,89	2,75	0,005

We wszystkich trymestrach wyższy średni wynik w podskali depresji HADS uzyskały kobiety, które paliły papierosy przed zajściem w ciążę. Różnica ta była istotna statystycznie ($p < 0,05$).



Rycina 36. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od tego czy paliły przed ciążą

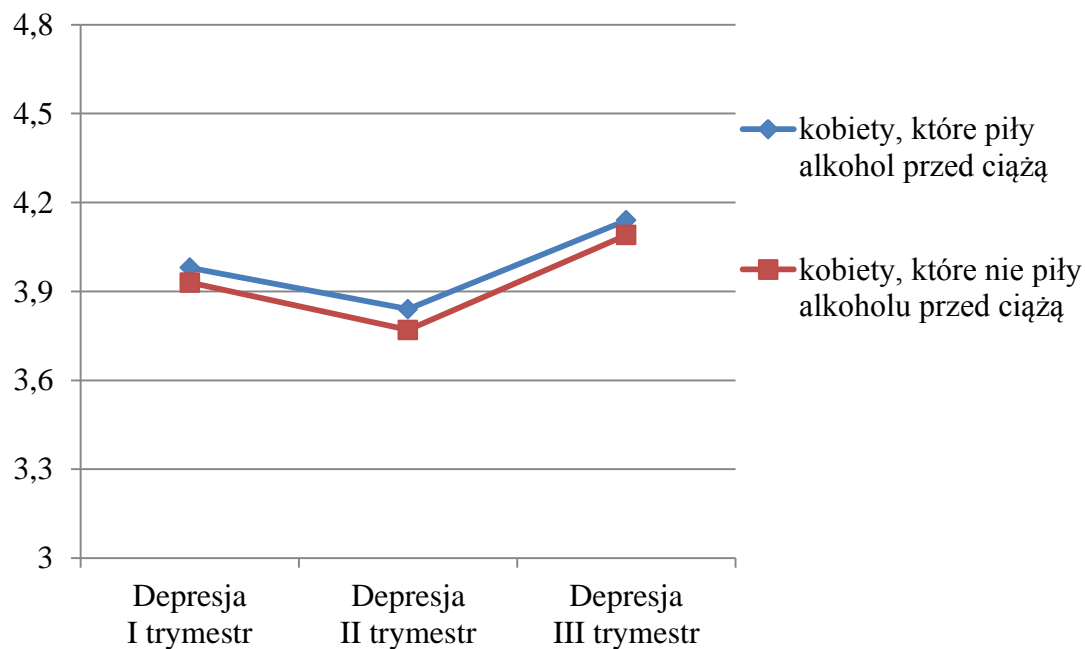
Objawy depresyjne u badanych w poszczególnych trymestrach ciąży a spożywanie alkoholu przed ciążą

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w podskali depresji HADS w poszczególnych trymestrach w zależności od tego czy spożywały alkohol przed ciążą (Tabela 81, Rycina 37).

Tabela 81. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od tego czy spożywały alkohol przed ciążą

Skala	Alkohol przed ciążą				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Depresja I trymestr	3,98	3,01	3,93	2,75	0,07	0,938
Depresja II trymestr	3,84	2,68	3,77	2,91	0,59	0,551
Depresja III trymestr	4,14	3,00	4,09	2,97	0,17	0,862

Kobiety z obu grup uzyskały bardzo zbliżone wyniki średnie w podskali depresji HADS w poszczególnych trymestrach. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w uzyskanych wynikach.



Rycina 37. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS (Szpitalnej Skali Depresji i Lęku) w poszczególnych trymestrach w zależności od tego czy spożywały alkohol

Podsumowanie

1. Badane, które paliły papierosy przed zajściem w ciążę uzyskały istotnie statystycznie wyższe wyniki w podskali depresji HADS we wszystkich trymestrach.
2. Kobiety spożywające alkohol przed zajściem w ciążę nie różniły się co do nasilenia objawów depresyjnych w ciąży w porównaniu do kobiet, które nie spożywały alkoholu.

11. Socjodemograficzne i psychospołeczne uwarunkowania wystąpienia objawów lęku i depresji u badanych kobiet

11.1 Socjodemograficzne i psychospołeczne uwarunkowania wystąpienia objawów lęku u badanych

Grupę badaną podzielono na dwie podgrupy, pierwszą, w której przynajmniej w jednym momencie ciąży wystąpiły objawy lękowe i drugą, w której w żadnym momencie ciąży objawy lękowe nie wystąpiły a następnie dokonano ich charakterystyki różnicowej pod względem zmiennych demograficznych, medycznych, psychospołecznych.

Zmienne demograficzne a występowanie objawów lękowych u badanych

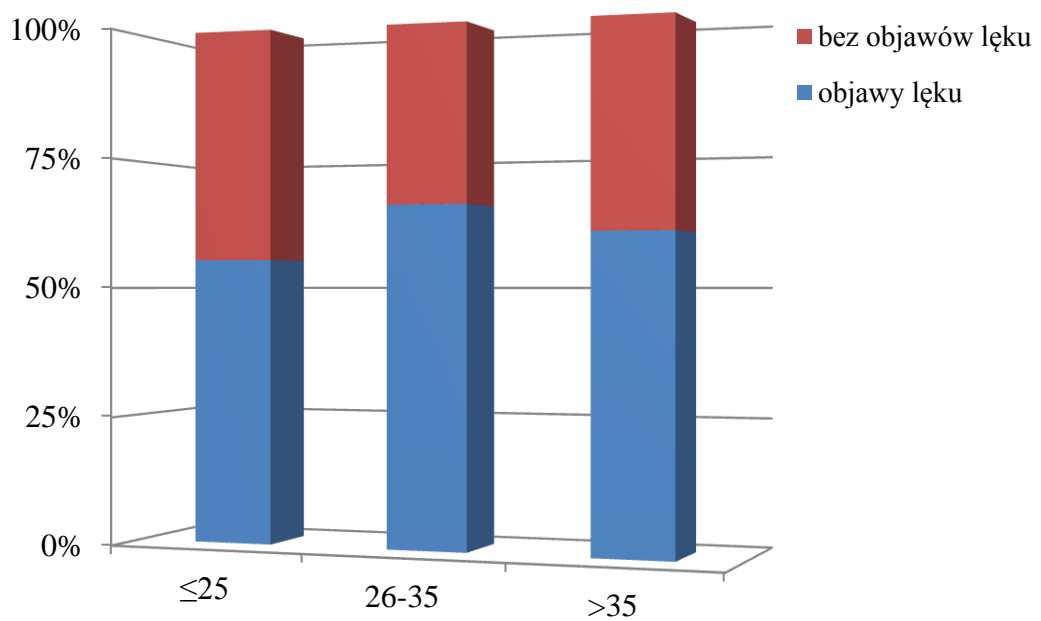
Grupa wiekowa a występowanie objawów lękowych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów lękowych w zależności od grupy wiekowej badanych (Tabela 82, Rycina. 38).

Najczęściej (44,6%; N=41) objawy lęku w okresie ciąży występowały w grupie kobiet najmłodszych (do 25 roku życia), najrzadziej (34,2%; N=41) w grupie kobiet od 26–35 roku życia. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy co do częstości występowania lęku w ciąży między grupami wiekowymi

Tabela 82. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od grupy wiekowej

	Wiek						χ^2	p
	≤25		26-35		>35			
	N	%	N	%	N	%		
Bez objawów lęku	51	55,4	121	65,8	23	60,5	2,824	0,243
Objawy lęku	41	44,6	63	34,2	15	39,5		
Razem	92	100,0	184	100,0	38	100,0		



Rycina 38. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od grupy wiekowej

Miejsce zamieszkania a występowanie objawów lęku u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów lękowych w zależności od miejsca zamieszkania badanych (Tabela 83, Rycina 39).

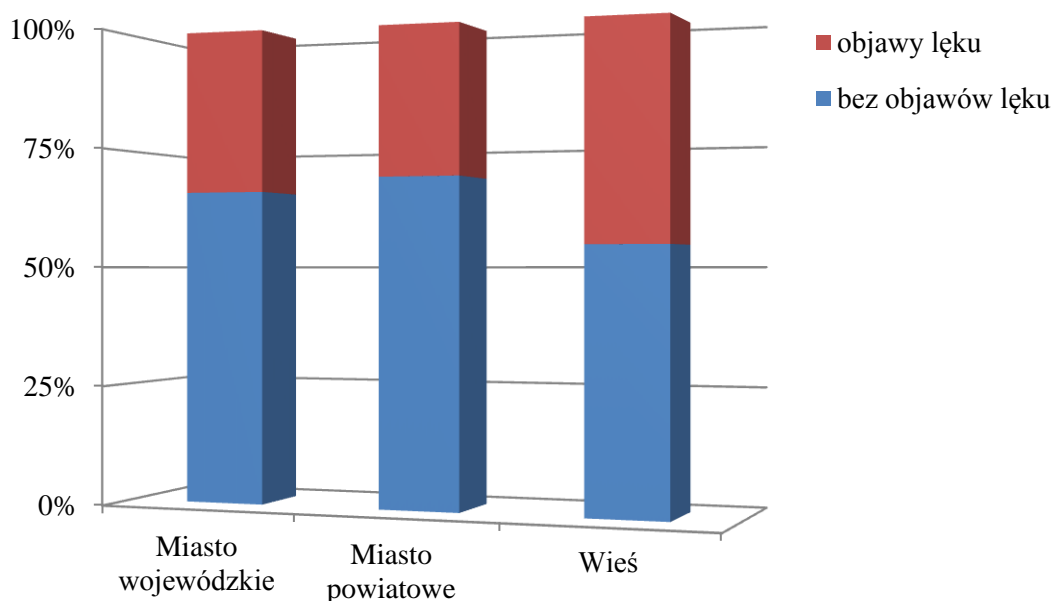
Tabela 83. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od miejsca zamieszkania

	Miejsce zamieszkania							
	Miasto woj		Miasto pow.		Wieś			
	N	%	N	%	N	%	χ^2	P
Bez objawów lęku	56	65,9	68	68,7	71	54,6	5,435	0,066
Objawy lęku	29	34,1	31	31,3	59	45,4		
Razem	85	100,0	99	100,0	130	100,0		

Miasto woj.– Miasto wojewódzkie

Miasto pow.– Miasto powiatowe

Najczęściej objawy lęku w okresie ciąży występowały w grupie kobiet mieszkających na wsi (45,4%; N=59), najrzadziej w grupie kobiet mieszkających w mieście wojewódzkim (34,1%; N=29). Nie stwierdzono jednak istotnej statystycznie różnicy co do częstości występowania objawów lęku w ciąży w zależności od miejsca zamieszkania.



Rycina 39. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od miejsca zamieszkania

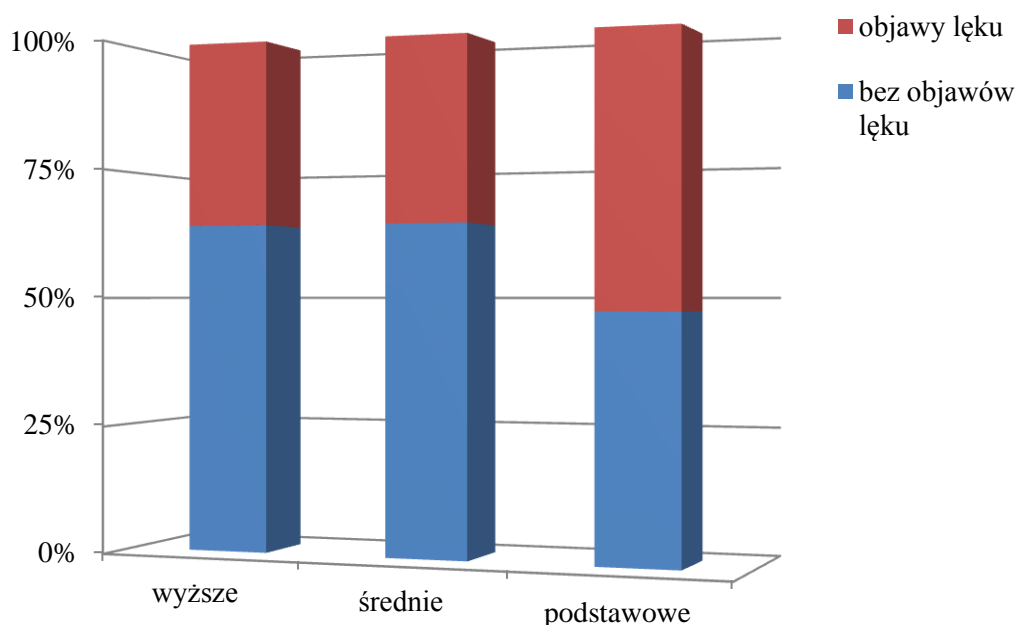
Wykształcenie a występowanie objawów lękowych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów lękowych w zależności od poziomu wykształcenia badanych (Tabela 84, Rycina 40).

Najczęściej objawy lęku w okresie ciąży występowały w grupie kobiet z wykształceniem podstawowym (52,5%; N=21), rzadziej w grupie z wykształceniem średnim (35,8%; N=54), i wyższym (35,8%; N=44). Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w częstości występowania objawów lęku w ciąży w zależności od poziomu wykształcenia.

Tabela 84. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od wykształcenia

	Wykształcenie						χ^2	P
	wyższe		średnie		podstawowe			
	N	%	N	%	N	%		
Bez objawów lęku	79	64,2	97	62,2	19	47,5	4,152	0,245
Objawy lęku	44	35,8	54	35,8	21	52,5		
Razem	123	100,0	151	100,0	40	100,0		



Rycina 40. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od wykształcenia

Stan cywilny a występowanie objawów lękowych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów lękowych w zależności od stanu cywilnego badanych (Tabela 85, Rycina 41). Pominęto w analizie badaną, która była rozwiedziona.

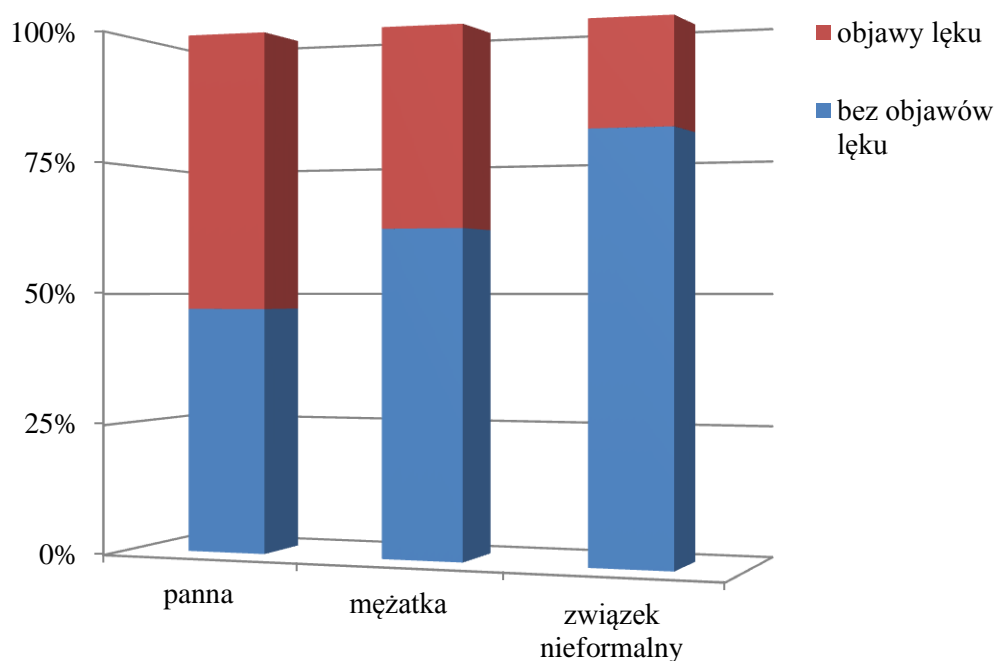
Najczęściej objawy lęku w okresie ciąży występowały w grupie kobiet, które były pannami (53,9%;N=18), najrzadziej w grupie kobiet będących w związku nieformalnym

(20,0%; N=5). Różnica między grupami co do częstości występowania objawów lęku była istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 85. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od stanu cywilnego

	Stan cywilny						χ^2	P
	panna		mężatka		zw. nief			
	N	%	N	%	N	%		
Bez objawów lęku	16	47,1	158	62,2	20	80,0	6,662	0,035
Objawy lęku	18	53,9	96	37,8	5	20,0		
Razem	34	100,0	254	100,0	25	100,0		

zw. nief.– związek nieformalny



Rycina 41. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od stanu cywilnego

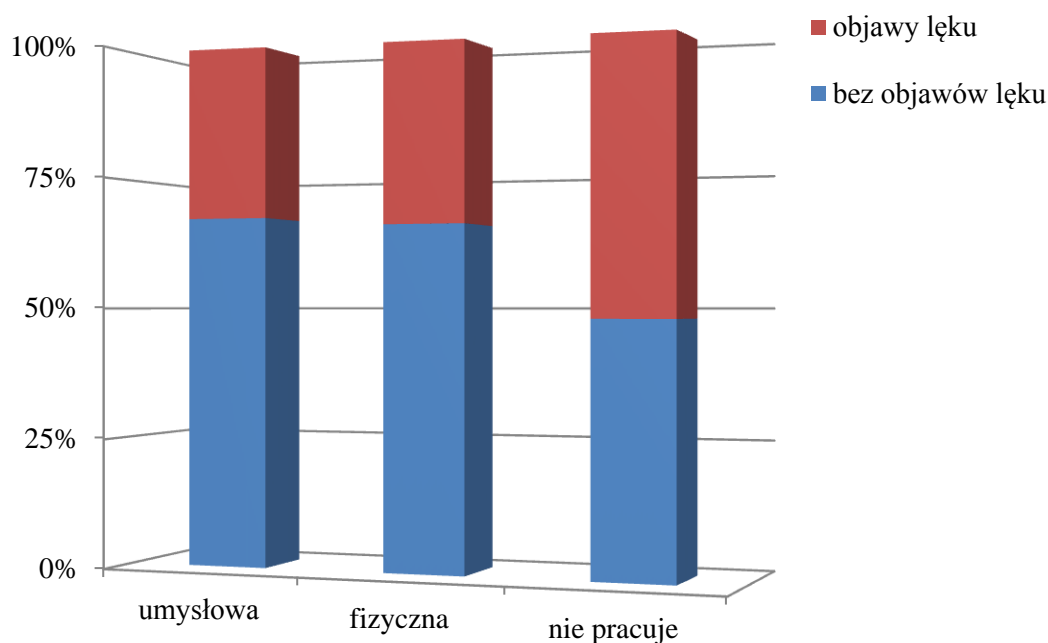
Rodzaj aktywności zawodowej a występowanie objawów lękowych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów lękowych w zależności od rodzaju aktywności zawodowej (Tabela 86, Rycina 42).

Najczęściej objawy lęku w okresie ciąży występowały w grupie kobiet nie pracujących (51,9%; N=41), najrzadziej w grupie kobiet pracujących umysłowo (32,7%; N=53). Różnica między grupami co do częstości występowania objawów lęku była istotna statystycznie.

Tabela 86. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od rodzaju aktywności zawodowej

	Rodzaj aktywności zawodowej							
	umysłowa		fizyczna		nie pracuje			
	N	%	N	%	N	%	χ^2	P
Bez objawów lęku	109	67,3	48	65,8	38	48,1	8,841	0,012
Objawy lęku	53	32,7	25	34,2	41	51,9		
Razem	162	100,0	73	100,0	79	100,0		



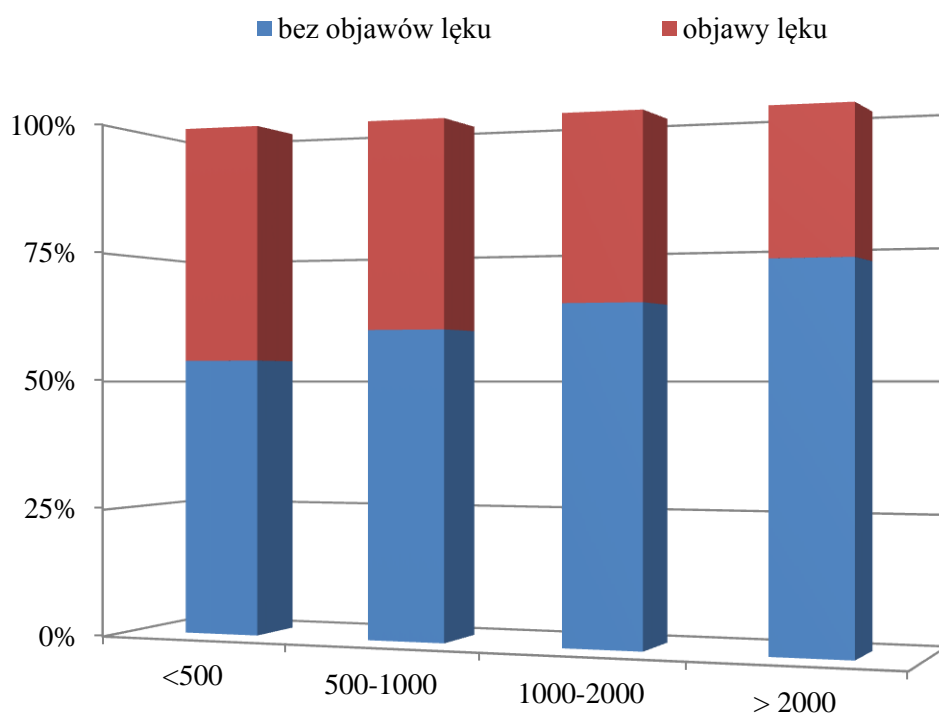
Rycina 42. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od rodzaju aktywności zawodowej

Dochód na jednego członka rodziny a występowanie objawów lękowych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów lękowych w zależności od dochodu (Tabela 87, Rycina 43).

Tabela 87. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od dochodu

	Dochód								χ^2	P
	<500		500-1000		1000-2000		>2000			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Bez objawów lęku	20	54,1	85	59,9	64	64,6	26	72,2	3,160	0,367
Objawy lęku	17	45,9	57	40,1	35	35,4	10	27,6		
Razem	37	100,0	142	100,0	99	100,0	36	100,0		



Rycina 43. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od dochodu

Najczęściej objawy lęku w okresie ciąży występowały w grupie kobiet o najniższym miesięcznym dochodzie (45,9%; N=17), najrzadziej w grupie kobiet o najwyższym miesięcznym dochodzie (27,6%; N=10). Nie stwierdzono jednak istotnej statystycznie różnicy w częstości występowania objawów lęku w ciąży między grupami w zależności od dochodu miesięcznego na jednego członka rodziny.

Ocena sytuacji materialnej a występowanie objawów lękowych u badanych

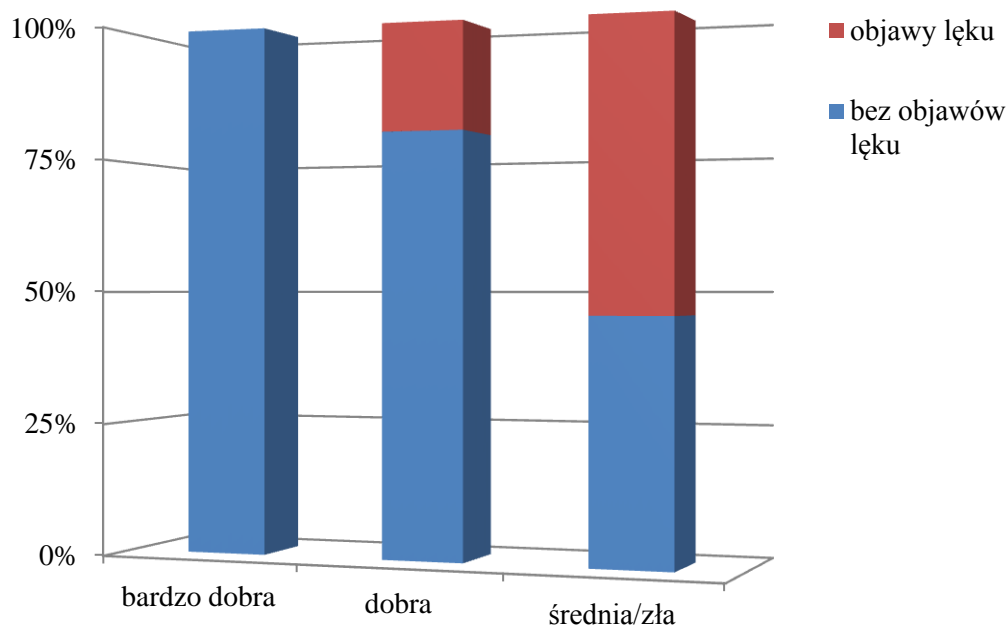
Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów lękowych w zależności od oceny sytuacji materialnej (Tabela 88, Rycina 44).

Tabela 88. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od oceny sytuacji materialnej

	Sytuacja materialna						χ^2	P
	bdb		db		śr/zła			
	N	%	N	%	N	%		
Bez objawów lęku	15	100,0	122	70,9	58	45,7	29,420	0,000
Objawy lęku	0	0,0	50	29,1	69	54,3		
Razem	15	100,0	172	100,0	127	100,0		

bdb – bardzo dobra, db – dobra, śr– średnia

Najczęściej objawy lęku w okresie ciąży występowały w grupie kobiet, które oceniały swoją sytuację materialną jako średnią lub złą (54,3%; N=69). W grupie kobiet, które oceniały swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą w ogóle nie wystąpiły objawy lęku w ciąży. Różnica między grupami co do częstości występowania objawów lęku była istotna statystycznie ($p < 0,05$).



Rycina 44. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od oceny sytuacji materialnej

Ocena sytuacji mieszkaniowej a występowanie objawów lękowych u badanych

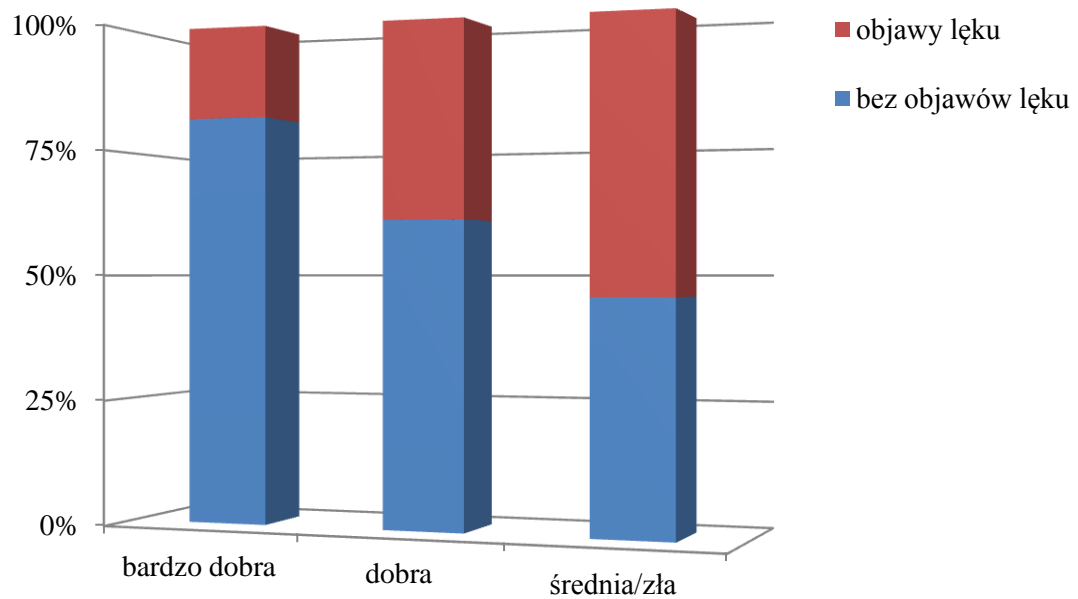
Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów lękowych w zależności od oceny sytuacji mieszkaniowej (Tabela 89, Rycina 45).

Tabela 89. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od oceny sytuacji mieszkaniowej

	Sytuacja mieszkaniowa							
	bdb		db		śr/zła			
	N	%	N	%	N	%	χ^2	P
Bez objawów lęku	58	81,7	103	60,9	34	45,9	19,877	0,000
Objawy lęku	13	18,3	66	39,1	40	54,1		
Razem	71	100,0	169	100,0	74	100,0		

bdb – bardzo dobra, db – dobra, śr– średnia

Najczęściej objawy lęku w okresie ciąży występowały w grupie kobiet, które oceniały swoją sytuację mieszkaniową jako średnią lub złą (54,1%; N=40), najrzadziej w grupie kobiet które oceniały swoją sytuację mieszkaniową jako bardzo dobrą (18,3%; N=13). Różnica między grupami co do częstości występowania objawów lęku była istotna statystycznie.



Rycina 45. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od oceny sytuacji mieszkaniowej

Podsumowanie

1. Objawów lękowych częściej doświadczały panny, kobiety nie pracujące zawodowo, oraz te badane, które oceniały gorzej swoją sytuację materialną i mieszkaniową.
2. Pozostałe zmienne demograficzne nie wiązały się z częstością występowania objawów lękowych.

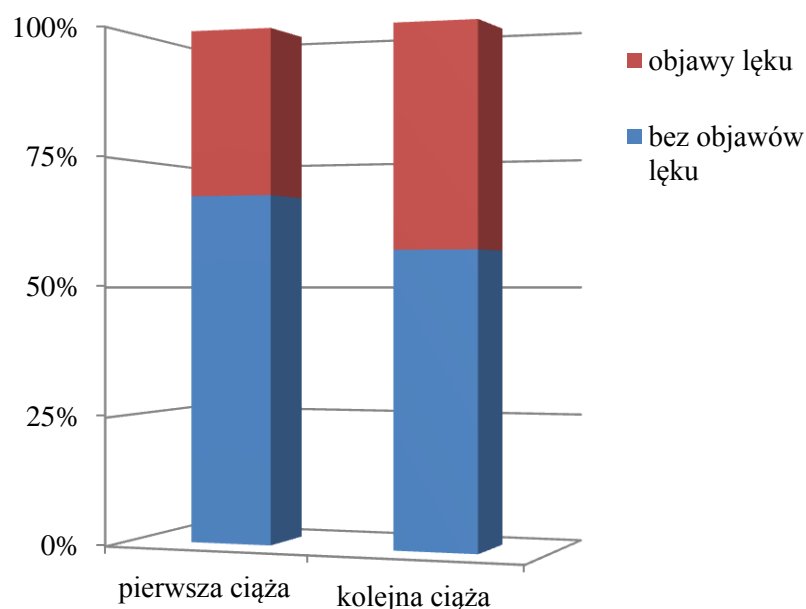
Zmienne medyczne a występowanie objawów lękowych u badanych

Liczba ciąż a występowanie objawów lękowych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów lękowych w zależności liczby ciąż (Tabela 90, Rycina 46).

Tabela 90. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od liczby ciąż

Zmienna	Pierwsza ciąża					
	Tak		Nie			
	N	%	N	%	χ^2	p
Bez objawów lęku	99	67,8	96	57,1	3,775	0,052
Objawy lęku	47	32,2	72	42,9		
Razem	146	100,0	168	100,0		



Rycina 46. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od liczby ciąż

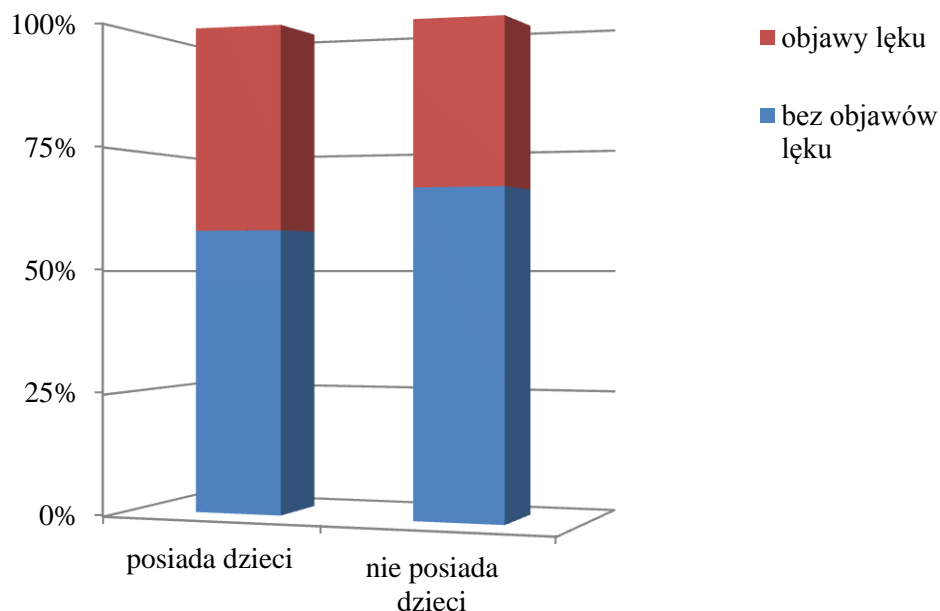
Częściej objawy lęku w okresie ciąży występowały w grupie kobiet, dla których nie była to pierwsza ciąża (42,9%; N=72), rzadziej w grupie kobiet będących po raz pierwszy w ciąży (32,2%; N=47). Różnica zbliżała się do istotności statystycznej ($p=0,052$).

Dzietność a występowanie objawów lękowych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów lękowych w zależności od tego czy badane posiadały dzieci (Tabela 91, Rycina 47).

Tabela 91. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od zmiennej posiadanie dzieci.

Zmienna	Posiadanie dzieci				χ^2	p
	Tak		Nie			
	N	%	N	%		
Bez objawów lęku	91	58,3	105	66,5	2,561	0,109
Objawy lęku	65	42,3	53	33,5		
Razem	156	100,0	158	100,0		



Rycina 47. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od zmiennej posiadanie dzieci

Częściej objawy lęku w okresie ciąży występował w grupie kobiet posiadających dzieci (42,3%; N=65), rzadziej w grupie kobiet nie posiadających dzieci (33,5%; N=53). Nie stwierdzono jednak istotnej statystycznie różnicy w częstości występowania objawów lęku w ciąży w zależności od posiadania dzieci.

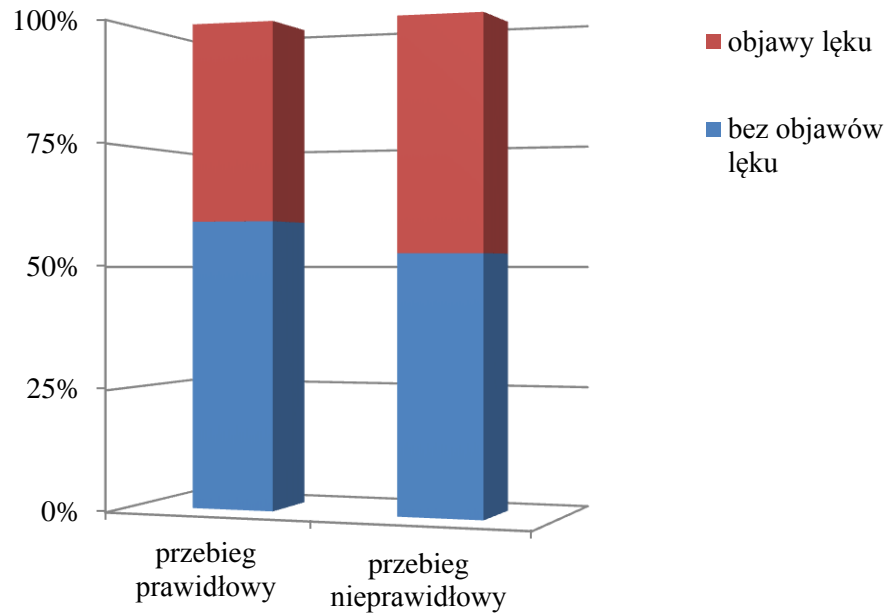
Przebieg poprzedniej ciąży a występowanie objawów lękowych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów lękowych w zależności od przebiegu poprzedniej ciąży (Tabela 92, Rycina 48).

Tabela 92. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od przebiegu poprzedniej ciąży.

Zmienna	Przebieg prawidłowy					
	Tak		Nie			
	N	%	N	%	χ^2	p
Bez objawów lęku	67	59,3	29	52,7	0,651	0,109
Objawy lęku	46	40,7	26	47,3		
Razem	113	100,0	55	100,0		

Częściej objawy lęku w okresie ciąży występowały w grupie kobiet z nieprawidłowo przebiegającą poprzednią ciążą (47,3%; N=26), rzadziej w grupie kobiet, których ciąża przebiegała prawidłowo (40,7%;N=46). Nie stwierdzono jednak różnicy istotnej statystycznie w częstości występowania objawów lęku w ciąży między grupami w zależności od przebiegu poprzedniej ciąży.



Rycina 48. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od przebiegu poprzedniej ciąży

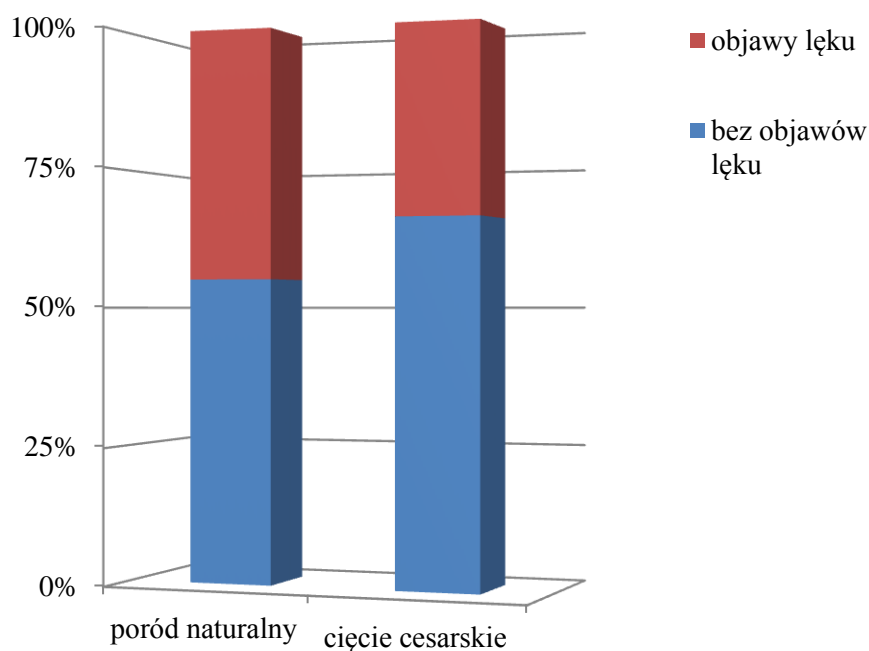
Rodzaj porodu a występowanie objawów lękowych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów lękowych w zależności od rodzaju poprzedniego porodu (Tabela 93, Rycina 49).

Tabela 93. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od rodzaju poprzedniego porodu

Zmienna	Poród					
	naturalny		cięcie			
	N	%	N	%	χ^2	p
Bez objawów lęku	60	55,1	31	66,0	1,608	0,204
Objawy lęku	49	44,9	16	34,0		
Razem	109	100,0	47	100,0		

Częściej objawy lęku w okresie ciąży występował w grupie kobiet, które poprzednio rodziły siłami natury (44,9%; N=49), rzadziej w grupie kobiet które rodziły przez cięcie cesarskie (34%; N=16). Nie stwierdzono jednak istotnej statystycznie różnicy w częstości występowania objawów lęku w ciąży między grupami w zależności od rodzaju porodu w poprzedniej ciąży wiekowymi.



Rycina 49. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży w zależności od rodzaju poprzedniego porodu

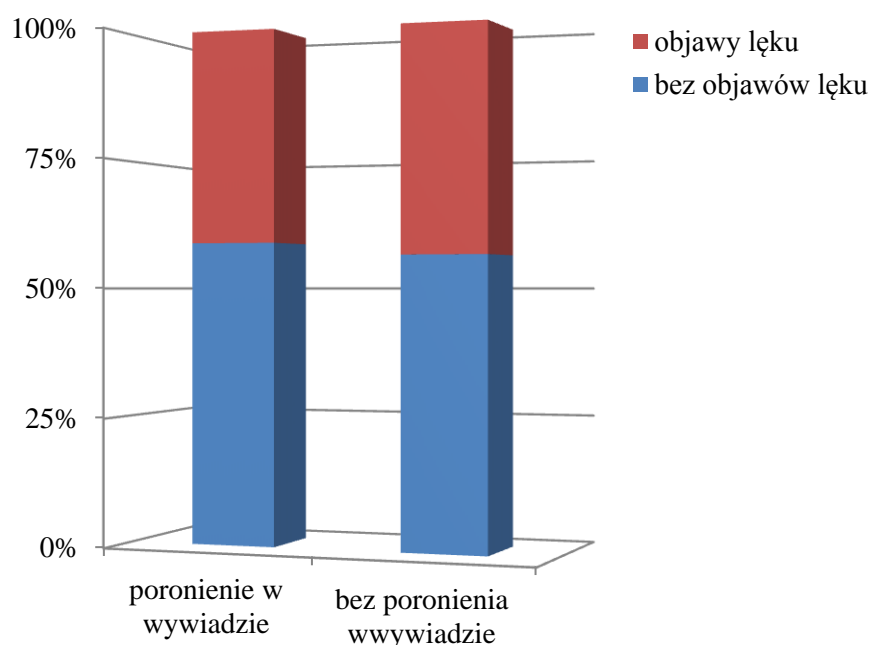
Poronienie w wywiadzie a występowanie objawów lękowych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów lękowych w zależności od wywiadu w kierunku wystąpienia poronienia (Tabela 94, Rycina 50).

Częściej objawy lęku w okresie ciąży występowały w grupie kobiet, które nie doświadczyły poronienia w przeszłości (43,6%; N=51), rzadziej w grupie kobiet, u których doszło do poronienia (41,2%; N=21). Nie stwierdzono jednak istotnej statystycznie różnicy co do częstości występowania objawów lęku w ciąży między grupami.

Tabela 94. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży z uwzględnieniem poronienia w wywiadzie

Zmienna	Poronienie					
	Tak		Nie			
	N	%	N	%	χ^2	p
Bez objawów lęku	30	58,8	66	56,4	0,084	0,771
Objawy lęku	21	41,2	51	43,6		
Razem	51	100,0	117	100,0		



Rycina 50. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży z uwzględnieniem poronienia w wywiadzie

Odczucia wobec aktualnej ciąży a występowanie objawów lękowych u badanych

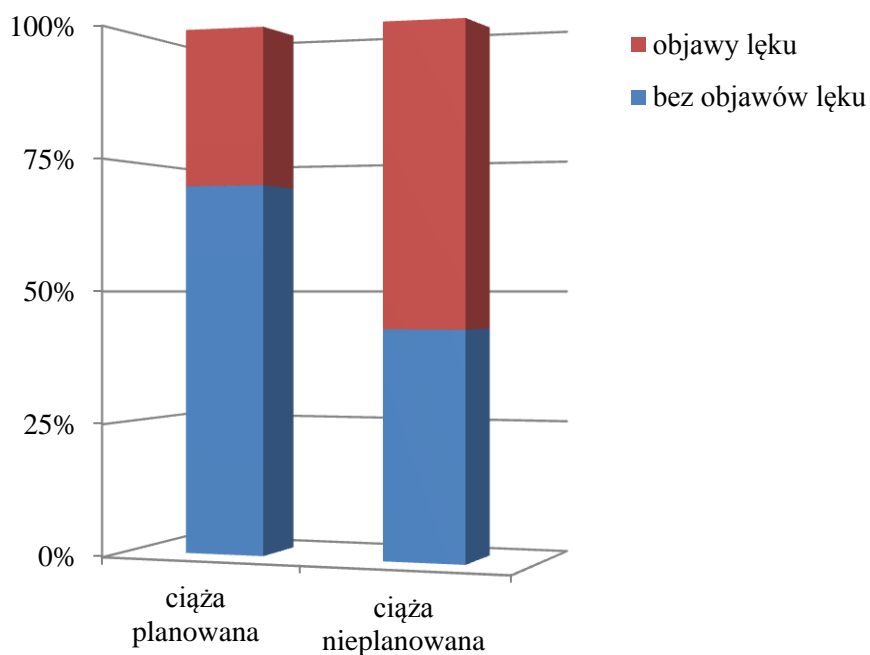
Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów lękowych w zależności od planowania obecnej ciąży (Tabela 95, Rycina 51).

Częściej objawy lęku w okresie ciąży występowały w grupie kobiet, które nie planowały obecnej ciąży (57,0%; N=53), rzadziej w grupie kobiet, które planowały

obecną ciążę (29,9%; N=66). Różnica między grupami co do częstości występowania objawów lęku była istotna statystycznie.

Tabela 95. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży z uwzględnieniem faktu planowania obecnej ciąży

Zmienna	Ciąża planowana				χ^2	p
	Tak		Nie			
	N	%	N	%		
Bez objawów lęku	155	70,1	40	43,0	20,462	0,000
Objawy lęku	66	29,9	53	57,0		
Razem	221	100,0	93	100,0		



Rycina 51. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży z uwzględnieniem faktu planowania obecnej ciąży

Podsumowanie

1. Objawów lękowych częściej doświadczały kobiety nie planujące obecnej ciąży.
2. Pozostałe zmienne medyczne, takie jak: dieta, przebieg poprzedniej ciąży, rodzaj porodu, poronienie w wywiadzie nie wpływały na częstość występowania objawów lękowych w obecnej ciąży u badanych

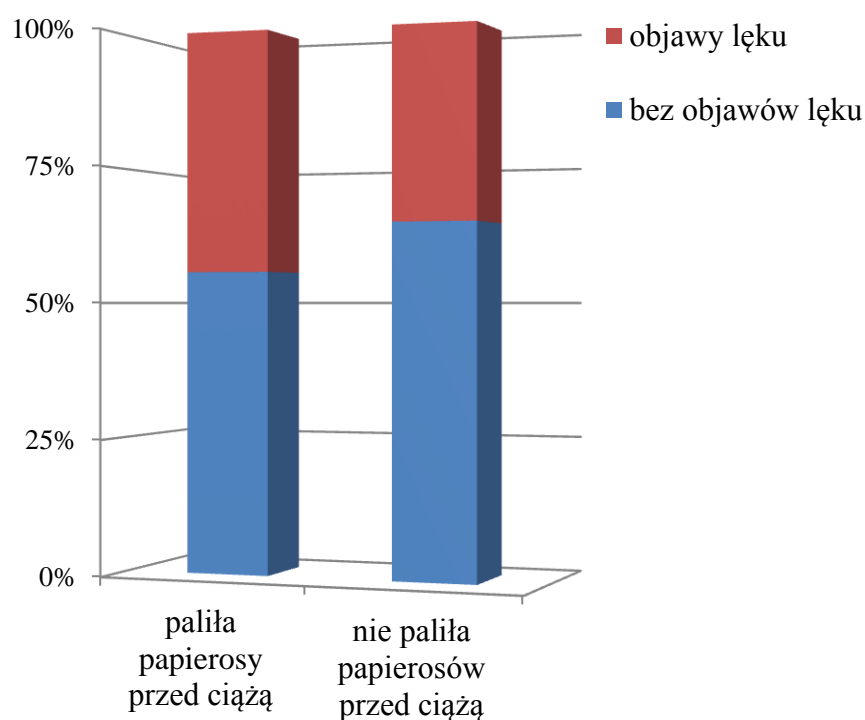
Zachowania ryzykowne a występowanie objawów lękowych u badanych

Palenie papierosów przed ciążą a występowanie objawów lękowych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów lękowych z uwzględnieniem palenia papierosów przed ciążą (Tabela 96, Rycina 52).

Tabela 96. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży z uwzględnieniem palenia papierosów przed ciążą

Zmienna	Palenie przed ciążą					
	Tak		Nie			
	N	%	N	%	χ^2	p
Bez objawów lęku	49	55,7	146	64,6	2,141	0,143
Objawy lęku	39	44,3	80	35,4		
Razem	88	100,0	226	100,0		



Rycina 52. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży z uwzględnieniem palenia przed ciążą

Częściej objawy lęku w okresie ciąży występowały w grupie kobiet, które paliły papierosy przed ciążą (44,3%; N=39), rzadziej w grupie kobiet, które nie paliły przed zajściem w ciążę (35,4%; N=80). Nie stwierdzono jednak różnicy istotnej statystycznie w częstości występowania objawów lęku w ciąży między grupami.

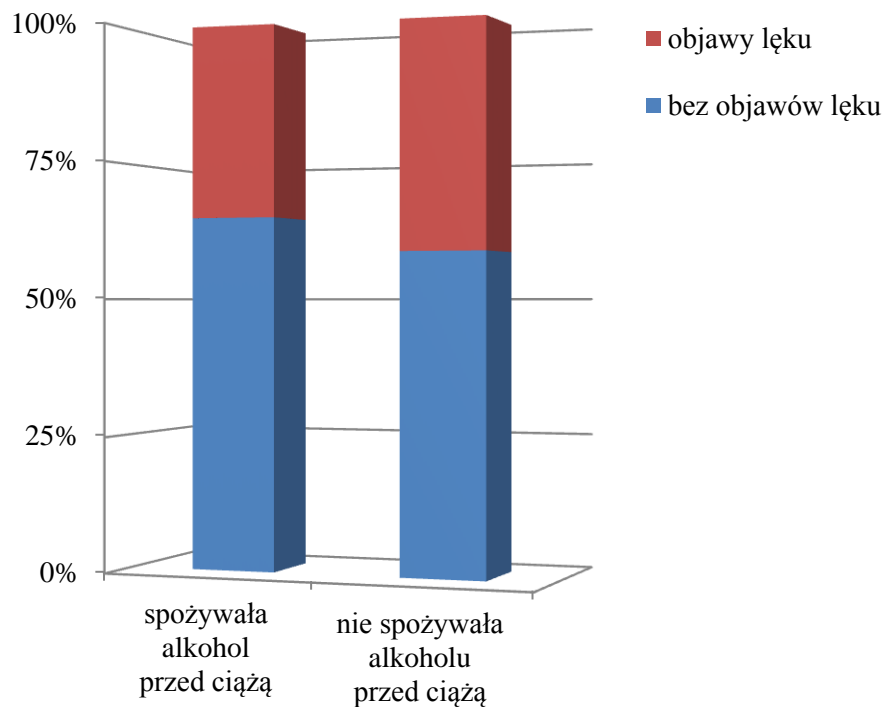
Spożywanie alkoholu przed ciążą a występowanie objawów lękowych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów lękowych z uwzględnieniem spożywania alkoholu przed ciążą (Tabela 97, Rycina 53).

Tabela 97. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży z uwzględnieniem spożywania alkoholu przed ciążą

Zmienna	Alkohol przed ciążą					
	Tak		Nie			
	N	%	N	%	χ^2	p
Bez objawów lęku	113	64,9	82	58,6	1,337	0,247
Objawy lęku	61	35,1	58	41,4		
Razem	174	100,0	140	100,0		

Częściej objawy lęku w okresie ciąży występowały w grupie kobiet, które nie spożywały alkoholu przed ciążą (41,4%; N=58), rzadziej w grupie kobiet, które spożywały alkohol przed ciążą (35,1%; N=53). Nie stwierdzono jednak różnicy istotnej statystycznie w częstości występowania objawów lęku w ciąży między grupami.



Rycina 53. Rozkład procentowy występowania objawów lękowych w ciąży z uwzględnieniem spożywania alkoholu przed ciążą

Podsumowanie

1. Podejmowanie zachowań ryzykownych przed zajściem w ciążę nie wpływało na częstość występowania objawów lękowych w obecnej ciąży.

Zmienne psychospołeczne a występowanie objawów lękowych u badanych

Lęk jako stan a występowanie objawów lękowych u badanych

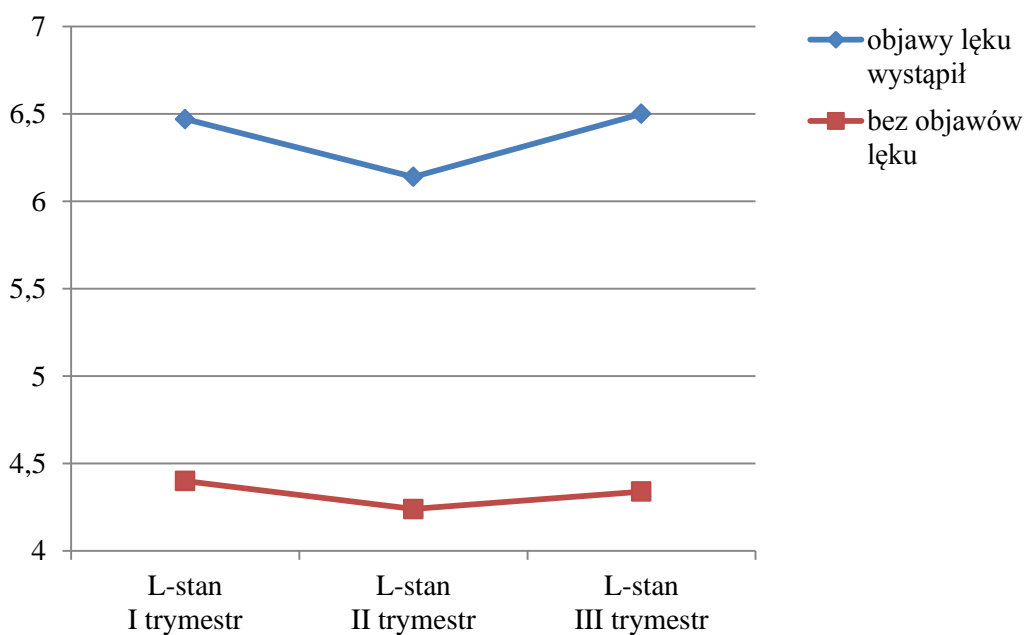
Dokonano analizy różnic wyników średnich (stenowych) uzyskanych przez badane w skali X-1 (lęk jako stan) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) z uwzględnieniem podziału na grupę w której przynajmniej raz w ciąży wystąpił lęk i grupę, w której lęk nie wystąpił (Tabela 98, Rycina 54).

We wszystkich trymestrach ciąży wyższy średni wynik w skali X-1 (lęk jako stan) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) uzyskały kobiety, które przynajmniej raz w ciąży doświadczyły lęku. Niższy średni wynik w skali X-1 (lęk jako stan) Inwentarza Stanu

i Cechy Lęku (STAI) uzyskały kobiety, które nie doświadczyły lęku w okresie ciąży. Różnica wyników była istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 98. Porównanie wyników średnich uzyskanych w skali X-1 (lęk jako stan) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) w zależności od wystąpienia lęku w ciąży

Skala lęk jako stan (wyniki stenowe)	Objawy lęku				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Lęk jako stan I trymestr	6,47	1,84	4,40	1,66	9,11	0,000
Lęk jako stan II trymestr	6,14	1,81	4,24	1,53	8,84	0,000
Lęk jako stan III trymestr	6,50	1,91	4,34	1,55	9,20	0,000



Rycina 54. Porównanie wyników średnich uzyskanych w skali X-1 (lęk jako stan) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) w zależności od wystąpienia objawów lęku w ciąży

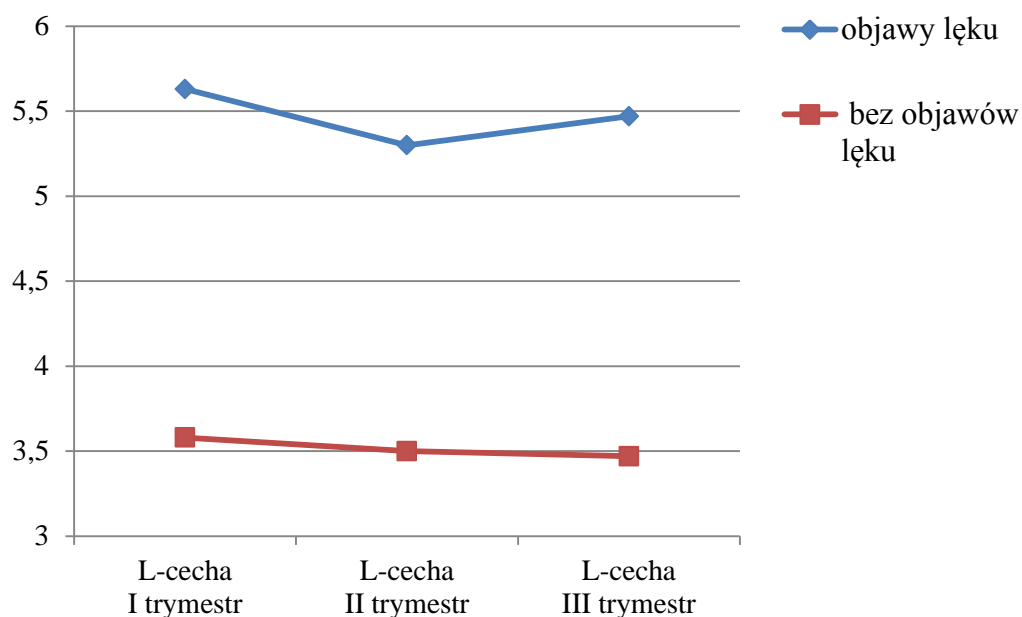
Lęk jako cecha a występowanie objawów lękowych u badanych

Dokonano analizy różnic wyników średnich (stenowych) uzyskanych przez badane w skali X-2 (lęk jako cecha) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) z uwzględnieniem podziału na grupy: pierwszą, w której przynajmniej raz w ciąży wystąpiły objawy lęku i drugą, w której objawy lęku nie wystąpiły (Tabela. 99, Rycina. 55).

Tabela 99. Porównanie wyników średnich uzyskanych w skali X-2 (lęk jako cecha) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) w zależności od wystąpienia objawów lękowych w ciąży

Skala lęk jako cecha (wyniki stenowe)	Objawy lęku				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Lęk jako cecha I trymestr	5,63	1,41	3,58	1,37	10,35	0,000
Lęk jako cecha II trymestr	5,30	1,41	3,50	1,55	9,08	0,000
Lęk jako cecha III trymestr	5,47	1,55	3,47	1,62	9,42	0,000

We wszystkich trymestrach ciąży wyższy średni wynik w skali X-2 (lęk jako cecha) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) uzyskały kobiety, które przynajmniej raz w ciąży doświadczyły lęku. Niższy średni wynik w skali X-2 (lęk jako cecha) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) uzyskały kobiety, które nie doświadczyły lęku w okresie. Różnica wyników była istotna statystycznie ($p < 0,05$).



Rycina 55. Porównanie wyników średnich uzyskanych w skali X-2 (lęk jako cecha) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) pomiędzy grupami w zależności od wystąpienia objawów lęku w ciąży

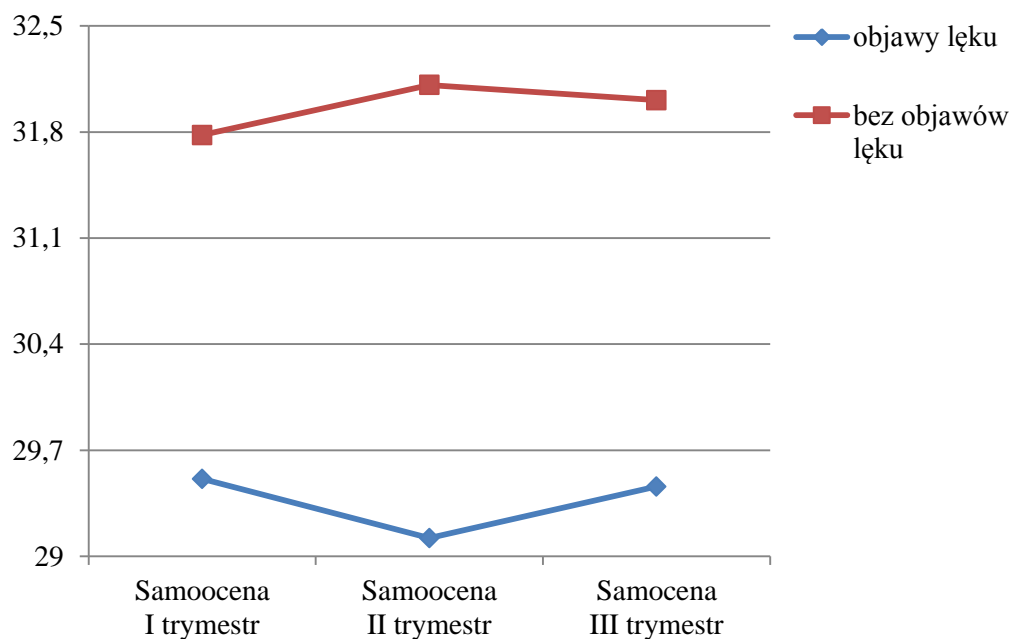
Samoocena a występowanie objawów lękowych u badanych

Dokonano analizy różnicy wyników średnich uzyskanych przez badane w Skali Samooceny Rosenberga (SES) z uwzględnieniem podziału na grupę, w której przynajmniej raz w ciąży wystąpił lęk i grupę, w której lęk nie wystąpił (Tabela 100, Rycina 56).

Tabela 100. Porównanie średnich wyników w Skali Samooceny Rosenberga w zależności od wystąpienia objawów lękowych w ciąży

Skala	Objawy lęku				ANOVA	
	Tak		Nie			
	M	SD	M	SD	Z	p
SES I trymestr	29,51	3,57	31,78	3,60	-5,247	0,000
SES II trymestr	29,12	5,61	32,11	4,30	-5,229	0,000
SES III trymestr	29,46	3,49	32,01	4,49	-5,741	0,000

We wszystkich trymestrach ciąży wyższy średni wynik w Skali Samooceny Rosenberga uzyskały kobiety, które w żadnym momencie badania nie doświadczyły lęku. Niższy średni wynik w Skali Samooceny Rosenberga uzyskały kobiety, które przynajmniej w jednym momencie badania doświadczyły lęku. Różnica wyników była istotna statystycznie ($p < 0,05$).



Rycina 56. Porównanie średnich wyników w Skali Samooceny Rosenberga (SES) w zależności od wystąpienia objawów lęku w ciąży

Komunikacja małżeńska a występowanie objawów lękowych u badanych

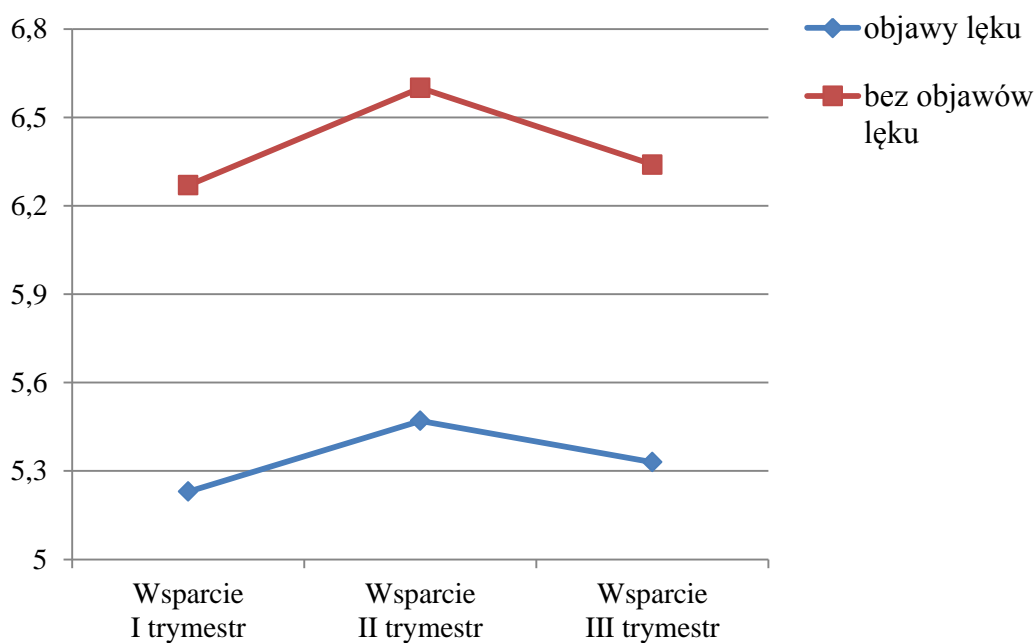
Dokonano analizy różnicy wyników średnich (stenowych) uzyskanych przez badane w Wymiarze Wsparcia Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) z uwzględnieniem podziału na grupę, w której przynajmniej raz w ciąży wystąpił lęk i grupę, w której lęk nie wystąpił (Tabela 101, Rycina 57).

We wszystkich trymestrach ciąży wyższy średni wynik w Wymiarze Wsparcie KKM uzyskały kobiety, które w żadnym momencie badania nie doświadczyły objawów lęku. Niższy średni wynik w Wymiarze Wsparcia KKM uzyskały kobiety, które

przynajmniej raz w ciąży doświadczyły lęku. Różnica wyników była istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 101. Porównanie średnich wyników w Wymiarze Wsparcia Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) w zależności od wystąpienia objawów lęku

Skala	Objawy lęku				ANOVA	
	Tak		Nie			
	M	SD	M	SD	Z	p
Wsparcie I trymestr	5,23	2,22	6,27	1,91	-4,226	0,000
Wsparcie II trymestr	5,47	2,21	6,50	1,90	-4,008	0,000
Wsparcie III trymestr	5,33	2,29	6,34	2,05	-3,807	0,000



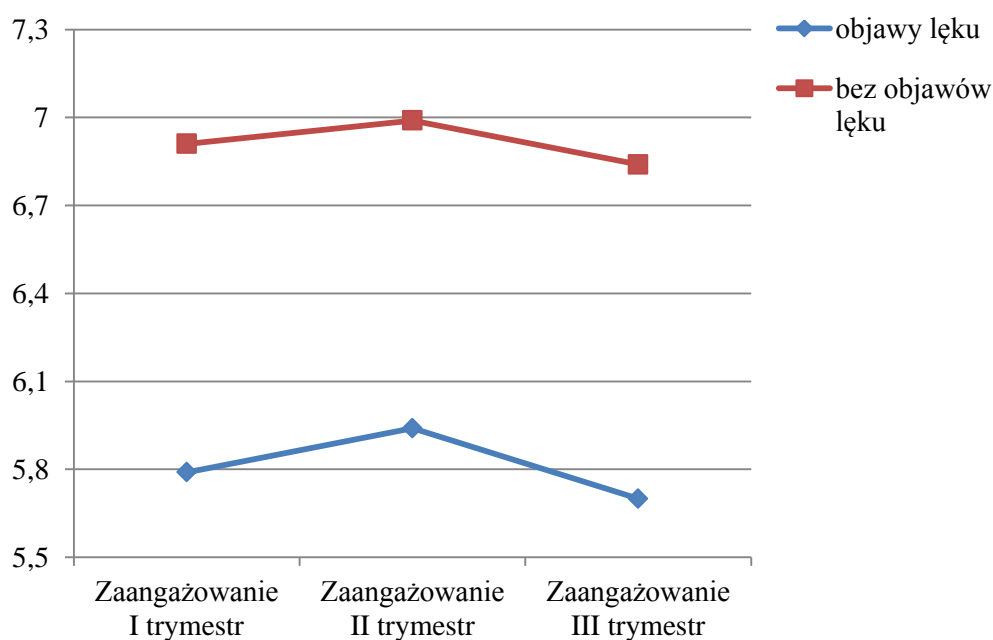
Rycina 57. Porównanie średnich wyników w Wymiarze Wsparcia Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) w zależności od wystąpienia objawów lęku

Następnie dokonano analizy różnicy wyników średnich (stenowych) uzyskanych przez badane w Wymiarze Zaangażowania Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) z uwzględnieniem podziału na grupę, w której przynajmniej raz w ciąży wystąpił lęk i grupę, w której lęk nie wystąpił (Tabela 102, Rycina 58).

We wszystkich trymestrach ciąży wyższy średni wynik w Wymiarze Zaangażowania uzyskały kobiety, które w żadnym momencie badania nie doświadczyły lęku. Niższy średni wynik w Wymiarze Zaangażowania KKM uzyskały kobiety, które przynajmniej raz w ciąży doświadczyły lęku. Różnica wyników była istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 102. Porównanie średnich wyników w Wymiarze Zaangażowania Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) w zależności od wystąpienia objawów lęku w ciąży

Skala	Objawy lęku				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Zaangażowanie I trymestr	5,79	2,05	6,91	1,84	-4,797	0,000
Zaangażowanie II trymestr	5,94	2,10	6,99	1,85	-4,839	0,000
Zaangażowanie III trymestr	5,70	2,12	6,84	1,96	-4,638	0,000

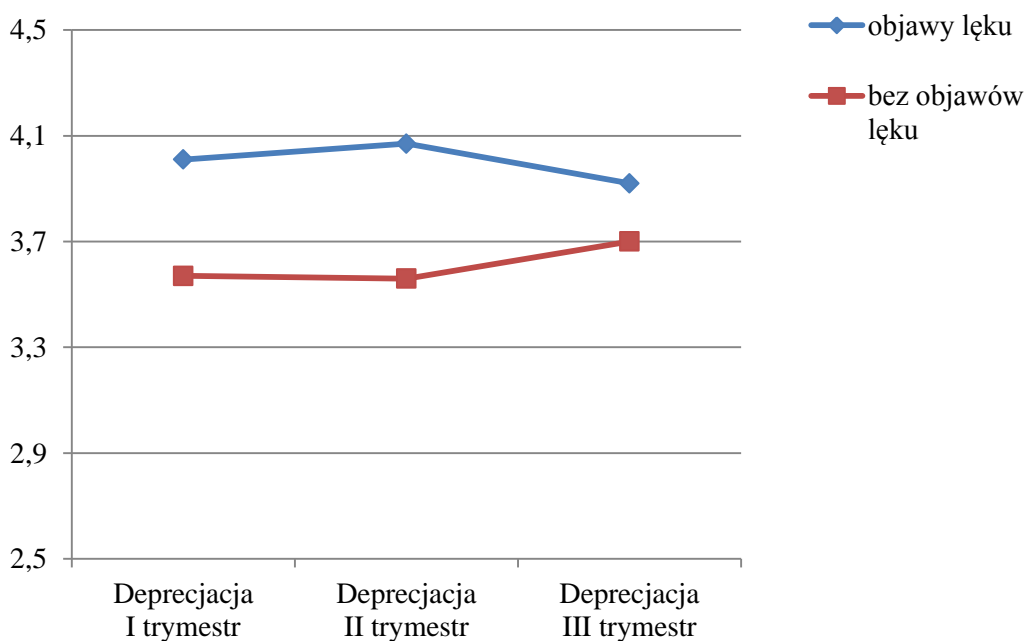


Rycina 58. Porównanie średnich wyników w Wymiarze Zaangażowania Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) w zależności od wystąpienia lęku

Dokonano analizy różnicy wyników średnich (stenowych) uzyskanych przez badane w Wymiarze Deprecjacji Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) z uwzględnieniem podziału na grupę, w której przynajmniej raz w ciąży wystąpiły objawy lękowe i grupę, w której objawy lęku nie wystąpiły (Tab. 103, Ryc. 59).

Tabela 103. Porównanie średnich wyników w Wymiarze Deprecjacji Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM), w zależności od wystąpienia objawy lęku w ciąży

Skala	Objawy lęku				ANOVA	
	Tak		Nie			
	M	SD	M	SD	Z	p
Deprecjacja I trymestr	4,01	2,04	3,57	2,04	2,039	0,041
Deprecjacja II trymestr	4,07	2,03	3,56	2,03	2,372	0,017
Deprecjacja III trymestr	3,92	1,94	3,70	1,07	1,242	0,213



Rycina 59. Porównanie średnich wyników w Wymiarze Deprecjacji Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) w zależności od wystąpienia objawów lęku w ciąży

W pierwszym i drugim trymestrze wyższy średni wynik w Wymiarze Deprecjacji uzyskały kobiety, które przynajmniej w jednym momencie badania doświadczyły lęku. Niższy średni wynik w Wymiarze Deprecjacji KKM uzyskały kobiety, które ani razu nie doświadczyły lęku. Różnica wyników była istotna statystycznie ($p < 0,05$). Podobną tendencję zauważono dla trzeciego trymestru, ale różnica w wynikach nie była istotna statystycznie.

Wsparcie społeczne a występowanie objawów lękowych u badanych

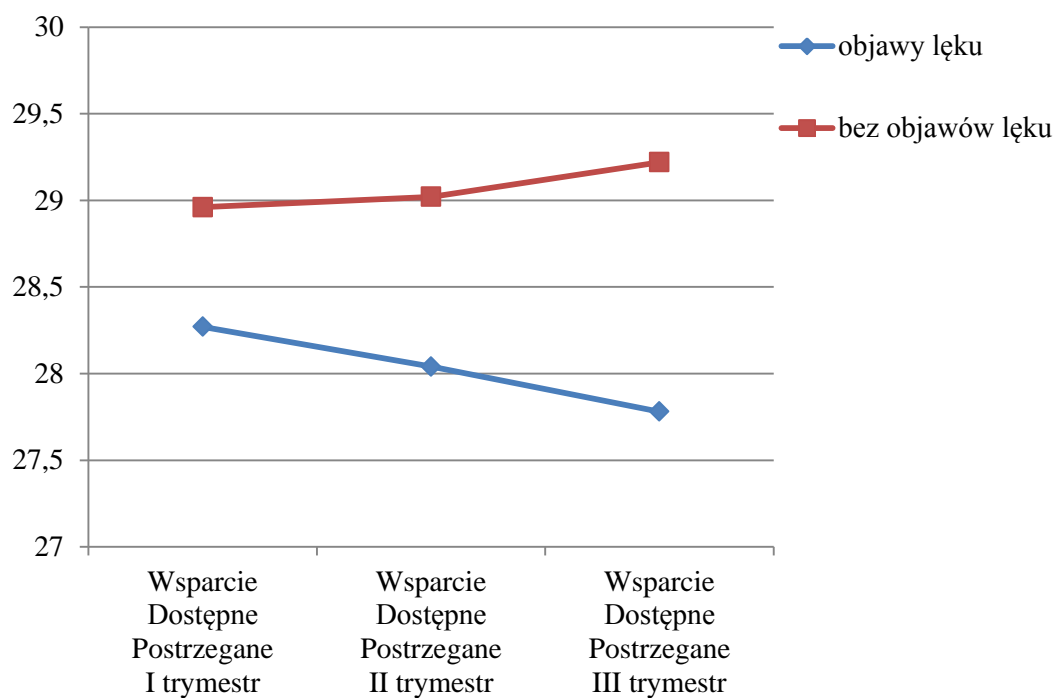
Dokonano analizy różnicy wyników średnich uzyskanych przez badane w Skali Wsparcia Dostępnego Postrzeganego Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS) z uwzględnieniem podziału na grupę, w której przynajmniej raz w ciąży wystąpiły objawy lęku i grupę, w której objawy lęku nie wystąpił (Tabela 104, Rycina 60).

We wszystkich trymestrach ciąży wyższy średni wynik w Skali Wsparcia Dostępnego Postrzeganego BSSS uzyskały kobiety, które w żadnym momencie badania nie doświadczyły objawów lęku. Niższy średni wynik w Skali Wsparcia Dostępnego Postrzeganego BSSS uzyskały kobiety, które przynajmniej raz w ciąży doświadczyły lęku. Różnica wyników była istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 104. Porównanie średnich wyników w Skali Wsparcia Dostępnego Postrzeganego BSSS w zależności od wystąpienia objawów lęku w ciąży

Skala	Objawy lęku				ANOVA	
	Tak		Nie			
	M	SD	M	SD	Z	p
Wsp. Dost. Post. I trymestr	28,27	2,84	28,96	2,66	-2,102	0,035
Wsp. Dost. Post. II trymestr	28,04	2,97	29,02	2,68	-3,291	0,000
Wsp. Dost. Post. III trymestr	27,78	2,71	29,22	2,63	-4,726	0,000

Wsp. Dost. Post. – Wsparcie Dostępne Postrzegane



Rycina 60. Porównanie średnich wyników w Skali Wsparcia Dostępnego Postrzeganego BSSS w zależności od wystąpienia lęku w ciąży

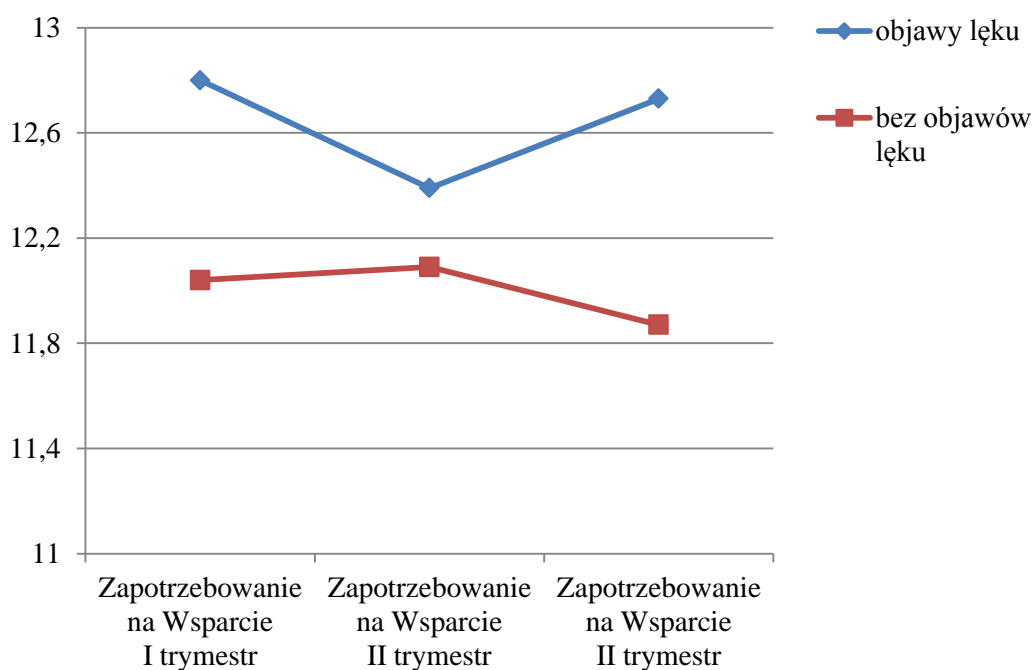
Następnie dokonano analizy różnicy wyników średnich uzyskanych przez badane w Skali Zapotrzebowania na Wsparcie Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS) z uwzględnieniem podziału na grupę, w której przynajmniej raz w ciąży wystąpiły objawy lęku i grupę, w której objawy lęku nie wystąpiły (Tabela 105, Rycina 61).

Tabela 105. Porównanie średnich wyników w Skali Zapotrzebowania na Wsparcie BSSS w zależności od wystąpienia objawów lęku w ciąży

Skala	Objawy lęku				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Zapotrz. na Wsp. I trymestr	12,80	1,83	12,04	2,03	3,198	0,001
Zapotrz. na Wsp. II trymestr	12,39	1,68	12,09	1,95	1,718	0,085
Zapotrz. na Wsp. III trymestr	12,73	1,92	11,87	1,92	3,814	0,000

Zapotrz. na Wsp – Zapotrzebowanie na Wsparcie

We wszystkich trymestrach ciąży wyższy średni wynik w Skali Zapotrzebowania na Wsparcie BSSS uzyskały kobiety, które przynajmniej w jednym momencie badania doświadczyły objawy lęku. Niższy średni wynik w Zapotrzebowania na Wsparcie BSSS uzyskały kobiety, które nie doświadczyły lęku. Różnica wyników była istotna statystycznie.



Rycina 61. Porównanie średnich wyników w Skali Zapotrzebowania na Wsparcie BSSS w zależności od wystąpienia objawów lęku w ciąży

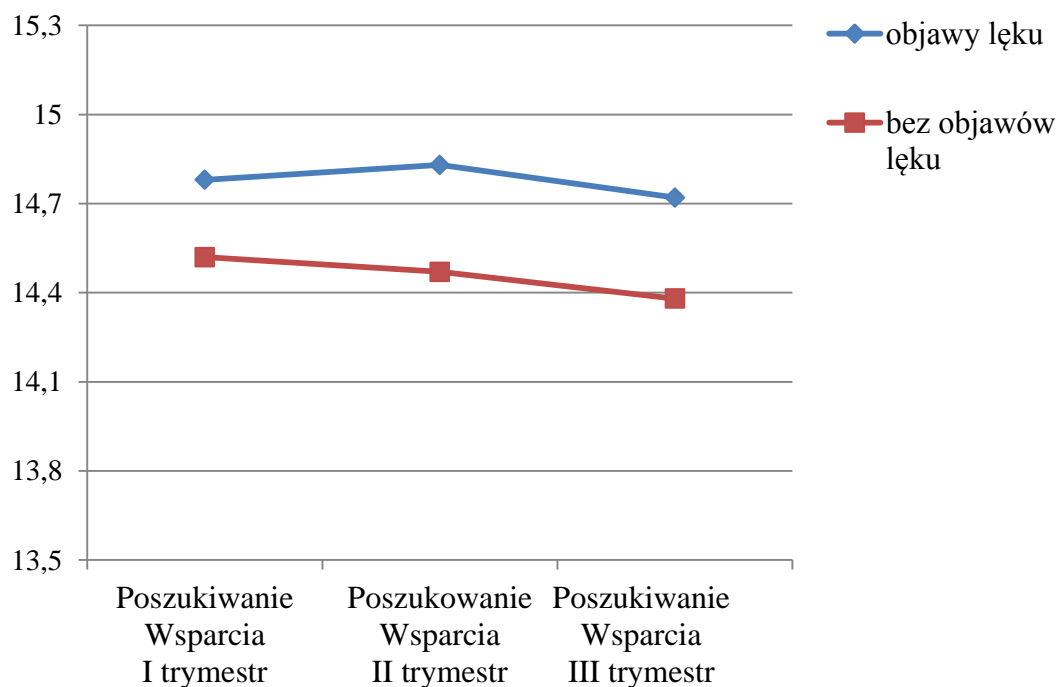
Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w Skali Poszukiwania Wsparcia Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS) z uwzględnieniem podziału na grupę, w której przynajmniej raz w ciąży wystąpiły objawy lęku i grupę, w której objawy lęku nie wystąpiły (Tabela 106, Rycina 62).

We wszystkich trymestrach ciąży wyższy średni wynik w Skali Poszukiwania Wsparcia BSSS uzyskały kobiety, które przynajmniej w jednym momencie badania doświadczyły lęku. Niższy średni wynik w Poszukiwania Wsparcia BSSS uzyskały kobiety, które nie doświadczyły lęku. Różnica wyników jednak nie była istotna statystycznie.

Tabela 106. Porównanie średnich wyników w Skali Poszukiwania Wsparcia BSSS w zależności od wystąpienia objawów lęku w ciąży

Skala	Objawy lęku				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Posz. Wsp. I trymestr	14,78	2,41	14,52	2,27	0,735	0,462
Posz. Wsp. II trymestr	14,83	2,15	14,47	2,08	1,627	0,103
Posz. Wsp. III trymestr	14,72	2,02	14,38	2,44	1,619	0,105

Posz. Wsp. – Poszukiwanie Wsparcia



Rycina 62. Porównanie średnich wyników w Skali Poszukiwania Wsparcia BSSS w zależności od wystąpienia objawów lęku w ciąży

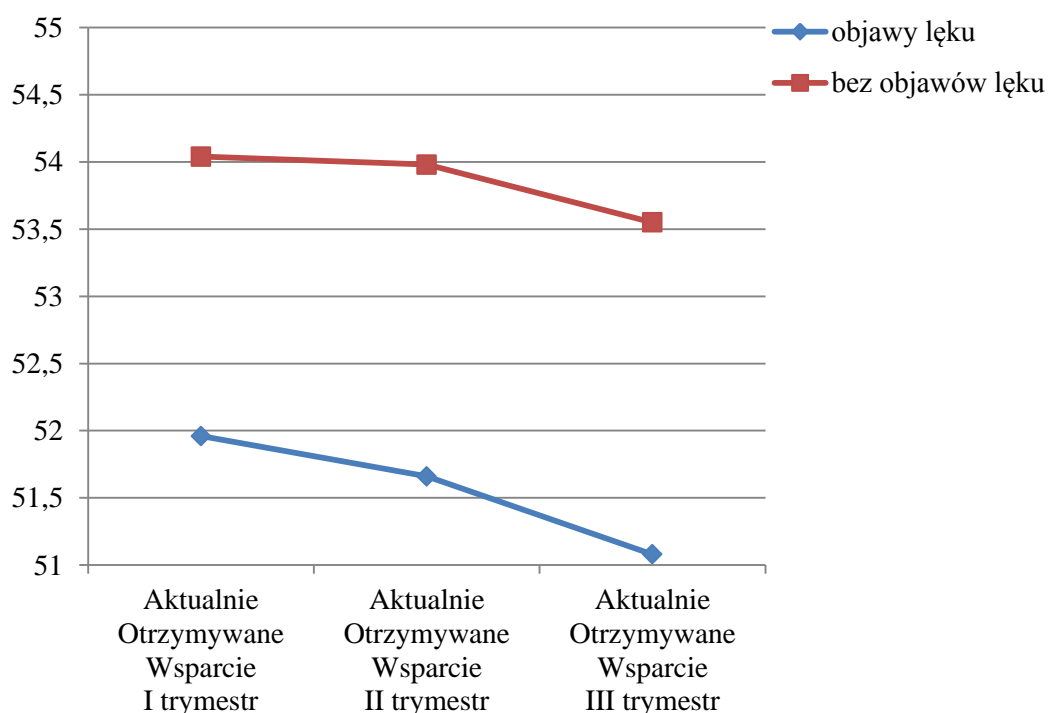
Następnie dokonano analizy różnicy wyników średnich uzyskanych przez badane w Skali Aktualnie Otrzymywanego Wsparcia Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS) z uwzględnieniem podziału na grupę, w której przynajmniej raz w ciąży wystąpiły objawy lęku i grupę, w której objawy lęku nie wystąpiły (Tabela 107, Rycina 63).

We wszystkich trymestrach ciąży wyższy średni wynik w Skali Aktualnie Otrzymywanego Wsparcia BSSS uzyskały kobiety, które w żadnym momencie badania nie doświadczyły lęku. Niższy średni wynik w Skali Aktualnie Otrzymywanego Wsparcia uzyskały kobiety, które przynajmniej w jednym momencie badania doświadczyły lęku. Różnica wyników była istotna statystycznie.

Tabela 107. Porównanie średnich wyników w Skali Aktualnie Otrzymywanego Wsparcia BSSS w zależności od wystąpienia lęku w ciąży

Skala	Objawy lęku				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Akt. Otr. Wsp. I trymestr	51,96	7,40	54,04	5,89	-2,651	0,008
Akt. Otr. Wsp. II trymestr	51,66	7,90	53,98	5,63	-2,804	0,005
Akt. Otr. Wsp. III trymestr	51,08	7,61	53,55	6,13	-2,961	0,003

Akt. Otr. Wsp.– Aktualnie otrzymywane wsparcie



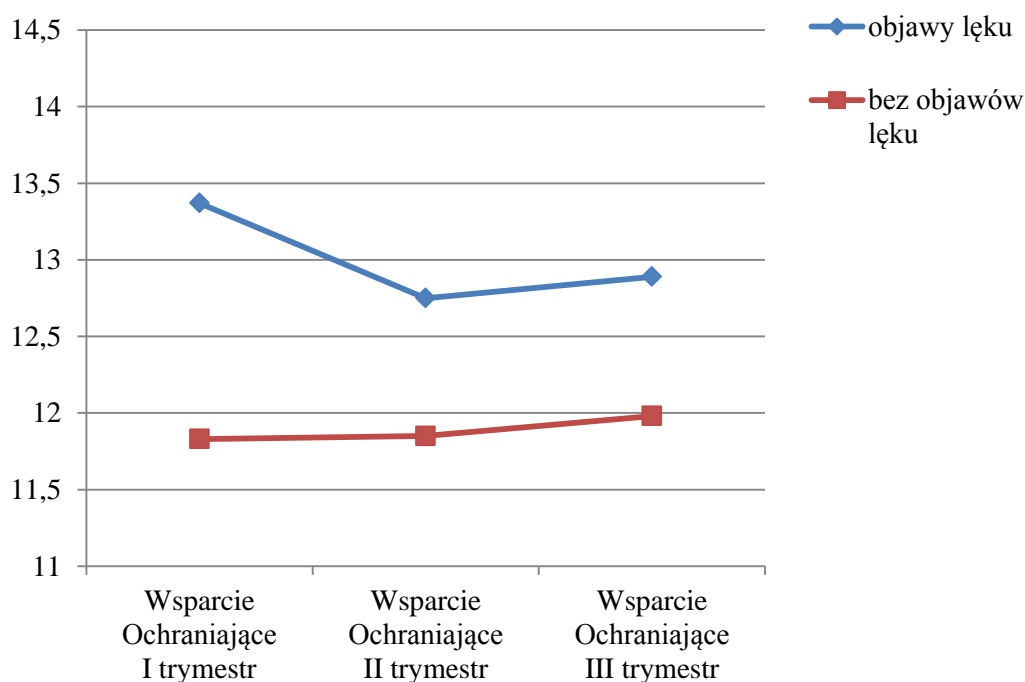
Rycina 63. Porównanie średnich wyników w Skali Aktualnie otrzymywanego Wsparcia BSSS w zależności od wystąpienia objawów lęku w ciąży

Następnie dokonano analizy różnicy wyników średnich uzyskanych przez badane w Skali Wsparcia Ochraniającego Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS) z uwzględnieniem podziału na grupę, w której przynajmniej raz w ciąży wystąpiły objawy lęku i grupę, w której objawy lęku nie wystąpiły (Tabela 108, Rycina 64).

Tabela 108. Porównanie średnich wyników w Skali Wsparcia Ochraniającego BSSS w zależności od wystąpienia objawów lęku w ciąży

Skala	Objawy lęku				ANOVA	
	Tak		Nie			
	M	SD	M	SD	Z	p
Wsp. Ochr. I trymestr	13,47	3,51	11,83	2,80	4,516	0,000
Wsp. Ochr. II trymestr	12,75	3,25	11,85	2,72	2,659	0,007
Wsp. Ochr. III trymestr	12,89	3,42	11,98	2,85	2,729	0,006

Wsp. Ochr. – Wsparcie ochraniające



Rycina 64. Porównanie średnich wyników w Skali Wsparcia Ochraniającego BSSS w zależności od wystąpienia objawów lęku w ciąży

We wszystkich trymestrach ciąży wyższy średni wynik w Skali Wsparcia Ochroniającego BSSS uzyskały kobiety, które przynajmniej w jednym momencie badania doświadczyły lęku. Niższy średni wynik w Skali Wsparcia Ochroniającego uzyskały kobiety, które w żadnym z momentów badania nie doświadczyły lęku. Różnica wyników była istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Podsumowanie

1. Wyższe wyniki w skali lęku jako stanu i lęku jako cechy STAI wiązały się z częstszym występowaniem objawów lękowych w ciąży.
2. Niższa samoocena, gorsza komunikacja w związku, mniej satysfakcjonujące wsparcie społeczne wiązało się z większym ryzykiem występowania objawów lękowych w okresie ciąży.

11.2. Socjodemograficzne i psychospołeczne uwarunkowania wystąpienia objawów depresji w okresie ciąży u badanych kobiet

Zmienne demograficzne a występowanie objawów depresyjnych u badanych

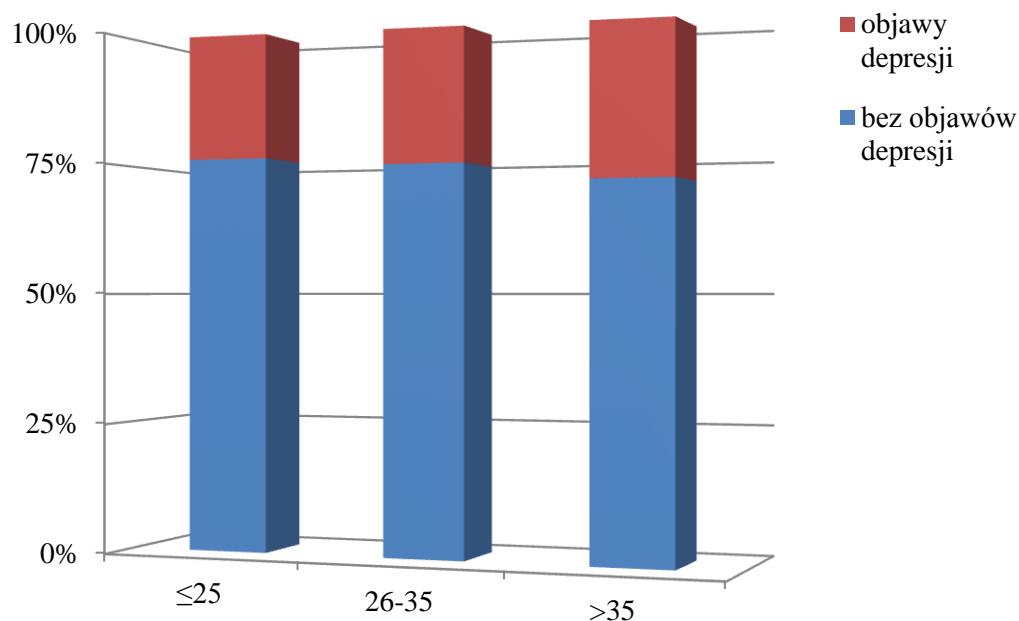
Grupa wiekowa a występowanie objawów depresyjnych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów depresyjnych w zależności od grupy wiekowej badanych (Tabela 109, Rycina 65).

Najczęściej (28,9%; N=11) objawy depresji w okresie ciąży występowały w grupie kobiet najstarszych (powyżej 35 roku życia), najrzadziej (23,9%; N=22) w grupie kobiet najmłodszych (do 25 roku życia). Nie stwierdzono jednak istotnej statystycznie różnicy co do występowania objawów depresyjnych w ciąży między grupami wiekowymi.

Tabela 109. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od grupy wiekowej

	Wiek						χ^2	p
	25		26-35		35+			
	N	%	N	%	N	%		
Bez objawów depresji	70	76,1	137	74,5	27	71,1	0,359	0,835
Objawy depresji	22	23,9	47	25,5	11	28,9		
Razem	92	100,0	184	100,0	38	100,0		



Rycina 65. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od grupy wiekowej

Miejsce zamieszkania a występowanie objawów depresyjnych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów depresyjnych w zależności od miejsca zamieszkania badanych (Tabela 110, Rycina 66).

Najczęściej objawy depresji w okresie ciąży występowały w grupie kobiet mieszkających w mieście powiatowym (26,6%; N=26), najrzadziej w grupie kobiet

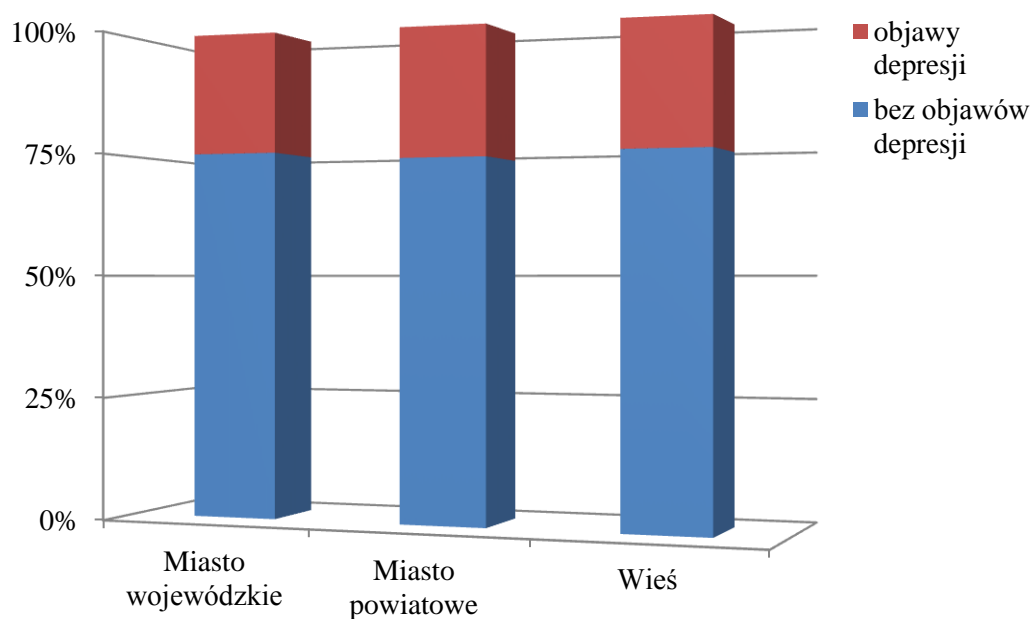
mieszkających w mieście wojewódzkim (24,7%; N=21). Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w częstości występowania objawów depresji w ciąży w zależności od miejsca zamieszkania.

Tabela 110. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od miejsca zamieszkania

	Miejsce zamieszkania						χ^2	P
	Miasto woj		Miasto pow.		Wieś			
	N	%	N	%	N	%		
Bez objawów depresji	64	75,3	73	73,7	97	74,6	0,059	0,970
Objawy depresji	21	24,7	26	26,6	33	25,4		
Razem	85	100,0	99	100	130	100,0		

Miasto woj.– Miasto wojewódzkie

Miasto pow.– Miasto powiatowe



Rycina 66. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od miejsca zamieszkania

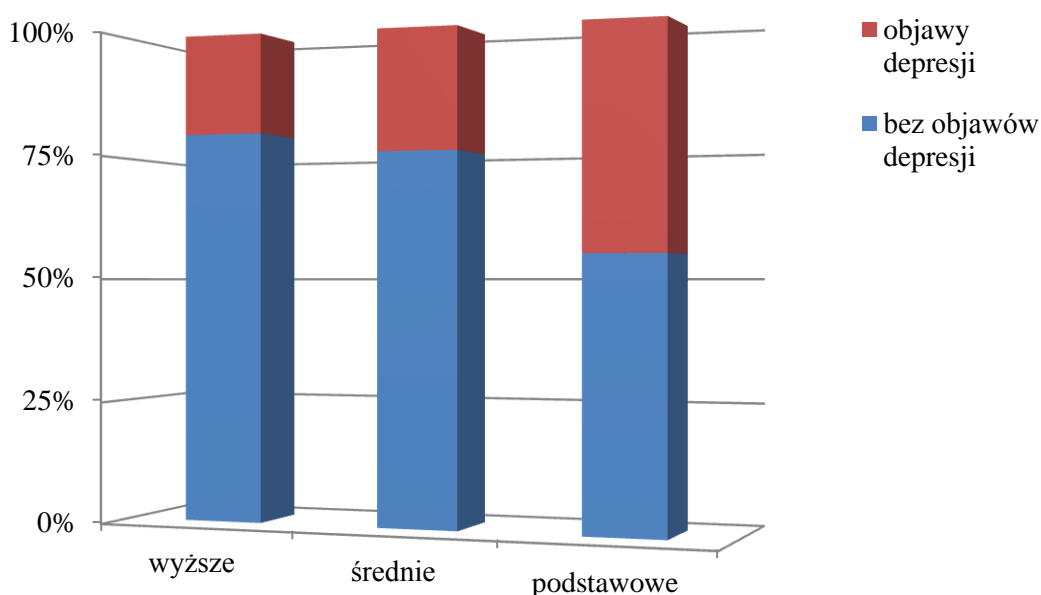
Wykształcenie a występowanie objawów depresyjnych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów depresyjnych w zależności od wykształcenia badanych (Tabela 111, Rycina 67).

Najczęściej objawy depresyjne w okresie ciąży występowały w grupie kobiet z wykształceniem podstawowym (45,0%; N=18), najrzadziej w grupie kobiet z wykształceniem wyższym (20,3%; N=25). Różnica była istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 111. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od wykształcenia

	Wykształcenie							
	wyższe		średnie		podstawowe			
	N	%	N	%	N	%	χ^2	P
Bez objawów depresji	98	79,7	114	75,5	22	55,0	10,767	0,013
Objawy depresji	25	20,3	37	24,5	18	45,0		
Razem	123	100,0	151	100,0	40	100,0		



Rycina 67. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od wykształcenia

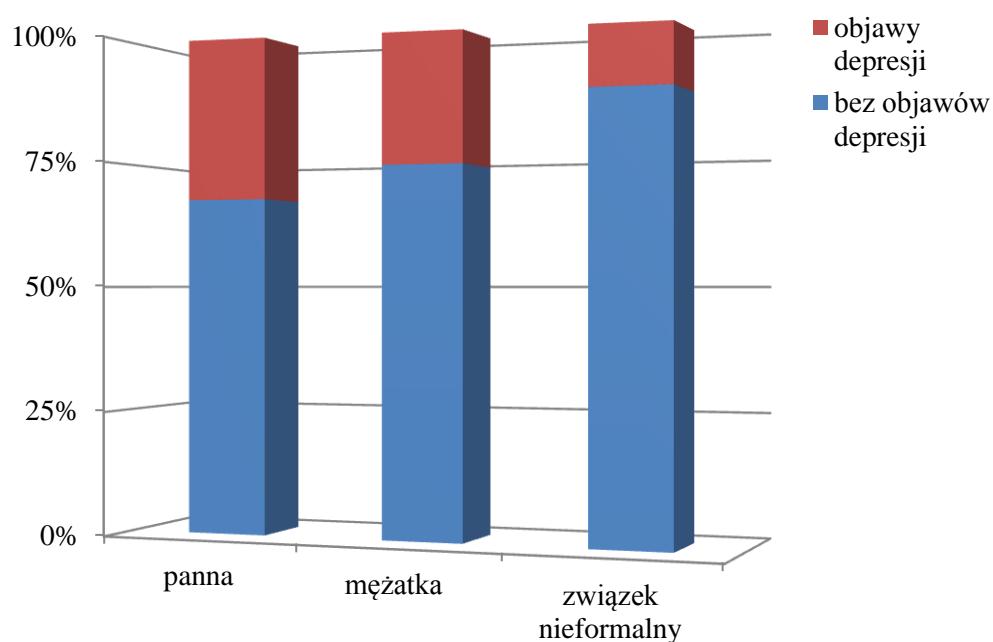
Stan cywilny a występowanie objawów depresyjnych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów depresyjnych w zależności od stanu cywilnego badanych (Tabela 112, Rycina 68). Pominięto w analizie badaną, która była rozwiedziona.

Tabela 112. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od stanu cywilnego

	Stan cywilny						χ^2	P
	panna		mężatka		zw. nief			
	N	%	N	%	N	%		
Bez objawów depresji	23	67,6	188	74,0	22	88,0	3,264	0,195
Objawy depresji	11	32,4	66	26,0	3	12,0		
Razem	34	100,0	254	100,0	25	100,0		

zw. nief – związek nieformalny



Rycina 68. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od stanu cywilnego

Najczęściej objawy depresji w okresie ciąży występowały w grupie kobiet, które były pannami (32,4%; N=11), najrzadziej w grupie kobiet będących w związku nieformalnym (12 %; N=3). Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w częstości występowania objawów depresji w ciąży w zależności od stanu cywilnego.

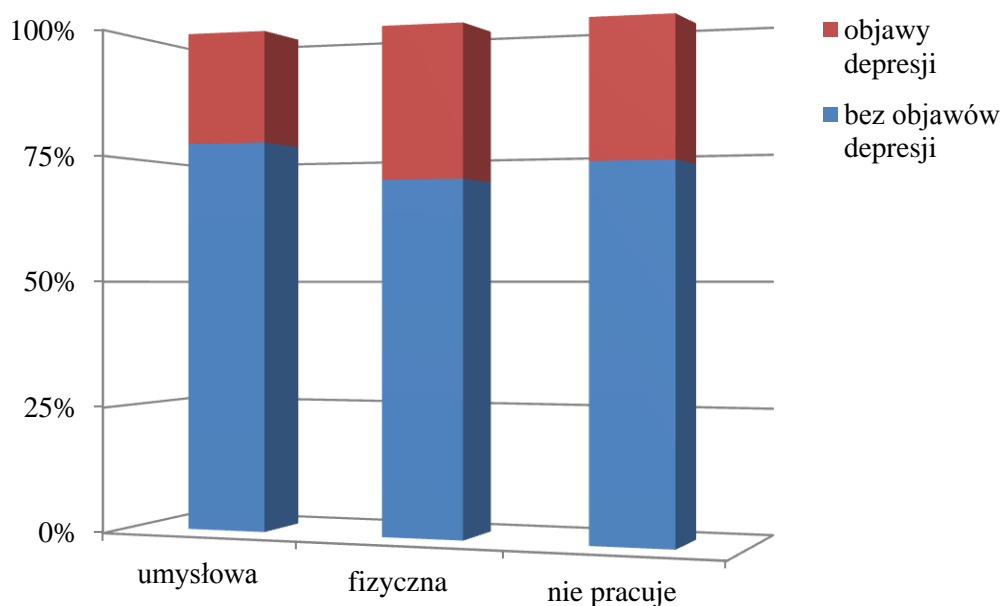
Rodzaj aktywności zawodowej a występowanie objawów depresyjnych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów depresyjnych w zależności od rodzaju aktywności zawodowej (Tabela 113, Rycina 69).

Tabela 113. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od rodzaju aktywności zawodowej

	Rodzaj aktywności zawodowej							
	umysłowa		fizyczna		nie pracuje			
	N	%	N	%	N	%	χ^2	P
Bez objawów depresji	126	77,8	51	69,9	57	72,8	1,972	0,372
Objawy depresji	36	22,2	22	30,1	22	27,8		
Razem	162	100,0	73	100,0	79	100,0		

Najczęściej objawy depresji w okresie ciąży występowała w grupie kobiet pracujących fizycznie (30,1%; N=22), najrzadziej w grupie kobiet pracujących umysłowo (22,2%; N=36). Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy co do częstości występowania objawów depresji w ciąży między grupami zależnie od rodzaju wykonywanej pracy.



Rycina 69. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od rodzaju aktywności zawodowej

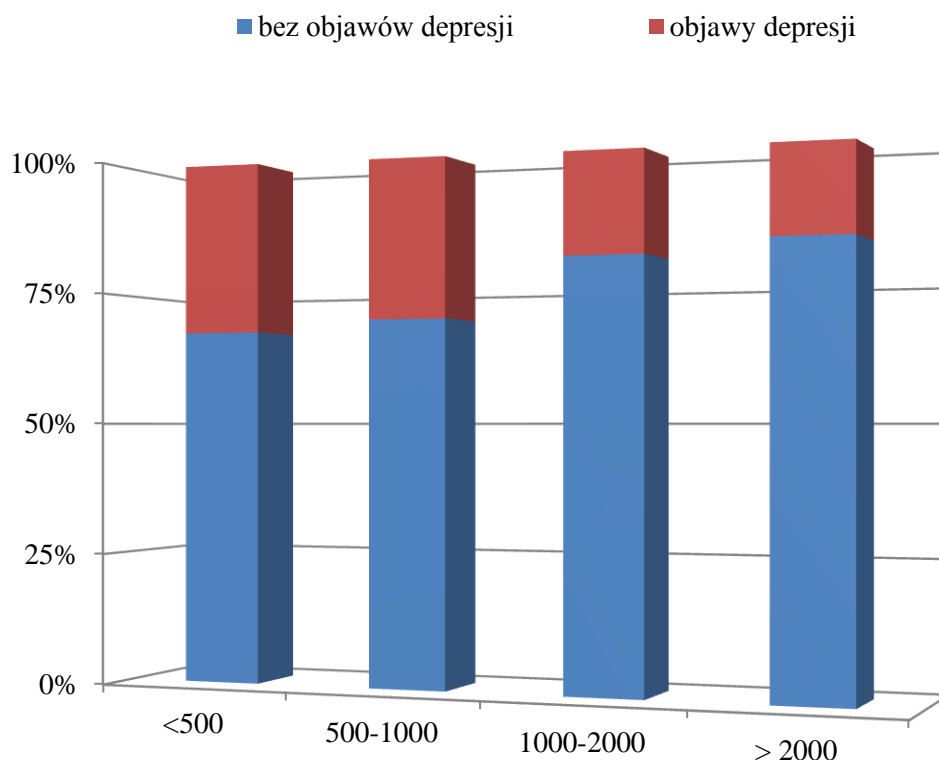
Dochód na jednego członka rodziny a występowanie objawów depresyjnych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów depresyjnych w zależności od dochodu (Tabela 114, Rycina 70).

Tabela 114. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od dochodu

	Dochód									
	<500		500-1000		1000-2000		>2000			
	N	%	N	%	N	%	N	%	χ^2	P
Bez objawów depresji	25	67,6	99	69,7	80	80,8	30	83,3	6,200	0,102
Objawy depresji	12	32,4	43	30,3	19	19,2	6	16,7		
Razem	37	100,0	142	100,0	99	100,0	36	100,0		

Najczęściej objawy depresji w okresie ciąży występowały w grupie kobiet o najniższym dochodzie miesięcznym (32,4%; N=12), najrzadziej w grupie kobiet o najwyższych dochodach miesięcznych (16,7%; N=6). Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy co do częstości występowania objawów depresji w ciąży między grupami w zależności od dochodu miesięcznego na jednego członka rodziny.



Rycina 70. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od dochodu

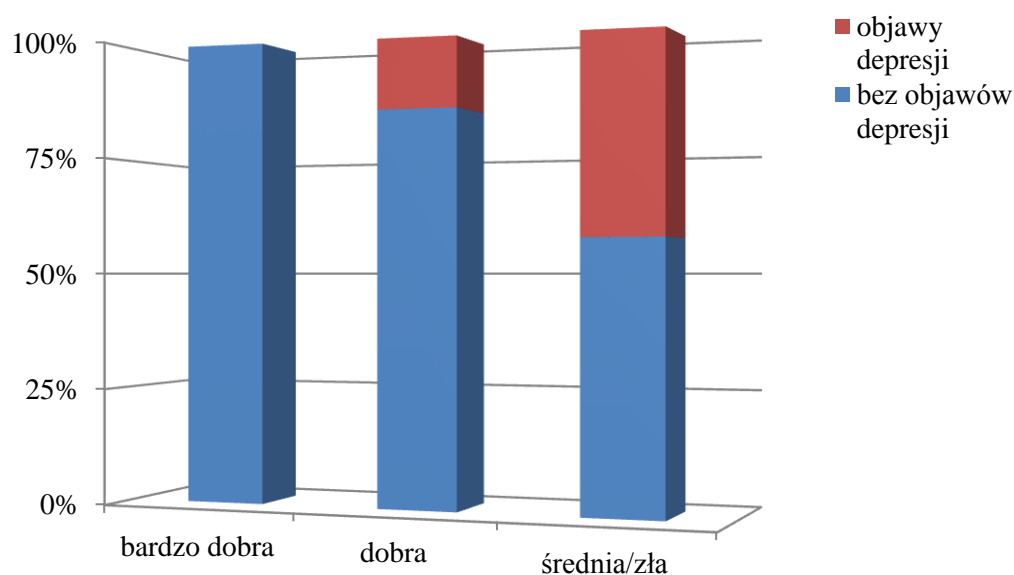
Ocena sytuacji materialnej występowanie objawów depresyjnych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów depresyjnych w zależności od oceny sytuacji materialnej (Tabela 115, Rycina 71).

Najczęściej objawy depresji w okresie ciąży występowała w grupie kobiet, które oceniały swoją sytuację materialną jako średnią lub złą (42,5%; N=54). W grupie kobiet które, które oceniały swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą w ogóle nie wystąpiła depresja ciąży. Różnica między grupami co do częstości występowania objawów depresji była istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 115. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od oceny sytuacji materialnej

	Sytuacja materialna							
	bdb		db		średnia/zła			
	N	%	N	%	N	%	χ^2	P
Bez objawów depresji	15	100,0	146	84,9	73	57,5	34,280	0,000
Objawy depresji	0	0,0	26	15,1	54	42,5		
Razem	15	100,0	172	100,0	127	100,0		



Rycina 71. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od oceny sytuacji materialnej

Ocena sytuacji mieszkaniowej a występowanie objawów depresyjnych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów depresyjnych w zależności od oceny sytuacji mieszkaniowej (Tabela 116, Rycina 72).

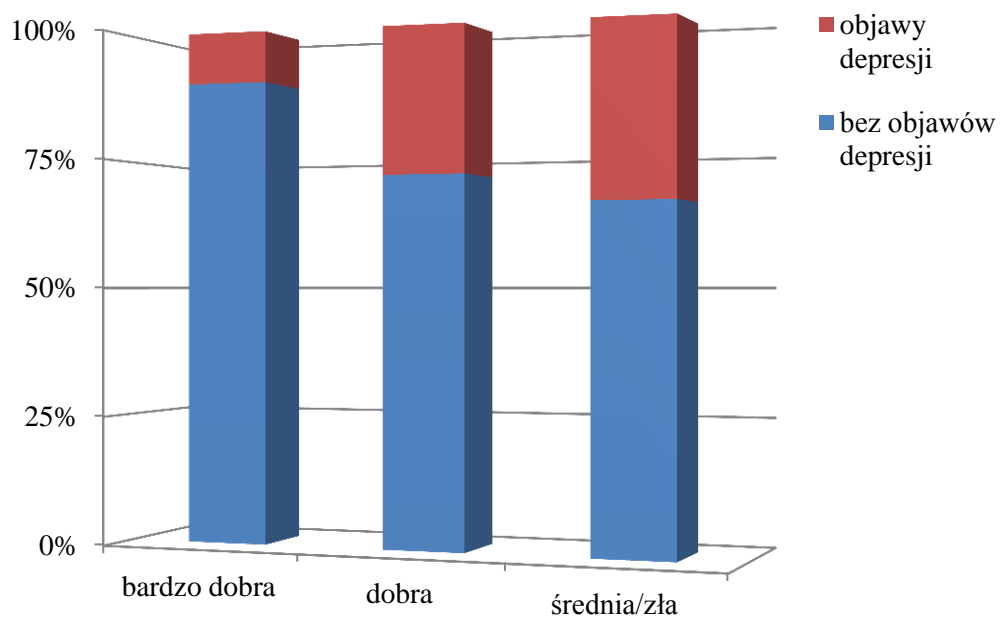
Najczęściej objawy depresji w okresie ciąży występowały w grupie kobiet, które oceniały swoją sytuację mieszkaniową jako średnią lub złą (33,8%; N=25), najrzadziej w grupie kobiet które oceniały swoją sytuację mieszkaniową jako bardzo dobrą (9,9%;

N=7). Różnica między grupami co do częstości występowania depresji osiągnęła istotność statystyczną.

Tabela 116. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od oceny sytuacji mieszkaniowej

	Sytuacja mieszkaniowa						χ^2	P
	bdb		db		śr/zła			
	N	%	N	%	N	%		
Bez objawów depresji	64	90,1	121	71,6	49	66,2	12,572	0,001
Objawy depresji	7	9,9	48	28,4	25	33,8		
Razem	71	100,0	169	100,0	74	100,0		

Bdb – bardzo dobra, db– dobra, śr/zła – średnia/zła



Rycina 72. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od oceny sytuacji mieszkaniowej

Podsumowanie

1. Objawów depresyjnych częściej doświadczaly badane z wykształceniem podstawowym oraz te, które oceniały gorzej swoją sytuację materialną i mieszkaniową.
2. Pozostałe zmienne demograficzne nie wpływały na częstość występowania objawów depresyjnych w grupie badanej

Zmienne medyczne a występowanie objawów depresyjnych u badanych

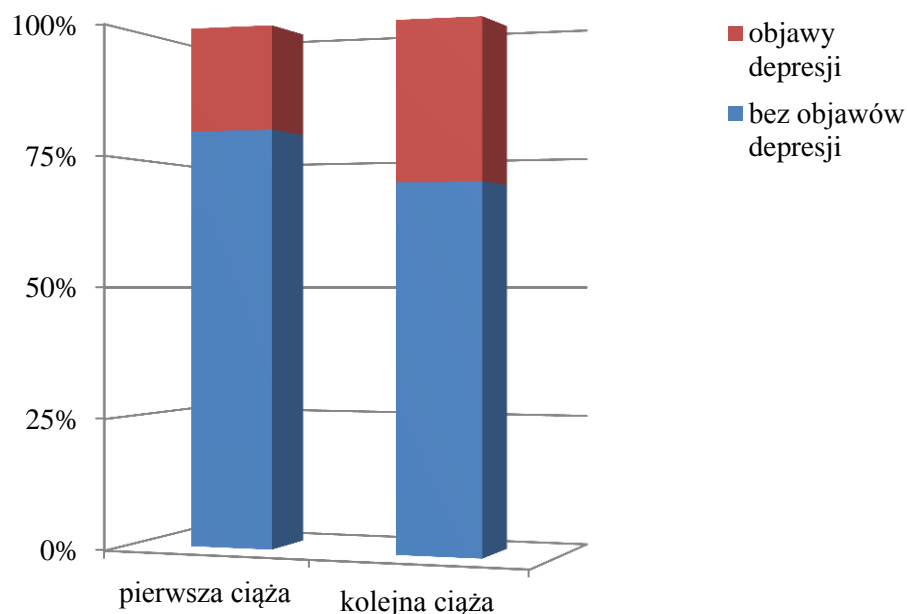
Liczba ciąż a występowanie objawów depresyjnych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów depresyjnych w zależności od oceny sytuacji mieszkaniowej (Tabela 117, Rycina 73).

Tabela 117. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności liczby ciąż

Zmienna	Czy pierwsza ciąża					
	Tak		Nie			
	N	%	N	%	χ^2	p
Bez objawów depresji	117	80,1	117	69,6	4,500	0,033
Objawy depresji	29	19,9	51	30,4		
Razem	146	100,0	168	100,0		

Częściej depresja w okresie ciąży występowała w grupie kobiet, dla których nie była to pierwsza ciąża (30,4%; N=51), rzadziej w grupie kobiet będących po raz pierwszy w ciąży (19,9%; N=29). Różnica ta była istotna statystycznie ($p < 0,05$).



Rycina 73. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od liczby ciąż

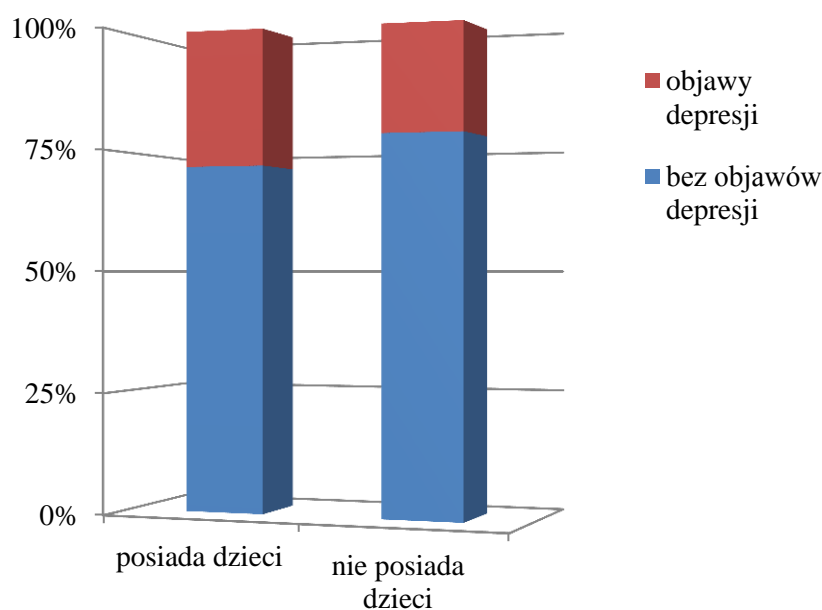
Dzietność a występowanie objawów depresyjnych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów depresyjnych w zależności od tego czy badane posiadały dzieci (Tabela 118, Rycina 74).

Częściej objawy depresji w okresie ciąży występowały w grupie kobiet posiadających dzieci (28,2%; N=44), rzadziej w grupie kobiet nie posiadających dzieci (22,1%; N=35). Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w częstości występowania objawów depresji w ciąży w zależności od posiadania dzieci.

Tabela 118. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od zmiennej posiadanie dzieci.

Zmienna	Posiadanie dzieci					
	Tak		Nie			
	N	%	N	%	χ^2	p
Bez objawów depresji	112	71,8	123	77,9	1,852	0,173
Objawy depresji	44	28,2	35	22,1		
Razem	156	100,0	158	100,0		



Rycina 74. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od zmiennej posiadanie dzieci

Przebieg poprzedniej ciąży a występowanie objawów depresyjnych u badanych

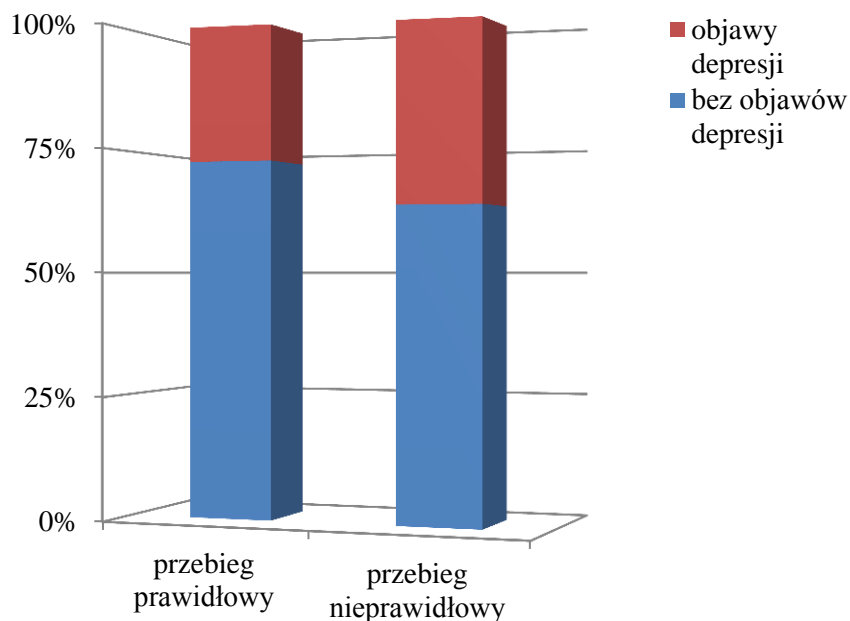
Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów depresyjnych w zależności od przebiegu poprzedniej ciąży (Tabela 119, Rycina 75).

Tabela 119. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od przebiegu poprzedniej ciąży.

Zmienna	Przebieg prawidłowy					
	Tak		Nie			
	N	%	N	%	χ^2	p
Bez objawów depresji	82	72,6	35	63,4	1,395	0,237
Objawy depresji	31	27,4	20	36,4		
Razem	113	100,0	55	100,0		

Częściej objawy depresyjne w okresie ciąży występowały w grupie kobiet z nieprawidłowo przebiegającą poprzednią ciążą (36,4%; N=20), rzadziej w grupie

kobiet, których ciąża przebiegała prawidłowo (27,4%; N=31). Nie stwierdzono jednak istotnej statystycznie różnicy co do częstości występowania objawów depresji w ciąży między grupami w zależności od przebiegu poprzedniej ciąży.



Rycina 75. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od przebiegu poprzedniej ciąży

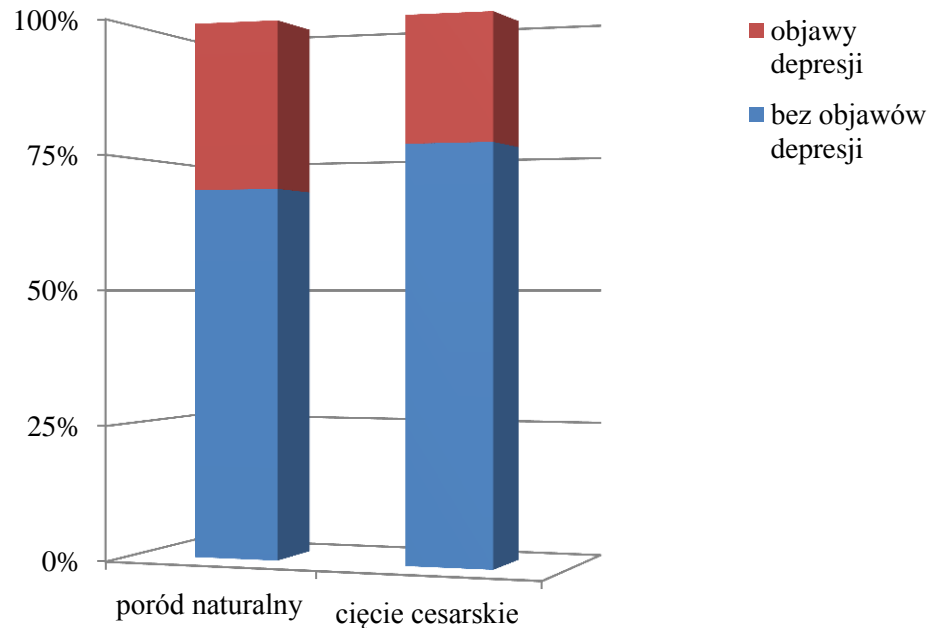
Rodzaj porodu a występowanie objawów depresyjnych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów depresyjnych w zależności od rodzaju poprzedniego porodu (Tabela 120, Rycina 76).

Tabela 120. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od rodzaju poprzedniego porodu

Zmienna	Rodzaj porodu				χ^2	p
	naturalny		cięcie cesarskie			
	N	%	N	%		
Bez objawów depresji	75	68,8	36	76,6	0,970	0,324
Objawy depresji	34	31,2	11	23,4		
Razem	109	100,0	47	100,0		

Częściej depresji w okresie ciąży występowały w grupie kobiet, które poprzednio rodziły siłami natury (31,2%; N=34), rzadziej w grupie kobiet które rodziły przez cięcie cesarskie (23,4%; N=11). Nie stwierdzono jednak istotnej statystycznie różnicy co do częstości występowania objawów depresji w ciąży między grupami z zależności od rodzaju porodu w poprzedniej ciąży.



Rycina 76. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży w zależności od rodzaju poprzedniego porodu

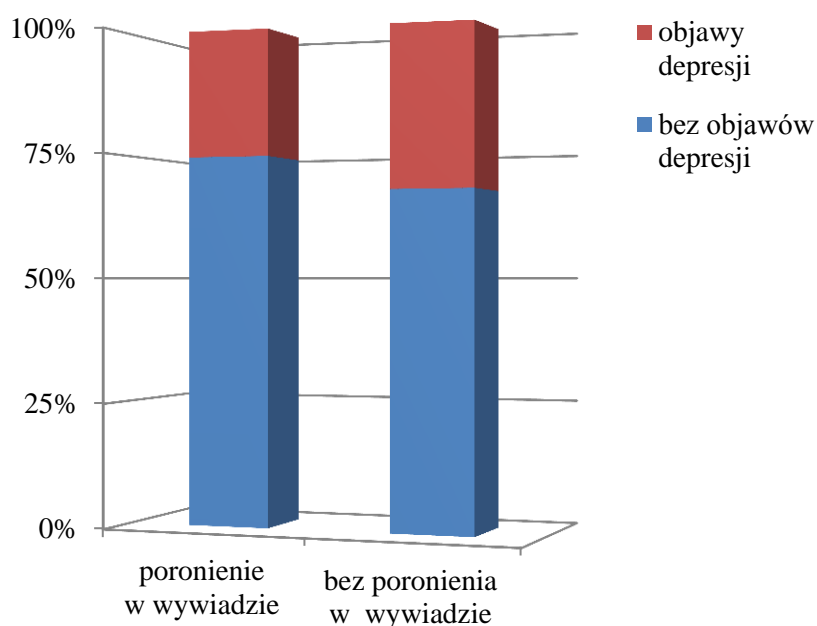
Poronienie w wywiadzie a występowanie objawów depresyjnych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów depresyjnych w zależności od doświadczenia poronienia w wywiadzie (Tabela 121, Rycina 77).

Częściej objawy depresji w okresie ciąży występowały w grupie kobiet, które nie doświadczyły poronienia w przeszłości (32,5%; N=38), rzadziej w grupie kobiet, u których ono wystąpiło (25,5%; N=13). Nie stwierdzono jednak różnicy istotnej statystycznie w częstości występowania objawów depresji w ciąży między grupami.

Tabela 121. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży z uwzględnieniem doświadczenia poronienia w przeszłości

Zmienna	Poronienie				χ^2	p
	Tak		Nie			
	N	%	N	%		
Bez objawów depresji	38	74,5	79	67,5	0,820	0,365
Objawy depresji	13	25,5	38	32,5		
Razem	51	100,0	117	100,0		



Rycina 77. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży z uwzględnieniem doświadczenia poronienia w przeszłości

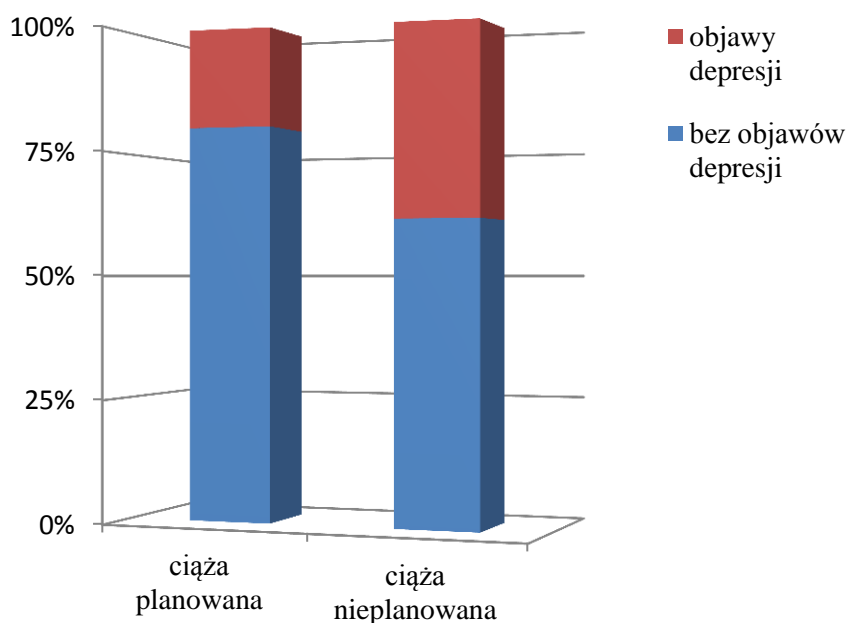
Odczucia wobec aktualnej ciąży a występowanie objawów depresyjnych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów depresyjnych z uwzględnieniem faktu planowania obecnej ciąży (Tabela 122, Rycina 78).

Częściej objawy depresyjne w okresie ciąży występowały w grupie kobiet, które nie planowały obecnej ciąży (38,7%; N=36), rzadziej w grupie kobiet, które planowały obecna ciążę (19,9%; N=44). Różnica między grupami co do częstości występowania objawów depresji była istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 122. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży z uwzględnieniem faktu planowania obecnej ciąży

Zmienna	Cięża planowana				χ^2	p
	Tak		Nie			
	N	%	N	%		
Bez objawów depresji	177	80,1	57	61,3	12,184	0,000
Objawy depresji	44	19,9	36	38,7		
Razem	221	100,0	93	100,0		



Rycina 78. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży z uwzględnieniem faktu planowania obecnej ciąży

Podsumowanie

1. Objawów depresyjnych częściej doświadczaly kobiety które byly po raz kolejny w ciąży oraz te, które nie planowały obecnej ciąży.
2. Pozostałe zmienne medyczne, takie jak: dieta, przebieg poprzedniej ciąży, rodzaj porodu, poronienie w wywiadzie nie wpływały na częstość występowania objawów depresyjnych w obecnej ciąży u badanych

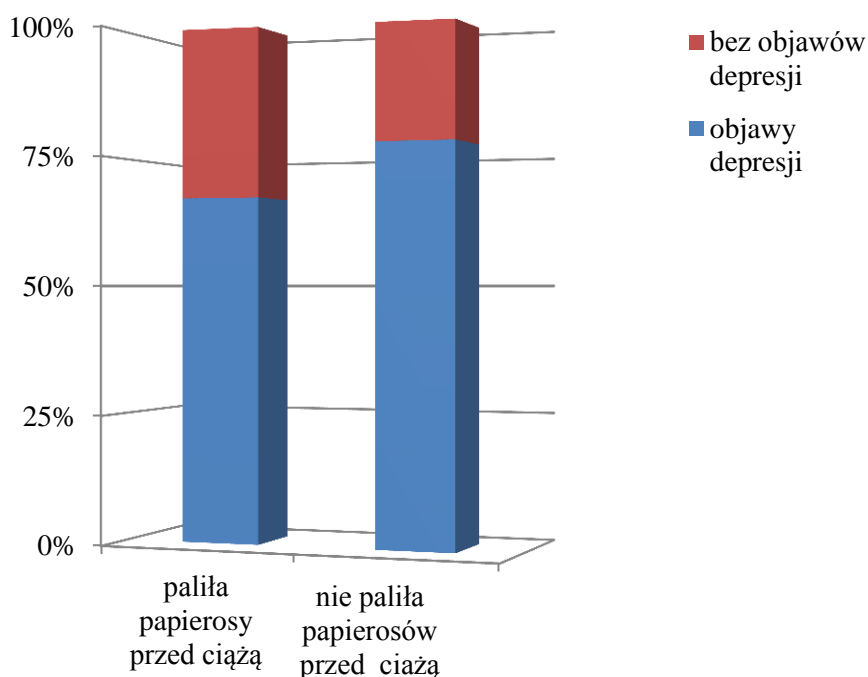
Zachowania ryzykowne a występowanie objawów depresyjnych u badanych

Palenie papierosów przed ciążą a występowanie objawów depresyjnych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów depresyjnych z uwzględnieniem palenia papierosów przed ciążą (Tabela 123, Rycina 79).

Tabela 123. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży z uwzględnieniem palenia papierosów przed ciążą

Zmienna	Palenie przed ciążą					
	Tak		Nie			
	N	%	N	%	χ^2	p
Bez objawów depresji	59	67,1	175	77,4	3,599	0,057
Objawy depresji	29	32,9	51	22,6		
Razem	88	100,0	226	100,0		



Rycina 79. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży z uwzględnieniem palenia papierosów przed ciążą

Częściej objawy depresji w okresie ciąży występowały w grupie kobiet, które paliły papierosy przed ciążą (32,9%; N=29), rzadziej w grupie kobiet, które nie paliły papierosów przed zajściem w ciążę (22,6%; N=51). Nie stwierdzono jednak istotnej statystycznie różnicy co do częstości występowania objawów depresji w ciąży między grupami.

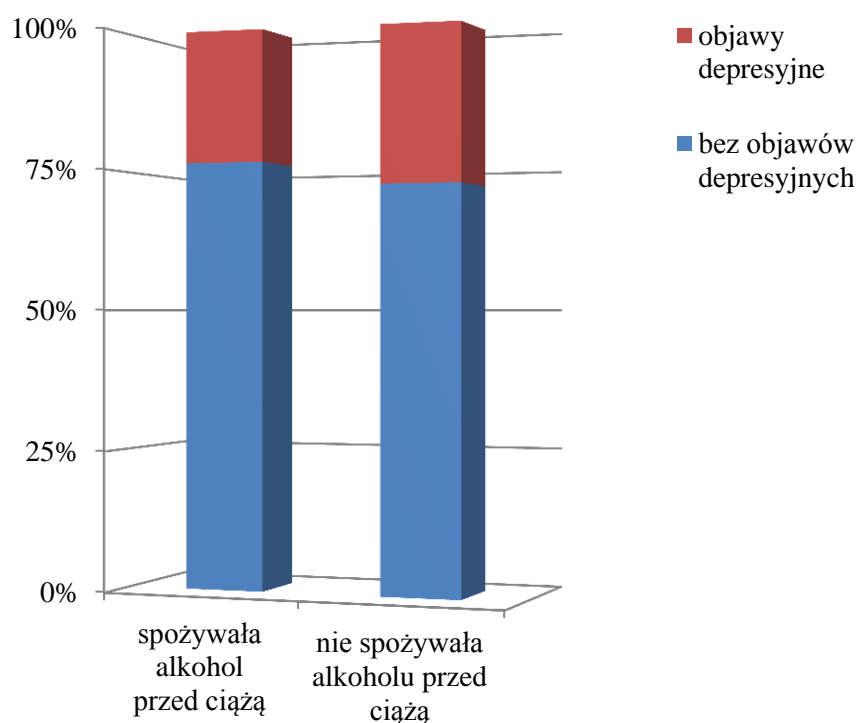
Spożywanie alkoholu przed ciążą a występowanie objawów depresyjnych u badanych

Dokonano analizy rozkładu procentowego występowania objawów depresyjnych w uwzględnieniu spożywania alkoholu przed ciążą (Tabela 124, Rycina 80).

Tabela 124. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży z uwzględnieniem spożywania alkoholu przed ciążą

Zmienna	Alkohol przed ciążą					
	Tak		Nie			
	N	%	N	%	χ^2	p
Bez objawów depresji	133	76,4	101	72,1	0,753	0,385
Objawy depresji	41	23,6	39	27,9		
Razem	174	100,0	14	100,0		

Częściej objawy depresji w okresie ciąży występowały w grupie kobiet, które nie spożywały alkoholu przed ciążą (27,9%; N=39), rzadziej w grupie kobiet, które spożywały alkohol (23,6%; N=41). Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy co do częstości występowania objawów depresji w ciąży między grupami



Rycina 80. Rozkład procentowy występowania objawów depresyjnych w ciąży z uwzględnieniem spożywania alkoholu przed ciążą

Podsumowanie

1. Podejmowanie zachowań ryzykownych przed zajściem w ciążę nie wpływało na częstość występowania objawów depresyjnych w obecnej ciąży.

Zmienne psychospołeczne a występowanie objawów depresyjnych u badanych

Lęk jako stan a występowanie objawów depresyjnych u badanych

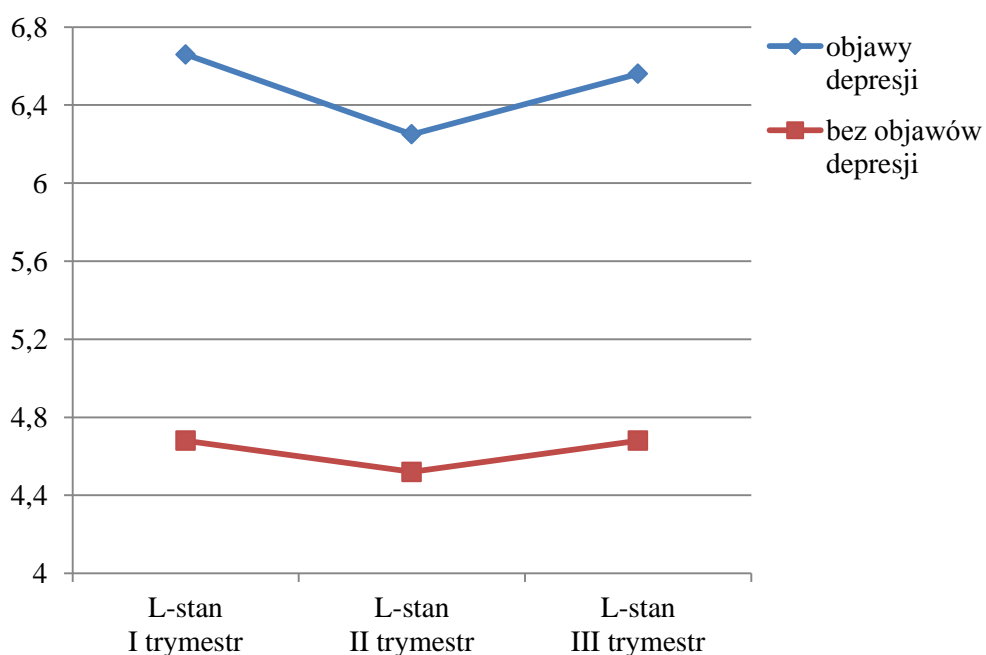
Dokonano analizy różnicy wyników średnich (stenowych) uzyskanych przez badane w skali X-1 (lęk jako stan) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) z uwzględnieniem podziału na grupę w której przynajmniej jeden raz w okresie ciąży wystąpiły objawy depresji i grupę, w której objawy depresji nie wystąpiły (Tabela 125, Rycina 81).

We wszystkich trymestrach ciąży wyższy średni wynik w skali X-1 (lęk jako stan) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) uzyskały kobiety, które przynajmniej raz w ciąży

doświadczyły objawów depresji. Niższy średni wynik w skali X-1 (lęk jako stan) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) uzyskały kobiety, które nie doświadczły objawów depresji w okresie ciąży. Różnica wyników była istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 125. Porównanie wyników średnich w skali X-1 (lęk jako stan) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) w zależności od wystąpienia objawów depresyjnych w ciąży

Skala Lęk jako stan (wyniki stenowe)	Objawy depresyjne				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Lęk jako stan I trymestr	6,66	2,10	4,68	1,70	7,70	0,000
Lęk jako stan II trymestr	6,25	1,97	4,52	1,64	6,93	0,000
Lęk jako stan III trymestr	6,56	2,23	4,68	1,66	6,71	0,000



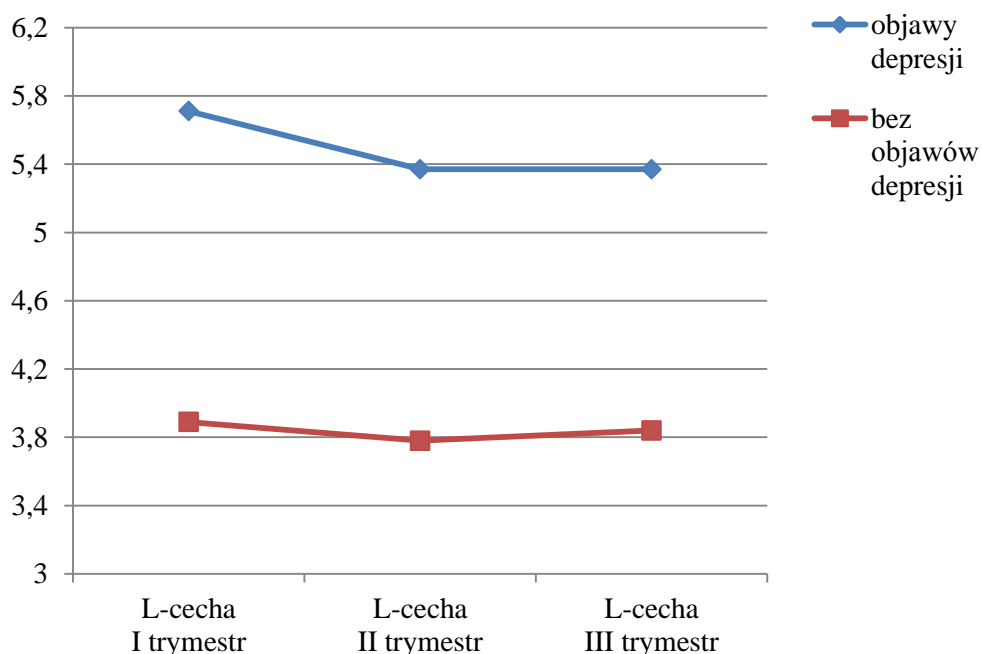
Rycina 81. Porównanie wyników średnich w skali X-1 (lęk jako stan) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) w zależności od wystąpienia depresji w ciąży

Lęk jako cecha a występowanie objawów depresyjnych u badanych

Dokonano analizy różnicy wyników średnich (stenowych) uzyskanych przez badane w skali X-2 (lęk jako cecha) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) z uwzględnieniem podziału na grupę, w której przynajmniej raz w ciąży wystąpiła depresja i grupę, w której depresja nie wystąpiła (Tabela 126, Rycina 82).

Tabela 126. Porównanie wyników średnich w skali X-2 (lęk jako cecha) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) w zależności od wystąpienia objawów depresyjnych w ciąży

Skala Lęk jako cecha (wyniki stenowe)	Objawy depresyjne				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Lęk jako cecha I trymestr	5,71	1,50	3,89	1,52	8,12	0,000
Lęk jako cecha II trymestr	5,37	1,43	3,78	1,64	7,31	0,000
Lęk jako cecha III trymestr	5,37	1,85	3,84	1,71	6,32	0,000



Rycina 82. Porównanie wyników średnich w skali X-2 (lęk jako cecha) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) pomiędzy grupami w zależności od wystąpienia depresji w ciąży

We wszystkich trymestrach ciąży wyższy średni wynik w skali X-2 (lęk jako cecha) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) uzyskały kobiety, które przynajmniej raz w ciąży doświadczyły objawów depresji. Niższy średni wynik w skali X-2 (lęk jako cecha) Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) uzyskały kobiety, które nie doświadczyły objawów depresji w okresie ciąży. Różnica wyników była istotna statystycznie ($p < 0,05$).

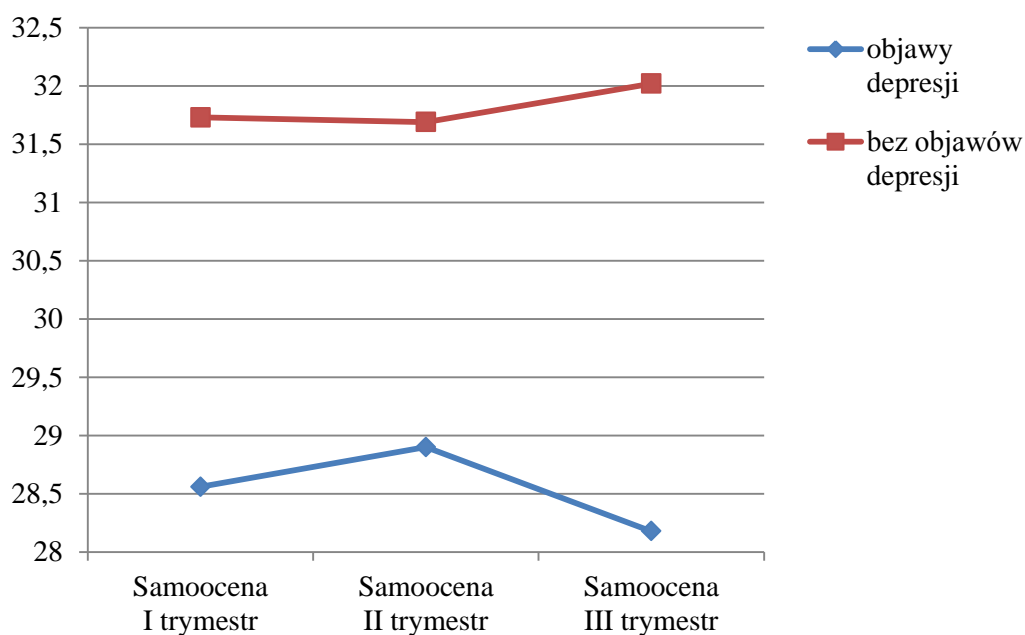
Samooceńa a występowanie objawów depresyjnych u badanych

Dokonano analizy różnicy wyników średnich (stenowych) uzyskanych przez badane w Skali Samooceny Rosenberga (SES) z uwzględnieniem podziału na grupę, w której przynajmniej raz w ciąży wystąpiła depresja i grupę, w której depresja nie wystąpiła (Tabela 127, Rycina 83).

We wszystkich trymestrach ciąży wyższy średni wynik w Skali Samooceny Rosenberga (SES) uzyskały kobiety, które w żadnym momencie badania nie doświadczyły objawów depresji. Niższy średni wynik w Skali Samooceny Rosenberga (SES) uzyskały kobiety, które przynajmniej w jednym momencie badania doświadczyły objawów depresji. Różnica wyników była istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 127. Porównanie średnich wyników w Skali Samooceny Rosenberga (SES) w zależności od wystąpienia depresji w ciąży

Skala	Objawy depresyjne				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	p
	M	SD	M	SD		
SES I trymestr	28,56	3,12	31,73	3,60	-6,334	0,000
SES II trymestr	28,90	4,87	31,69	4,92	-4,857	0,000
SES III trymestr	28,18	4,88	32,02	3,64	-6,458	0,000



Rycina 83. Porównanie średnich wyników w Skali Samooceny Rosenberga (SES), w zależności od wystąpienia depresji w ciąży

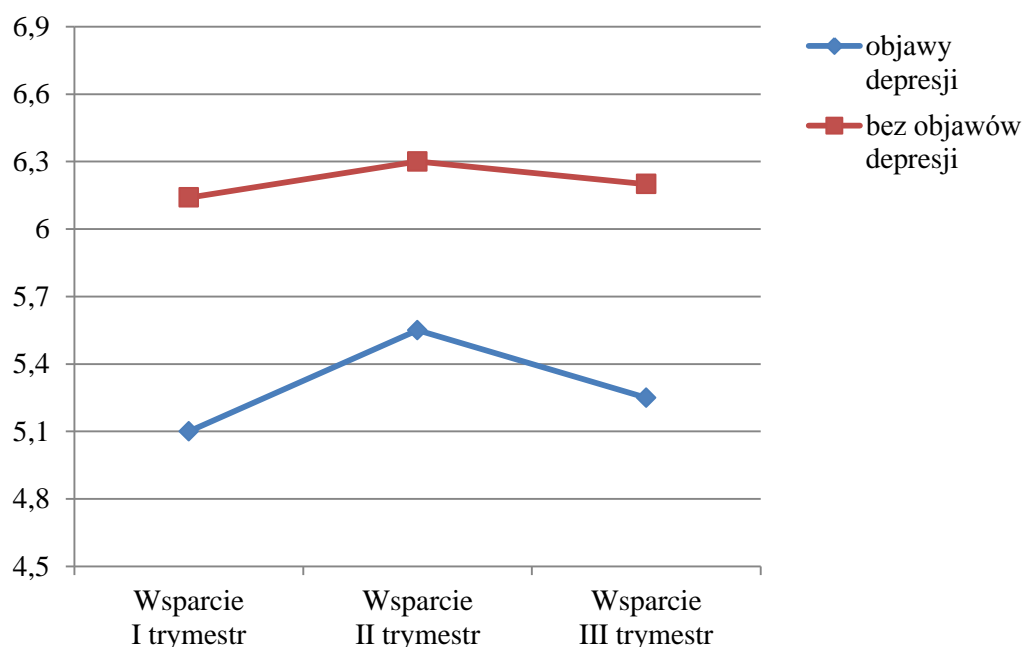
Komunikacja małżeńska a występowanie objawów depresyjnych u badanych

Dokonano analizy różnicy wyników średnich (stenowych) uzyskanych przez badane w Wymiarze Wsparcia Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) z uwzględnieniem podziału na grupę, w której przynajmniej raz w ciąży wystąpiła depresja i grupę, w której depresja nie wystąpiła (Tabela 128, Rycina 84).

We wszystkich trymestrach ciąży wyższy średni wynik w Wymiarze Wsparcia KKM uzyskały kobiety, które w żadnym momencie badania nie doświadczyły objawów depresji. Niższy średni wynik w Wymiarze Wsparcia KKM uzyskały kobiety, które przynajmniej raz w ciąży doświadczyły objawów depresji. Różnica wyników była istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 128. Porównanie średnich wyników w Wymiarze Wsparcia KKM (Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej) w zależności od wystąpienia objawów depresyjnych w ciąży

Skala	Objawy depresyjne				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Wsparcie I trymestr	5,10	2,30	6,14	1,95	-3,518	0,000
Wsparcie II trymestr	5,55	2,39	6,30	1,93	-2,301	0,021
Wsparcie III trymestr	5,25	2,42	6,20	2,06	-3,070	0,002



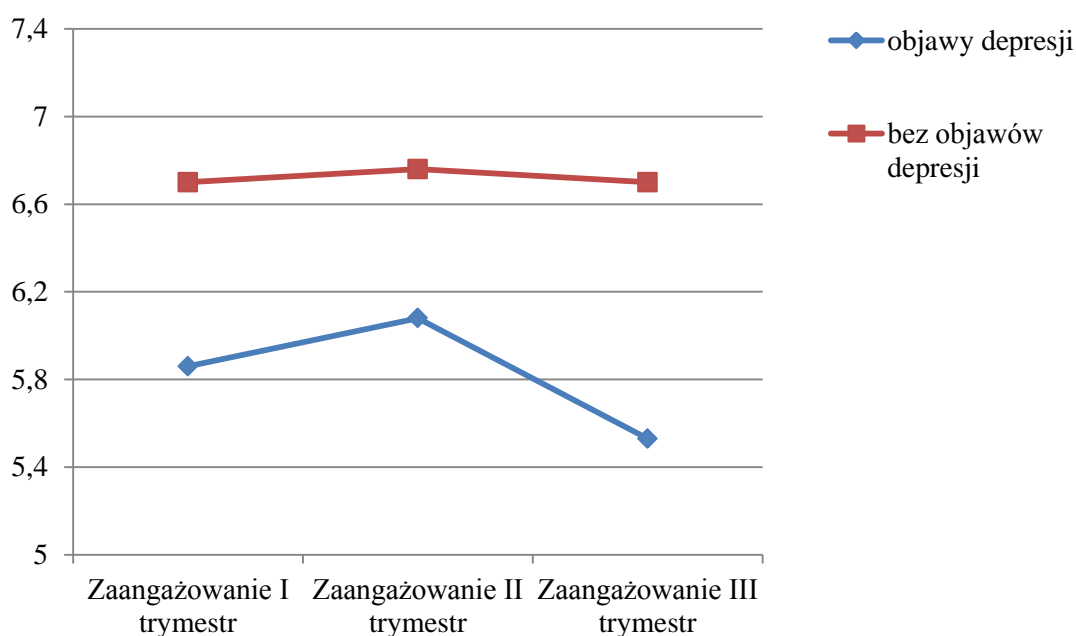
Rycina 84. Porównanie średnich wyników w Wymiarze Wsparcia KKM (Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej) w zależności od wystąpienia objawów depresji w ciąży

Następnie analizowano różnicę wyników średnich (stenowych) uzyskanych przez badane w Wymiarze Zaangażowania Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) z uwzględnieniem podziału na grupę, w której przynajmniej raz w ciąży wystąpiły objawy depresyjne i grupę, w której objawy depresji nie wystąpiły (Tabela 129, Rycina 85).

We wszystkich trymestrach ciąży wyższy średni wynik w Wymiarze Zaangażowania KKM uzyskały kobiety, które w żadnym momencie badania nie doświadczyły objawów depresji. Niższy średni wynik w Wymiarze Zaangażowania KKM uzyskały kobiety, które przynajmniej raz w ciąży doświadczyły objawów depresji. Różnica wyników była istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 129. Porównanie średnich wyników w Wymiarze Zaangażowania KKM (Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej) w zależności od wystąpienia objawów depresyjnych w ciąży

Skala	Objawy depresyjne				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Zaangażowanie I trymestr	5,86	2,27	6,70	1,84	-2,875	0,004
Zaangażowanie II trymestr	6,08	2,36	6,76	1,85	-2,300	0,021
Zaangażowanie III trymestr	5,53	2,24	6,70	1,95	-4,082	0,000

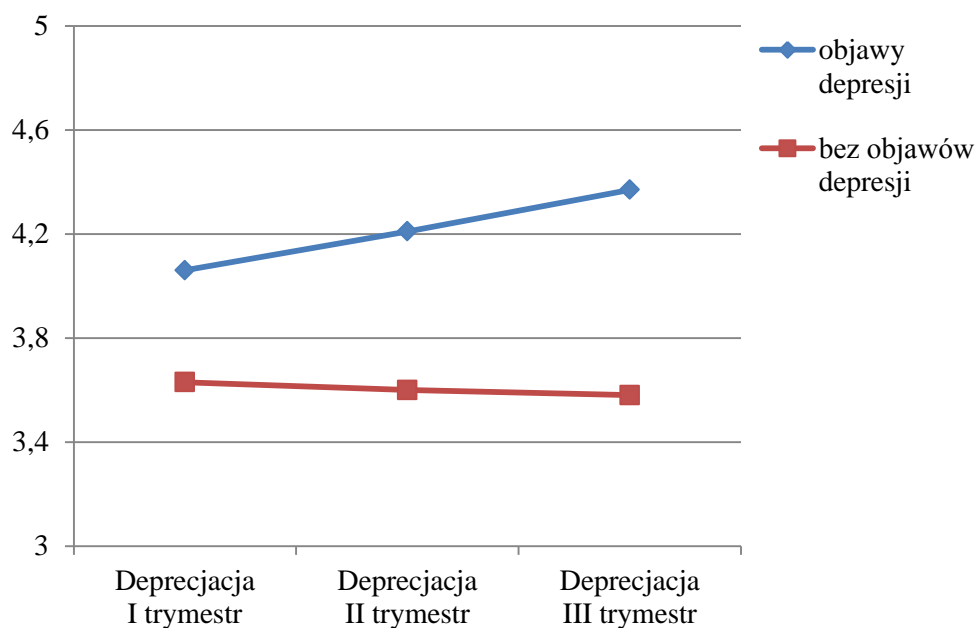


Rycina 85. Porównanie średnich wyników w Wymiarze Zaangażowania KKM (Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej) w zależności od wystąpienia objawów depresji w ciąży

Następnie dokonano analizy różnic wyników średnich (stenowych) uzyskanych przez badane w Wymiarze Deprecjacji Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej (KKM) z uwzględnieniem podziału na grupę, w której przynajmniej raz w ciąży wystąpiły objawy depresji i grupę, w której objawy depresyjne nie występowały (Tabela 130, Rycina 86).

Tabela 130. Porównanie średnich wyników w Wymiarze Deprecjacji KKM (Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej) w zależności od wystąpienia objawów depresji w ciąży

Skala	Objawy depresyjne				ANOVA	
	Tak		Nie			
	M	SD	M	SD	Z	p
Deprecjacja I trymestr	4,06	2,10	3,63	2,02	1,564	0,117
Deprecjacja II trymestr	4,21	2,10	3,60	2,01	2,480	0,013
Deprecjacja III trymestr	4,37	2,11	3,58	1,96	3,080	0,002



Rycina 86. Porównanie średnich wyników w Wymiarze Deprecjacji KKM (Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej) w zależności od wystąpienia depresji w ciąży

W drugim i w trzecim trymestrze wyższy średni wynik w Wymiarze Deprecjacji uzyskały kobiety, które przynajmniej w jednym momencie badania doświadczyły objawów depresji. Niższy średni wynik w Wymiarze Deprecjacji KKM uzyskały kobiety, które ani razu nie doświadczyły objawów depresji. Różnica wyników była istotna statystycznie ($p < 0,05$). Podobną tendencję zauważono dla pierwszego trymestru, ale różnica w wynikach nie była istotna statystycznie

Wsparcie społeczne a występowanie objawów depresyjnych u badanych

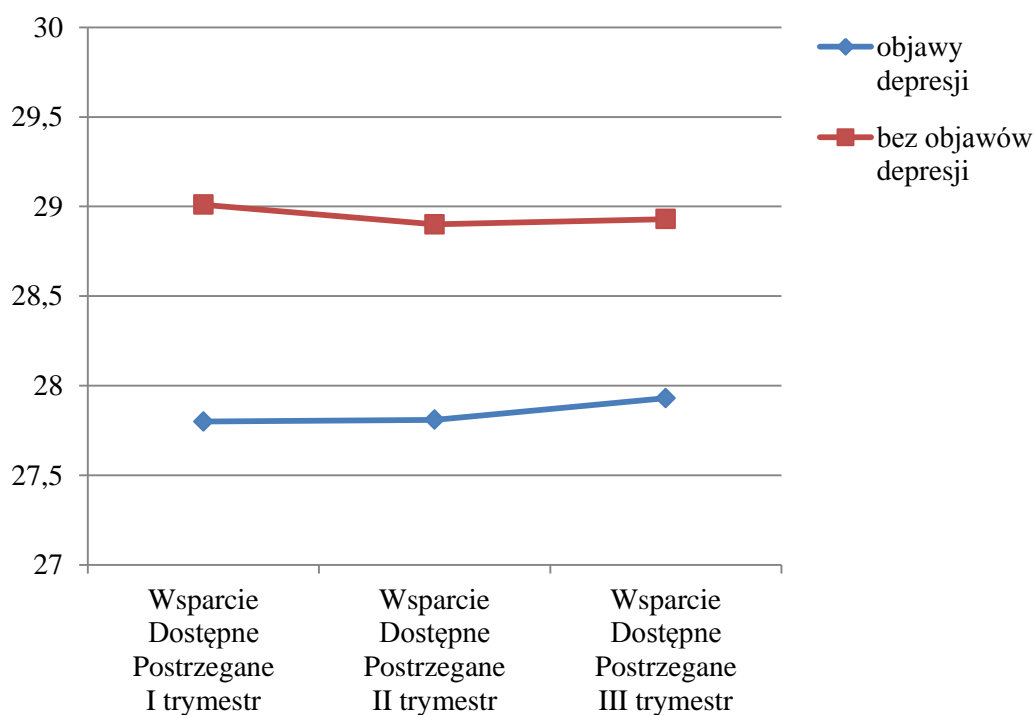
Dokonano analizy różnicy wyników średnich uzyskanych przez badane w Skali Wsparcia Dostępnego Postrzeganego Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS) z uwzględnieniem podziału na grupę, w której przynajmniej raz w ciąży wystąpiły objawy depresji i grupę, w której objawy depresji nie wystąpiły (Tabela 131, Rycina 87).

Tabela 131. Porównanie średnich wyników w Skali Wsparcia Dostępnego Postrzeganego BSSS w zależności od wystąpienia objawów depresyjnych w ciąży

Skala	Objawy depresyjne				ANOVA	
	Tak		Nie			
	M	SD	M	SD	Z	p
Wsp. Dost. Post. I trymestr	27,80	2,87	29,01	2,63	-3,330	0,000
Wsp. Dost. Post. II trymestr	27,91	2,67	28,90	2,84	-2,915	0,003
Wsp. Dost. Post. III trymestr	27,93	2,70	28,93	2,72	-3,022	0,002

Wsp. Dost. Post.– Wsparcie Dostępne Postrzegane

We wszystkich trymestrach ciąży wyższy średni wynik w Skali Wsparcia Dostępnego Postrzeganego BSSS uzyskały kobiety, które w żadnym momencie badania nie doświadczyły objawów depresji. Niższy średni wynik w Skali Wsparcia Dostępnego Postrzeganego BSSS uzyskały kobiety, które przynajmniej raz w ciąży doświadczyły objawów depresji. Różnica wyników była istotna statystycznie ($p < 0,05$).



Rycina 87. Porównanie średnich wyników w Skali Wsparcia Dostępnego Postrzeganego BSSS w zależności od wystąpienia objawów depresji w ciąży

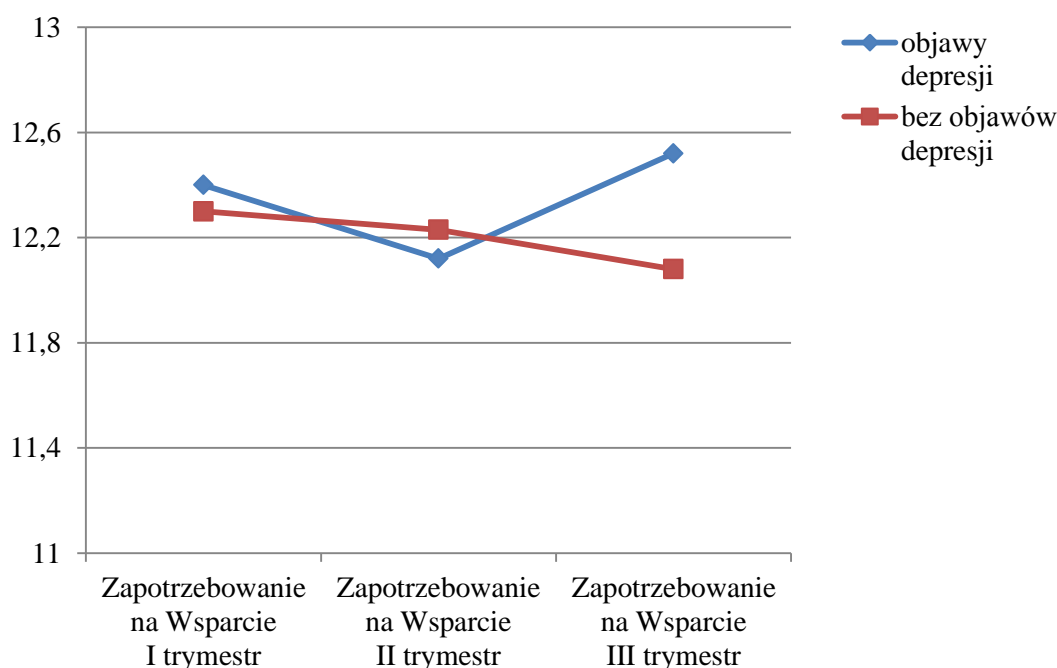
Następnie analizowano różnicę w wynikach średnich uzyskanych przez badane w Skali Zapotrzebowania na Wsparcie Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS) z uwzględnieniem podziału na grupę, w której przynajmniej raz w ciąży wystąpiły objawy depresji i grupę, w której objawy depresji nie wystąpiły (Tabela 132, Rycina 88).

Tabela 132. Porównanie średnich wyników w Skali Zapotrzebowania na Wsparcie BSSS w zależności od wystąpienia objawów depresyjnych w ciąży

Skala	Objawy depresyjne				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Zapotrz. na Wsp. I trymestr	12,40	1,85	12,30	2,04	0,337	0,735
Zapotrz. na Wsp. II trymestr	12,12	1,60	12,23	1,94	-0,348	0,727
Zapotrz. na Wsp. III trymestr	12,52	1,99	12,08	1,94	1,856	0,063

Zapotrz. na Wsp – zapotrzebowanie na wsparcie

W pierwszym i w drugim trymestrze ciąży badane kobiety uzyskały bardzo zbliżone wyniki w skali Zapotrzebowania na Wsparcie BSSS. W trzecim trymestrze wyższy średni wynik w Skali Zapotrzebowania na wsparcie BSSS uzyskały kobiety, które przynajmniej w jednym momencie badania doświadczyły objawów depresji. Niższy średni wynik w Zapotrzebowania na Wsparcie BSSS uzyskały kobiety, które nie doświadczyły objawów depresji w obecnej ciąży. Różnica wyników była bliska istotności statystycznej.



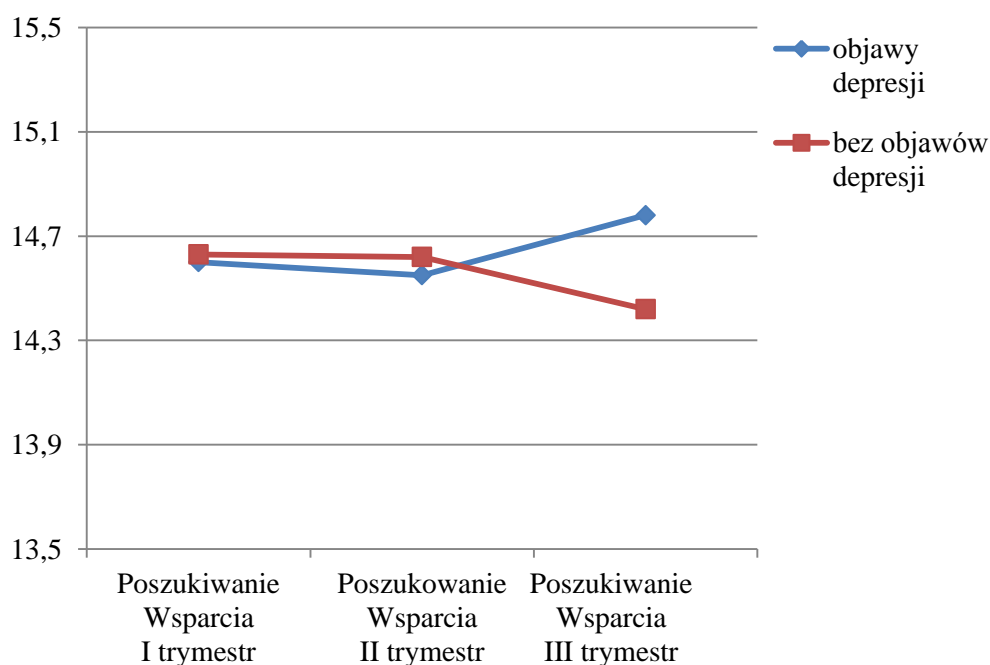
Rycina 88. Porównanie średnich wyników w Skali Zapotrzebowania na Wsparcie BSSS w zależności od wystąpienia depresji w ciąży

Następnie dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w Skali Poszukiwania Wsparcia Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS) z uwzględnieniem podziału na grupę, w której przynajmniej raz w ciąży wystąpiły objawy depresji i grupę, w której objawy depresyjne nie występowały (Tabela 133, Rycina 89). We wszystkich trymestrach ciąży kobiety uzyskały bardzo zbliżone wyniki w Skali Poszukiwania Wsparcia BSSS. Nie ma związku pomiędzy poszukiwaniem wsparcia a występowaniem objawów depresji w ciąży.

Tabela 133. Porównanie średnich wyników w Skali Poszukiwania Wsparcia BSSS w zależności od wystąpienia objawów depresji w ciąży

Skala	Objawy depresyjne				ANOVA	
	Tak		Nie			
	M	SD	M	SD	Z	p
Posz. Wsp. I trymestr	14,60	2,35	14,63	2,32	-0,000	0,999
Posz. Wsp. II trymestr	14,55	2,11	14,62	2,11	0,061	0,950
Posz. Wsp. III trymestr	14,78	2,02	14,42	2,37	1,535	0,124

Posz. Wsp. – Poszukiwanie wsparcia



Rycina 89. Porównanie średnich wyników w Skali Poszukiwania Wsparcia BSSS w zależności od wystąpienia objawów depresji w ciąży

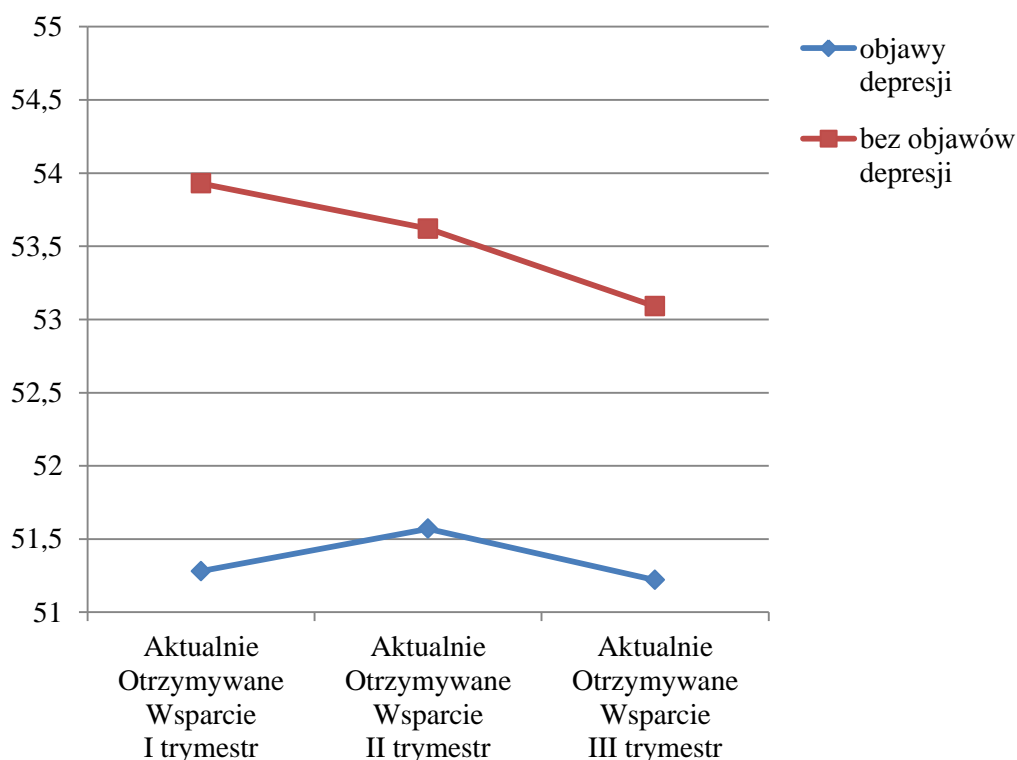
Następnie dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w Skali Aktualnie Otrzymywanego Wsparcia Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS) z uwzględnieniem podziału na grupę, w której przynajmniej raz w ciąży wystąpiły objawy depresji i grupę, w której objawy depresyjne nie występowały (Tabela 134, Rycina 90).

We wszystkich trymestrach ciąży wyższy średni wynik w Skali Aktualnie Otrzymywanego Wsparcia BSSS uzyskały kobiety, które w żadnym momencie badania nie doświadczyły objawów depresji. Niższy średni wynik w Skali Aktualnie Otrzymywanego Wsparcia BSSS uzyskały kobiety, które przynajmniej w jednym momencie badania doświadczyły objawów depresji. Różnica wyników była istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Tabela 134. Porównanie średnich wyników w Skali Aktualnie Otrzymywanie Wsparcie BSSS w zależności od wystąpienia objawów depresji w ciąży

Skala	Objawy depresyjne				ANOVA	
	Tak		Nie		Z	p
	M	SD	M	SD		
Akt. Otrż. Wsp. I trymestr	51,28	8,08	53,93	5,84	-2,537	0,011
Akt. Otrż. Wsp. II trymestr	51,57	7,30	53,62	6,37	-2,360	0,018
Akt. Otrż. Wsp. III trymestr	51,22	8,12	53,09	6,27	-1,572	0,115

Akt. Otrż. Wsp. –Aktualnie Otrzymywane Wsparcie



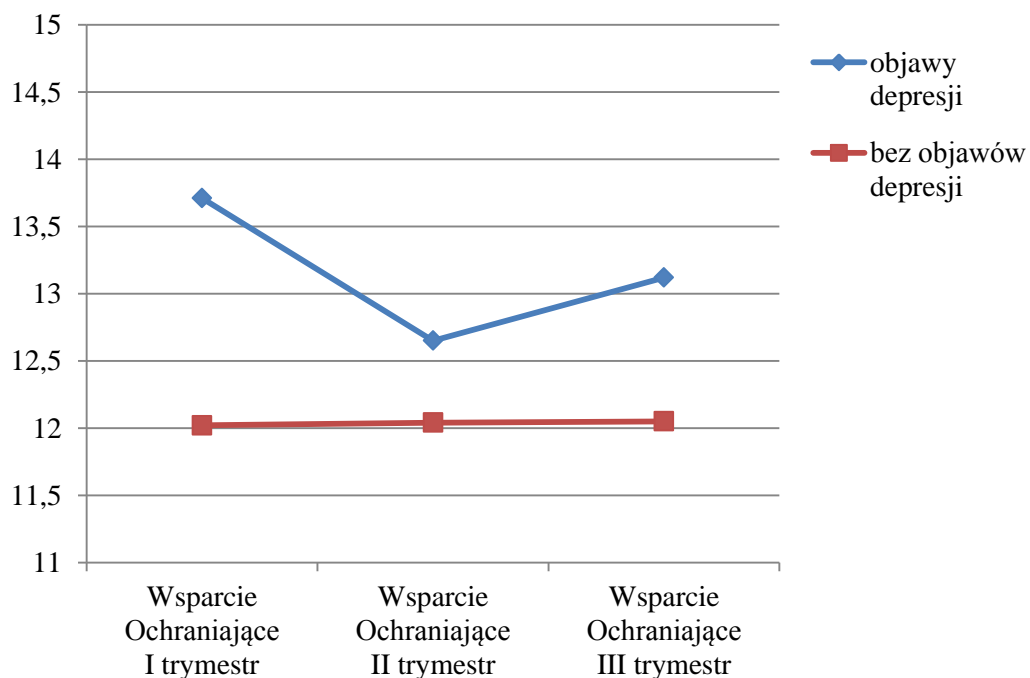
Rycina 90. Porównanie średnich wyników w Skali Aktualnie Otrzymywanego Wsparcia BSSS w zależności od wystąpienia objawów depresji w ciąży

Dokonano analizy różnic wyników średnich uzyskanych przez badane w Skali Wsparcia Ochraniającego Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (BSSS) z uwzględnieniem podziału na grupę, w której przynajmniej raz w ciąży wystąpiły objawy depresyjne i grupę, w której objawy depresji nie wystąpiły (Tabela 135, Rycina 91).

Tabela 135. Porównanie średnich wyników w Skali Wsparcia Ochraniającego BSSS w zależności od wystąpienia objawów depresji w ciąży

Skala	Objawy depresyjne				ANOVA	
	Tak		Nie			
	M	SD	M	SD	Z	p
Wsp. Ochr. I trymestr	13,71	3,77	12,02	2,84	3,771	0,000
Wsp. Ochr. II trymestr	12,65	2,93	12,04	2,96	2,084	0,037
Wsp. Ochr. III trymestr	13,12	3,75	12,05	2,81	2,579	0,009

Wsp. Ochr. – Wsparcie Ochraniające



Rycina 91. Porównanie średnich wyników w Skali Wsparcia Ochraniającego BSSS w zależności od wystąpienia depresji w ciąży

We wszystkich trymestrach ciąży wyższy średni wynik w Skali Wsparcia Ochroniającego BSSS uzyskały kobiety, które przynajmniej w jednym momencie badania doświadczyły objawów depresyjnych. Niższy średni wynik w Skali Wsparcia Ochroniającego uzyskały kobiety, które w żadnym z momentów badania nie doświadczyły objawów depresji. Różnica wyników była istotna statystycznie ($p < 0,05$).

Podsumowanie

1. Wyższe wyniki w skali lęku jako stanu i lęku jako cechy STAI wiązały się z częstszym występowaniem objawów depresyjnych w ciąży.
2. Niższa samoocena, gorsza komunikacja w związku, mniej satysfakcjonujące wsparcie społeczne wiązało się z większym ryzykiem występowania objawów depresyjnych w okresie ciąży.

Rozdział IV Omówienie wyników i dyskusja

Badania wykazują, że przeciwnie do tego co sądzono do niedawna, ciąża nie chroni kobiet przed zachorowaniem na depresję (Ryan i wsp., 2005). Nadal jednak powszechnie uważa się, że problemy zdrowia psychicznego w okresie ciąży występują znacznie rzadziej w porównaniu do okresu poporodowego, co skutkuje tym, że zaburzenia lękowe i depresyjne w ciąży są generalnie niedostatecznie często rozpoznawane (O'Hara i wsp., 1990). Co więcej donoszono nawet o częstszym zgłaszaniu objawów depresyjnych przez kobiety w ciąży niż w okresie poporodowym (Gotlib i wsp. 1989, Josefsson i wsp., 2001).

Natura lęku doświadczanego przez kobietę w ciąży nie została do tej pory dostatecznie poznana, ale jest możliwe, że ma on charakter antycypacyjny, rosnąc w chwilach doświadczania trudności w radzeniu sobie z wyzwaniami ciąży i macierzyństwa. Dane na temat zaburzeń lękowych występujących w ciąży są bardzo ograniczone. Jedno z badań obejmujących kobiety będące w drugim trymestrze ciąży wykazało na przykład, że częstość zaburzeń lękowych wynosiła 6,6% (Andersson i wsp., 2003). Z kolei w innych badaniach wskazywano na znacznie wyższe odsetki lęku w ciąży sięgające 20 % (Borri i wsp., 2008; Grant i wsp., 2008).

Współczesne badania epidemiologiczne szacują częstość depresji w okresie ciąży od 4% nawet do 20% (Johanson i wsp., 2000; Evans i wsp., 2001; Josefsson i wsp., 2001; Marcus i wsp., 2003; Bennett i wsp., 2004; Rubertsson i wsp., 2005). Odsetki te są bardzo zróżnicowane, co można wiązać między innymi ze stosowaną metodologią w danym badaniu, sposobem rekrutacji grupy badanej, wielkością tej grupy, ale również z momentem ciąży kiedy było ono przeprowadzane. Należy zwrócić uwagę, że niekiedy stosowane narzędzia badawcze mogą prowadzić do przeszacowania częstości depresji w przypadkach zaliczenia do objawów depresyjnych obaw związanych z porodem, ciążą, niepokoju o zdrowie płodu. Z drugiej strony depresja w ciąży może pozostać niezauważona z powodu nakładania się fizjologicznych somatycznych objawów występujących w ciąży z objawami somatycznymi depresji. Obniżenie libido, zaburzenia snu, osłabienie apetytu, zmęczenie, ból są objawami najbardziej problematycznymi w tym kontekście (Lee i wsp., 2007).

Około połowa chorych na depresję wykazuje współistnienie objawów spełniających kryteria zespołów lękowych, takich jak: lęk uogólniony, lęk napadowy,

fobia społeczna czy zespół obsesyjno-kompulsyjny. Współwystępowanie depresji i nasilonych objawów lub zespołów lękowych pogarsza przebieg depresji, powoduje gorszą reakcję na leczenie, sprzyja występowaniu nadużywania i uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych, zwiększa ryzyko popełnienia samobójstwa oraz wpływa na gorsze funkcjonowanie psychospołeczne (Rybakowski i Jaracz 2010). W związku z tym w badaniach własnych zdecydowano się rozpatrywać łącznie problem występowania objawów lęku i depresji w ciąży.

Zaletą niniejszej pracy jest jej longitudinalny charakter, ponieważ większość dostępnych do tej pory badań skupiało się jedynie na jednym okresie ciąży. Długofalowa analiza występowania i uwarunkowań zarówno objawów lęku i depresji prowadzona w kolejnych trymestrach ciąży jest wartościowym sposobem na zbadanie jak wpływ poszczególnych czynników ryzyka zmienia się w przebiegu ciąży. To z kolei może mieć znaczenie dla rozwoju skutecznych strategii zapobiegania i wczesnej interwencji.

Powszechnie uważa się, że częstość depresji jest większa w pierwszym i trzecim trymestrze ciąży niż w drugim trymestrze ciąży. Podobną tendencję zauważono w badaniach własnych i to zarówno co do występowania objawów lęku jak i objawów depresji. Objawów lękowych w pierwszym trymestrze ciąży doświadczyło 27,4% badanych, w drugim trymestrze 23,9%, w trzecim 29,9%. Objawy depresyjne występowały znacznie rzadziej, i tak: w pierwszym trymestrze u 15,3 % badanych, w drugim u 12,7% w trzecim u 14%. badanych kobiet.

Podobną tendencję zaobserwowano np. w badaniu Berle i współpracowników (2005). Jednak w tamtym badaniu, podobnie jak w większości przeprowadzonych do tej pory badań nad depresją w ciąży, kobiety będące w różnych miesiącach ciąży oceniano jednorazowo i wyciągano na tej podstawie ogólne wnioski odnośnie występowania depresji w poszczególnych trymestrach. Z tego też powodu niniejsze badanie wydaje się w bardziej rzetelny sposób dostarczać informacji co do występowania depresji w przebiegu ciąży.

W jednym z niewielu opublikowanych do tej pory badań longitudinalnych dotyczących występowania lęku i depresji w ciąży (Lee i wsp., 2007) uzyskano stosunkowo wysokie odsetki występowania obu rodzajów zaburzeń. Częstość występowania lęku w każdym z trymestrów przewyższała 30%, depresji w pierwszym i trzecim trymestrze przewyższała 20%. W drugim trymestrze depresja występowała u 18,9% badanych. Daje to znacznie wyższe odsetki w porównaniu z wynikami niniejszego badania.

Warto przy tym zauważyć, iż wyniki badania własnego wskazały na to, że przynajmniej raz objawów lęku doświadczyło 37,9% badanych, objawów depresji 25,4%. Są to również mniejsze odsetki niż we wspomnianym wyżej badaniu Lee i współpracowników. W tamtym badaniu, przeprowadzonym w 2007 roku, przynajmniej jeden raz w ciąży lęku doświadczyło aż 54% badanych, depresji natomiast 37,1% (Lee i wsp., 2007).

Na inne tendencje wskazuje przegląd literatury z 2004 roku przeprowadzony przez Benetta i współpracowników, w którym średnia częstość występowania depresji w pierwszym trymestrze wyniosła 7,4% (2,2-12,6%), w drugim 12,8% (10,7-14,8%), w trzecim 12,0% (7,4-16,7%) (Bennett i wsp, 2004). Według tego przeglądu badań depresja najrzadziej występowała w pierwszym trymestrze ciąży. Należy jednak podkreślić, iż badania, które uwzględniano w tamtym przypadku odnosiły się przeważnie do jednego trymestru, w związku z tym zestawiano wskaźniki depresji, która była oceniana przy pomocy różnych metod diagnostycznych, o czym świadczy też duży rozrzut wyników uzyskanych w danym trymestrze w poszczególnych badaniach.

Częstość występowania depresji w ciąży w badaniu nigeryjskim z 2007 (Adewuya i wsp., 2007) wyniosła 8,3%. Była ona mniejsza niż w badaniu maltańskim (Felice i wsp., 2004), ale o wiele większa w porównaniu do badania chińskiego (Lee i wsp., 2004). Badanie nigeryjskie wskazało na podobny odsetek występowania depresji w ciąży do jej częstości w krajach zachodnich, co może wskazywać, że problemy emocjonalne w ciąży występują niezależnie od kultury.

Należy zauważyć, że w badaniu własnym we wszystkich trymestrach zarówno objawy lęku jak i depresji występowały najczęściej w nasileniu łagodnym co po części można tłumaczyć wielkością grupy badanej oraz tym, że badanie zostało przeprowadzone w warunkach ambulatoryjnych. Dostępne dane wskazują bowiem, że nasilenie oraz częstość depresji w ciąży u kobiet hospitalizowanych z powodu zagrożonej ciąży są znacząco wyższe (Brandon i wsp., 2008).

Jak już wspomniano powyżej, około 50 % chorych cierpiących z powodu depresji doświadcza również objawów lękowych i co ważne pojawienie się u nich lęku wiąże się z cięższym przebiegiem choroby. Wyniki badania własnego wskazały na następujące odsetki kobiet, u których współwystępowały objawy lękowe i depresyjne w poszczególnych trymestrach ciąży: 12,7% badanych w pierwszym, 10,8 % w drugim i 12,4% w trzecim trymestrze ciąży. W longitudinalnym badaniu Lee i współpracowników (2007), gdzie oceniano współwystępowanie lęku i depresji

w poszczególnych trymestrach uzyskano zbliżone wyniki, a mianowicie: 14,2% w pierwszym, 12,6% w drugim i 16,9% w trzecim trymestrze (Lee i wsp. 2007).

Istotne dla opieki nad kobietą doświadczającą lęku i depresji w ciąży jest oszacowanie jak często mamy do czynienia z przewlekłością tych zaburzeń, tzn. z sytuacją, gdy występują one w dwóch lub w trzech trymestrach. I tak, w badaniu własnym objawy lękowe występowały u 15,9% badanych we wszystkich trymestrach ciąży, u 11,5% w dwóch trymestrach. Dla depresji odsetki te wynosiły odpowiednio 3,5% i 9,6%. Poza tym okazało się, że większe nasilenie objawów lęku w pierwszym trymestrze wiązało się z większym nasileniem objawów lęku w drugim i trzecim trymestrze. Analogiczny związek potwierdzono również dla objawów depresyjnych. Wykazano również silny związek między nasileniem objawów lęku a nasileniem objawów depresji w poszczególnych trymestrach, przy czym związek ten był silniejszy w pierwszym i trzecim trymestrze w porównaniu do drugiego trymestru. Generalnie uzyskane wyniki stanowiły potwierdzenie pierwszej hipotezy postawionej w badaniu własnym, że nasilenie objawów lękowych wiąże się z występowaniem i nasileniem objawów depresyjnych w okresie ciąży.

Stosunkowo wysokie odsetki występowania objawów lęku i depresji we wszystkich trymestrach ciąży wskazują na konieczność systematycznych badań przesiewowych, które byłyby przeprowadzane kilkakrotnie w ciąży, trudno jest bowiem wykluczyć prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń lękowych czy depresyjnych w oparciu o informacje uzyskane podczas tylko jednej wizyty w gabinecie lekarskim w ciąży.

Badanie Marcusa i wsp. (2003) wykazało, że badania przesiewowe w kierunku depresji w ciąży mogą być stosowane z dużą skutecznością nawet przez niewykwalifikowany personel. Skuteczność tego typu skriningu można poprawić ponadto przez wcześniejszą znajomość potencjalnych czynników ryzyka.

Kolejnym etapem badania własnego było określenie korelacji wybranych czynników psychospołecznych, demograficznych i medycznych z nasileniem objawów lęku i depresji w poszczególnych trymestrach ciąży. Do czynników psychospołecznych zaliczono: lęk jako stan, lęk jako cecha, samoocenę, komunikację w małżeństwie i wsparcie społeczne.

Jak już wspomniano powyżej, szczególnie brakuje kompleksowych badań dotyczących lęku w ciąży, zwłaszcza jego natury. W związku z tym w badaniu własnym dokonano próby dokładniejszej analizy lęku doświadczanego w ciąży. Zastosowano

w tym celu Inwentarz Stanu i Cechy Lęku, który odnosi się do koncepcji Spielberga polegającej na rozróżnieniu pomiędzy lękiem rozumianym jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki (lęk – stan) a lękiem rozumianym jako względnie stała cecha osobowości (lęk – cecha) (Wrześniewski i wsp., 2006).

Lęk – stan charakteryzuje się według Spielberga subiektywnymi świadomie postrzeganymi uczuciami obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego (Spielberger, 1966). Charakterystyczną cechą lęku jako stanu jest jego duża zmienność pod wpływem oddziaływania różnego rodzaju czynników zagrażających.

Lęk – cecha definiowany jest przez Spielberga jako konstrukt teoretyczny oznaczający „motyw lub nabytą dyspozycję behawioralną, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku, nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa” (Spielberger, 1966). W definicji tej podkreśla się wyuczony charakter lęku. Formowanie się osobowości lękowej wiąże Spielberger z wczesnym okresem dzieciństwa, relacjami zachodzącymi w tym okresie między dzieckiem a rodzicami, szczególnie zaś w sytuacji karania. W definicji wskazuje się również na rolę, jaką w osobowości lękowej pełnią procesy poznawcze (postrzeganie sytuacji). Lęk jako cecha, powinna charakteryzować się dużą stabilnością.

Wysoki wynik w skali lęku jako stanu najczęściej występował u badanych kobiet w pierwszym trymestrze (21,6%), a najrzadziej w drugim trymestrze (16,6%) i podobnie wysoki wynik w skali lęku jako cechy najczęściej występował w pierwszym trymestrze (12,7%), najrzadziej w drugim trymestrze (9,7%).

Potwierdzono w badaniu własnym teoretyczne założenia Spielberga odnośnie zmiennych lęk jako stan i lęk jako cecha, ponieważ średnie wyniki uzyskane przez badane w skali lęku jako cechy w poszczególnych trymestrach charakteryzowały się mniejszą zmiennością w porównaniu do wyników uzyskanych przez nie w skali lęku jako stanu.

Wykazano istotną statystycznie zależność między nasileniem objawów lęku i depresji w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji a większym nasileniem lęku jako stanu i lęku jako cechy we wszystkich trymestrach. Przy czym lęk jako stan korelował najsilniej z objawami lękowymi mierzonymi w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji w trzecim trymestrze ciąży, a lęk jako cecha w pierwszym trymestrze. Obie podskale Inwentarza Stanu i Cechy Lęku najsilniej korelowały z objawami depresyjnymi

w pierwszym trymestrze. Istotny związek między nasileniem lęku i depresji wykazali w swoich badaniach między innymi Field i(2002), Sutter-Dellay (2004) oraz Lee (2007).

Kolejną badaną zmienną w kontekście nasilenia objawów lęku i depresji w poszczególnych trymestrach ciąży była samoocena. Zastosowano w tym przypadku Skalę Samooceny Rosenberga.

Globalną samoocenę zwykle definiuje się jako stosunek do własnej osoby. Rosenberg wyszedł z założenia, że ludzie mają różne postawy wobec różnych obiektów, a własne Ja jest jednym z tych obiektów. Samoocena jest więc pozytywną lub negatywną postawą wobec Ja, rodzajem globalnej oceny siebie. Podkreślał, że wysoka samoocena oznacza przekonanie, że jest się „wystarczająco dobrym”, wartościowym człowiekiem, co niekoniecznie świadczy o tym, że osoba z wysoką samooceną uważa siebie za lepszą od innych. Niska samoocena w ujęciu Rosenberga oznacza niezadowolenie z siebie, odrzucenie własnego Ja. W literaturze polskiej czasami tłumaczy się termin *self-esteem* jako globalne samowartościowanie (*global self-evaluation*) (np. Dymkowski, 1993), podkreślając tym samym emocjonalny aspekt tego wymiaru percepcji własnego Ja dla odróżnienia go od poznawczej oceny siebie, w tej konwencji nazywanej właśnie samooceną (*self--assessment*). Jednak w literaturze anglojęzycznej rzadko stosuje się rozróżnienia na poznawcze i emocjonalne aspekty samooceny, a używa się raczej pojęć odnoszących się do specyficznej (*specific self-esteem*) lub globalnej oceny własnego Ja (*global self-esteem*). Samoocena jest z samej swej natury konstruktem subiektywnym, opartym na percepcji i ocenie własnej wartości (Anastazi i Urbina, 1999; Baumeister i wsp., 2003). Tak definiowana jest jednym z elementów koncepcji Ja i ma względnie trwały charakter u osób dorosłych (Blascovich i Tomaka, 1999).

Poziom samooceny mierzony polską wersją Skali Samooceny Rosenberga pozwala przewidywać zarówno funkcjonowanie emocjonalne i społeczne, a także pewne aspekty zadaniowego nastawienia jednostki. Diagnozowane za pomocą polskiego odpowiednika skali osoby o wysokiej samoocenie okazują się, w porównaniu z badanymi o niskiej samoocenie, przeżywać mniej negatywnych emocji, w tym przede wszystkim lęku, smutku i depresji. Ponadto są aktywne i sprawniejsze społecznie, a także wykazują wyższy poziom dyspozycji sprzyjających efektywnej realizacji zadań (Łaguna i wsp., 2007).

Samoocena wykazuje związki zarówno z wymiarami funkcjonowania emocjonalnego, jak i z dyspozycjami osobowościowymi. Część tych zależności pośrednio dowodzi trafności Skali Samooceny Rosenberga. Pierwsze badania dotyczące

związku między samooceną a depresją były prowadzone przez Rosenberga (1965) na etapie konstruowania skali. Wykazały one, że osoby z niską samooceną są oceniane przez pielęgniarki centrum medycznego jako bardziej depresyjne oraz częściej okazujące uczucia smutku, nieszczęścia, rozczarowania. Wystąpiła także istotna zależność między wynikami skali nastroju depresyjnego oraz Skali Samooceny Rosenberga – osoby z niską samooceną istotnie częściej oceniano jako bardzo depresyjne.

W badaniu własnym wykazano związek między samooceną a nasileniem objawów lękowych i depresyjnych w poszczególnych trymestrach ciąży. Badane z wyższymi wynikami w Skali Samooceny Rosenberga charakteryzowały się mniejszym nasileniem objawów lęku i depresji i dotyczyło to wszystkich trymestrów. Dla objawów lękowych związek ten był najsilniejszy w trzecim trymestrze ciąży, a dla objawów depresyjnych w pierwszym i w trzecim trymestrze był silniejszy niż w drugim trymestrze. W niewielu badaniach do tej pory oceniano wpływ samooceny na występowanie i nasienie lęku i depresji w poszczególnych trymestrach ciąży. We wspomnianym powyżej już badaniu Lee i współpracowników (2007) uzyskano podobne wyniki, to znaczy niska samoocena wiązała się z większym ryzykiem lęku i depresji we wszystkich trzech trymestrach ciąży. Z kolei w badaniu Leigh i Milgrom (2008) niska samoocena okazała się być najistotniejszym czynnikiem ryzyka depresji w okresie ciąży.

Za jeden z najistotniejszych czynników psychospołecznych, potencjalnie wpływających na nasilenie objawów lęku i depresji w ciąży uznano jakość komunikacji w małżeństwie. Do oceny zachowań partnera użyto Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej, na który składają się trzy wymiary: Wsparcie, Zaangażowanie i Deprecjacja.

Wymiar Wsparcia Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej oznacza okazywanie szacunku partnerowi poprzez docenianie jego wysiłków, przejawianie zainteresowania problemami czy potrzebami partnera, a także aktywne uczestnictwo w procesie wspólnego rozwiązywania owych problemów. Troska o partnera przejawiana jest zatem nie tylko w momentach trudnych, ale także w różnych sytuacjach dnia codziennego (Kaźmierczak i Plopa, 2008).

Wymiar Zaangażowanie oznacza umiejętność tworzenia atmosfery wzajemnego zrozumienia i bliskości w związku poprzez okazywanie sobie uczuć, podkreślanie wyjątkowości i ważności partnera, urozmaicenie rutyny dnia codziennego oraz zapobieganie konfliktom w związku (Plopa, 2008).

Wymiar Deprecjacja oznacza przejawianie agresji wobec partnera, chęć zdominowania partnera i kontrolowania jego działań, brak poszanowania godności partnera (Plopa, 2008).

Analizując wyniki uzyskane przez badane w Kwestionariuszu Komunikacji Małżeńskiej wykazano, że kobiety, które oceniły partnera jako bardziej wspierającego i zaangażowanego charakteryzowały się mniejszym lękiem w ciąży. Najsilniejsze związki między wymiarami wsparcia i zaangażowania a objawami lęku występowały w trzecim trymestrze. Badane, które oceniły partnera jako deprecjonującego doświadczyły bardziej nasilonych objawów lęku, przy czym również związek ten był najsilniejszy w trzecim trymestrze ciąży. Dla objawów depresji uzyskano zbliżone wyniki, z tym że ocena wsparcia najsilniej korelowała z objawami depresji w drugim trymestrze, ocena zaangażowania i deprecjacji w trzecim. Podobnie w badaniu Lee i współpracowników (2007), najmniejsza satysfakcja ze związku była związana z najsilniejszym lękiem w trzecim trymestrze i większym nasileniem depresji w drugim trymestrze.

Następnie dokładniej oceniano różne rodzaje wsparcia społecznego przy pomocy Berlińskich Skali Wsparcia Społecznego.

Badane, które oceniały wyżej dostępne wsparcie charakteryzowały się mniejszym nasileniem lęku i depresji w każdym z trymestrów, najsilniej wyrażało się to w trzecim trymestrze.

Kobiety, które miały większe zapotrzebowanie na wsparcie uzyskały wyższe wyniki w podskali lęku Szpitalnej Skali Lęku i Depresji w trzecim trymestrze, ale nie dotyczyło to wyników w podskali depresji Szpitalnej Skali Lęku i Depresji. Kobiety, które uzyskały wyższy wynik w skali poszukiwania wsparcia, czyli te które go aktywnie poszukiwały nie charakteryzowały się wyższymi wynikami w skali lęku w żadnym z trymestrów, natomiast miały mniejsze nasilenie depresji w pierwszym i drugim trymestrze, w porównaniu do kobiet, które mniej aktywnie poszukiwały wsparcia. Wynika z tego, że istotniejszym czynnikiem ochronnym dla wystąpienia objawów lęku i depresji w ciąży jest aktywne poszukiwanie wsparcia niż bierne oczekiwanie na nie. Z kolei kobiety, które wyżej oceniły otrzymywane wsparcie miały mniej nasilone objawy lękowe i depresyjne w pierwszym, drugim i trzecim trymestrze. Najsilniejszy związek między zmiennymi występował w trzecim trymestrze ciąży.

Wyniki badania własnego potwierdziły doniesienia wskazujące na to, że satysfakcjonujący związek oraz otrzymywanie wsparcia społecznego mogą mieć

działanie protekcyjne w odniesieniu do występowania objawów lęku i depresji ciąży (Bowen i Muhajarine, 2006; Littleton i wsp., 2007). Okazało się ponadto, że ich znaczenie zmienia się w różnych okresach ciąży. Satysfakcja ze związku chroniła przed lękiem w trzecim trymestrze. Wsparcie społeczne chroniło najsilniej przed doświadczaniem lęku i depresji w trzecim trymestrze ciąży i przed depresją w drugim i w trzecim trymestrze. Dokładna przyczyna takiego wzorca wymaga dalszych badań, ale ogólny wniosek może być taki, że czynniki zewnętrzne (takie jak wsparcie społeczne, satysfakcja ze związku) mogą być równie istotne jak i wewnętrzne (w naszym wypadku samoocena). Nieprzychylnie uwarunkowania zewnętrzne zwiększają ryzyko doświadczenia przez kobietę dystresu psychologicznego.

Reasumując, wyniki badania własnego zasadniczo potwierdziły hipotezę dotyczącą związku zmiennych psychospołecznych, takich jak: lękowość, niska samoocena, brak wsparcia społecznego oraz gorsza komunikacja małżeńska, z większym nasileniem objawów lęku i depresji we wszystkich trymestrach ciąży. Przy czym należy zauważyć, że związek ten był najsilniejszy w trzecim trymestrze ciąży.

Kolejnym etapem badania było określenie korelacji wybranych zmiennych socjodemograficznych z nasileniem objawów lęku i depresji w poszczególnych trymestrach ciąży. Do czynników socjodemograficznych zaliczono: wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, rodzaj aktywności zawodowej, dochód na jednego członka rodziny, ocenę sytuacji materialnej i mieszkaniowej przez badaną.

Wyższe wyniki w skali lęku uzyskały kobiety z najmłodszej i najstarszej grupy wiekowej. Co do depresji nie wykazano istotności statystycznej; jedynie można powiedzieć, że w pierwszym trymestrze najwyższe wyniki w skali depresji uzyskały kobiety z najmłodszej grupy wiekowej, w drugim trymestrze z najstarszej grupy wiekowej, a w trzecim trymestrze ze środkowej grupy wiekowej. Z kolei w badaniu Faisal-Cury i wsp. (2007) gdzie grupę badaną stanowiły kobiety w drugim i trzecim trymestrze ciąży wskazywano na to, że częściej depresja występowała u młodszych kobiet. Podobne wyniki w odniesieniu do drugiego trymestru uzyskali Lee i współpracownicy (2007).

Wyniki badania własnego wykazały, że stan cywilny w istotny statystycznie sposób wiąże się z wynikami w skali depresji, ale nie w skali lęku, ponieważ kobiety będące pannami uzyskały wyższe wyniki w skali depresji w pierwszym i w trzecim trymestrze w porównaniu do mężatek. Na podobną zależność w drugim i w trzecim trymestrze wskazywali wspomniani wyżej Faisal-Cury i wsp. (2007).

W badaniu własnym kobiety z wykształceniem podstawowym uzyskały wyższe wyniki w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji w pierwszym i w trzecim trymestrze w porównaniu do kobiet z wykształceniem średnim i wyższym. Podobnie Bunevicius i współpracownicy w badaniu przeprowadzonym w 2009 roku wykazali dodatni związek gorszego wykształcenia z ryzykiem pojawienia się depresji we wczesnej ciąży. Z kolei Giardinelli i współpracownicy (2012) wskazywali na wyższy poziom wykształcenia jako na czynnik ochronny zarówno dla objawów lęku jak i depresji.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w wynikach uzyskanych przez badane w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji w zależności od miejsca zamieszkania i rodzaju wykonywanej pracy.

Następnie oceniano wpływ wysokości dochodu na wyniki uzyskane przez badane w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji. W drugim i trzecim trymestrze najwyższe wyniki w podskali lęku Szpitalnej Skali Lęku i Depresji uzyskały kobiety o najniższych dochodach, ale tylko w drugim trymestrze różnica była istotna statystycznie. Co do depresji zauważono podobne tendencje, jednak w żadnym trymestrze nie wykazano istotności statystycznej. Kobiety, które oceniały swoją sytuację materialną i mieszkaniową jako średnią i złą uzyskały najwyższe wyniki w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji wszystkich trymestrach, i odwrotnie, te które oceniały ją jako bardzo dobrą charakteryzowały się najniższymi wynikami. Świadczy to o tym, że subiektywna ocena sytuacji ma większe znaczenie na pojawienie się lęku i depresji niż obiektywny dochód w przeliczeniu na jednego członka rodziny. We wspomnianym powyżej badaniu Giardinello i współpracowników podobnie wskazywano na wyższy status socjoekonomiczny jako na czynnik protekcyjny wystąpienia objawów lękowych i depresyjnych w ciąży.

Jedynie ocena sytuacji materialnej i mieszkaniowej przez badane wiązały się nasileniem objawów lękowych i depresyjnych w przebiegu całej ciąży. Badane będące pannami miały większe nasilenie objawów depresyjnych w pierwszym i trzecim trymestrze. Pozostałe zmienne socjodemograficzne nie wiązały się z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych w poszczególnych trymestrach ciąży. Reasumując powyższe wyniki, należy stwierdzić, że hipoteza o wpływie zmiennych socjodemograficznych na nasilenie objawów lęku i depresji została potwierdzona jedynie częściowo, co nasuwa kolejny wniosek, iż czynniki psychospołeczne w istotniejszy sposób wiążą z nasileniem objawów lęku i depresji od zmiennych socjodemograficznych.

Następnie analizowano zależności między średnimi wynikami w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji a następującymi zmiennymi medycznymi, związanymi z wywiadem ginekologiczno-położniczym: pierwsza ciąża/ kolejna ciąża, posiadanie dzieci, przebieg ostatniej ciąży, rodzaj porodu (naturalny/cięcie cesarskie), poronienie w wywiadzie, fakt planowania obecnej ciąży.

W pierwszym trymestrze wyższe wyniki w skali lęku uzyskały kobiety, które były po raz pierwszy w ciąży. Podobną zależność wykazali w swoim badaniu Lee i współpracownicy (2007). Odwrotne wyniki uzyskano dla podskali depresji, tzn. wyższe dotyczyły kobiet, dla których była to kolejna ciąża. Należy jednak podkreślić, że różnice w wynikach nie były istotne statystycznie. W drugim i trzecim trymestrze uzyskano bardziej zgodne wyniki, tzn. wyższy wynik w skali lęku i depresji dla kobiety w kolejnej ciąży, przy czym w drugim trymestrze wynik był istotny statystycznie.

Nieco inną zmienną jest posiadanie dzieci, ponieważ dla części kobiet, które nie mają dzieci aktualna ciąża nie jest pierwszą, jako że część z nich doświadczyło poronienia w przeszłości. Dlatego też oceniono dodatkowo wpływ posiadania dzieci na nasilenie objawów lęku i depresji w ciąży. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy wynikami uzyskanymi przez kobiety posiadające dzieci i przez kobiety ich nie posiadające. W niniejszym badaniu istotniejszą zmienną dla nasilenia lęku i depresji okazuje się być sama ciąża (pierwsza versus kolejna) niż fakt posiadania lub nieposiadania dzieci. Badanie własne nie potwierdziło różnic w wynikach zależnie od liczby posiadanych dzieci, podobnie jak w badaniu Giardinelliego i współpracowników (2012), na co wcześniej wskazywał Bloch i współpracownicy (2006).

Kilka kolejnych pytań kwestionariusza dotyczyło przebiegu poprzedniej ciąży, dlatego odpowiadała na nie tylko część badanych.

W pierwszym i w drugim trymestrze ciąży kobiety, które miały komplikacje podczas poprzedniej ciąży nie różniły się co do wyników uzyskanych w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji od kobiet z prawidłowym przebiegiem poprzedniej ciąży. W trzecim trymestrze, wyższe wyniki uzyskały kobiety z komplikacjami w poprzedniej ciąży. Dotyczyło to obu podskal, z tym że jedynie dla objawów depresji różnica w wynikach była istotna statystycznie. Należy jednak podkreślić ograniczoną wartość tego wyniku, ponieważ zbyt mała liczba kobiet z komplikacjami podczas poprzedniej ciąży uniemożliwiła podział ich na podgrupy w zależności od rodzaju tych komplikacji, co potencjalnie mogłoby mieć wpływ na wystąpienie u nich objawów lęku i depresji obecnie.

Analizowano również rodzaj porodu (poród naturalny /cięcie cesarskie), który okazywał się być w pojedynczych badaniach istotny w ewentualnym pojawieniu się objawów lękowych i depresyjnych w obecnej ciąży. Uzyskano zróżnicowane wyniki dla poszczególnych trymestrów, jednak nie były one istotne statystycznie, można jedynie zwrócić uwagę, że w trzecim trymestrze wyższe wyniki w podskali lęku Szpitalnej Skali Lęku i Depresji uzyskały kobiety, które poprzednio rodziły przez cięcie cesarskie, a w podskali depresji, które rodziły naturalnie.

Następnie analizowano wpływ poronienia w wywiadzie na wyniki uzyskane przez badane w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji w poszczególnych trymestrach. Co prawda wyższe średnie wyniki uzyskały kobiety z poronieniem w wywiadzie, jednak w żadnym momencie ciąży różnice nie były istotne statystycznie, co może stanowić zaskoczenie zwłaszcza dla wyników w skali lęku w pierwszym trymestrze, zwłaszcza że w kilku badaniach potwierdzono wpływ poronienia w wywiadzie na pojawienie się zaburzeń emocjonalnych w ciąży (np. Rubertsson i wsp., 2003).

Można to tłumaczyć tym, że całkowita liczba kobiet w badaniu własnym, u których doszło w przeszłości do poronienia to 51. Przy założeniu, że u 15 z nich wystąpiła depresja w którymkolwiek momencie ciąży a lęk u 21, stanowi to zbyt małą grupę do przeprowadzenia wiarygodnej analizy statystycznej.

Reasumując tę część analizy wyników badania własnego, należy podkreślić, że jedyną zmienną związaną z wywiadem położniczym, która wiązałaby się z większym nasileniem objawów depresyjnych były powikłania w ostatniej ciąży. Jednak istotność statystyczna dotyczyła tylko trzeciego trymestru. Żadna z wymienionych wyżej zmiennych nie wpływa na nasilenie objawów lękowych w ciąży. W związku z tym można uznać, że nie potwierdzono hipotezy postawionej na początku badania o wpływie zmiennych medycznych na nasilenie objawów lęku i depresji w ciąży.

Najistotniejszą zmienną wśród tej grupy pytań kwestionariusza socjodemograficznego okazało się pytanie o fakt planowania obecnej ciąży, ponieważ we wszystkich trymestrach kobiety, które nie planowały ciąży uzyskały w badaniu własnym istotnie wyższe wyniki w obu podskalach Szpitalnej Skali Lęku i Depresji. Podobne wyniki wykazali Bunevicius i współpracownicy 2009. Jednak dla grupy badanej przez Lee i współpracowników nieplanowana ciąża okazała się być istotna dla pojawienia się objawów lęku i depresji jedynie w pierwszym trymestrze. Autorzy tłumaczyli to tym, że początkowo kobieta będąca w nieplanowanej ciąży z trudnością akceptuje tę rzeczywistość i to predysponuje do pojawienia się u niej objawów

depresyjnych. Jednak z czasem szok zmniejsza się, umacnia się więź z płodem, co ułatwia akceptację sytuacji. W badaniu własnym, o czym już wspomniano powyżej, nie zaobserwowano zmniejszania się wpływu nieplanowanej ciąży na nasilenie objawów lęku i depresji w drugim i trzecim trymestrze. Być może odpowiedzialne za to są różnice kulturowe.

Lee i współpracownicy (2007) podkreślali ponadto dodatkowe znaczenie samooceny w przypadku nieplanowanej ciąży, która może mieć bardzo duży wpływ na to, w jaki sposób kobieta daje sobie radę z niepożądanymi zdarzeniami. Niska samoocena również i w badaniu własnym istotnie na większe nasilenie objawów lęku i depresji w ciąży.

Następnie analizowano zależności między średnimi wynikami w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji HADS a zachowaniami ryzykownymi podejmowanymi przez badane (palenie papierosów oraz picie alkoholu). Ze względu na to, że w trakcie ciąży niewiele badanych piło alkohol i paliło papierosy, dalszej analizie poddano jedynie zachowania ryzykowne podejmowane przed ciążą.

We wszystkich trymestrach wyższy średni wynik w podskali lęku i podskali depresji Szpitalnej Skali Lęku i Depresji uzyskały kobiety, które paliły papierosy przed zajściem w ciążę. Dla podskali lęku różnica w wynikach była istotna statystycznie w pierwszym trymestrze i zbliżona do istotności statystycznej w drugim i trzecim trymestrze, natomiast dla podskali depresji różnica w wynikach była istotna statystycznie we wszystkich trymestrach.

W badaniu litewskim istotność statystyczna występowała w drugim i w trzecim trymestrze (Bunevicius i wsp., 2009)

Badane nie różniły się co do wyników średnich w obu podskalach Szpitalnej Skali Lęku i Depresji we wszystkich trymestrach w zależności od picia alkoholu przed zajściem w ciążę.

Podsumowując, można zauważyć, że czynniki ryzyka różniły, co prawda nieznacznie, w poszczególnych trymestrach, co mogłoby prowadzić do wniosku, że lęk i depresja pojawiające się w różnych momentach ciąży mogą mieć inną patogenezę.

Kolejnym etapem analizy niniejszego badania była porównanie kobiet, u których przynajmniej jeden raz w okresie ciąży wystąpił lęk i/lub depresja z kobietami, które ani razu nie doświadczyły lęku i/lub depresji. Porównania dokonano z uwzględnieniem zmiennych psychospołecznych (lęk jako stan, lęk jako cecha, samoocena, komunikacja w związku małżeńskim, wsparcie społeczne), charakterystyki socjodemograficznej

badanych oraz wywiadu położniczego.

Najczęściej objawy lęku w badaniu własnym występowały w grupie kobiet najmłodszych, a depresja w grupie kobiet najstarszych. Wyniki nie osiągnęły jednak istotności statystycznej. Do podobnych wniosków, ale jedynie w odniesieniu do lęku, doszli w swoim badaniu Lee i współpracownicy, gdyż w badanej przez nich grupie depresja częściej występowała u młodszych kobiet. Badanie Qiao i współpracowników (2009) z kolei wskazywało na częstsze występowanie zaburzeń emocjonalnych u ciężarnych w młodszym wieku. Część badań dostarcza odmiennych wniosków w porównaniu do wyników badania własnego, i tak np. wyniki badań Marcusa i współpracowników (2003) oraz Webstera i współpracowników (2000) wskazywały na częstsze występowanie depresji w ciąży w młodszej grupie wiekowej, podczas gdy inne badania potwierdzają wyniki własne wskazując na częstsze występowanie depresji u kobiet w starszym wieku (Hasin i wsp., 2005; da Silva i wsp., 2010).

Najrzadziej objawy lęku i depresji występowały u kobiet mieszkających w większym mieście, jednak nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w zależności od miejsca zamieszkania. Najczęściej objawy lęku i depresji występowały w grupie kobiet z wykształceniem podstawowym, najrzadziej u kobiet z wykształceniem wyższym. Dla objawów depresji różnica była istotna statystycznie. Wyniki badań dotyczących związku poziomu wykształcenia z występowaniem lęku i depresji w ciąży są sprzeczne. Istnieją bowiem doniesienia wskazujące na to, że zarówno kobiety z niskim wykształceniem (Gurel i Gurel, 2000, Marcus i wsp., 2003) jak i wyższym wykształceniem (Yonkers i wsp., 2001) mają zwiększone ryzyko depresji perinatalnej. W nowszym badaniu brazylijskim (da Silva i wsp., 2010) podobnie do wyników badania własnego roku depresja wiązała się z niższym wykształceniem.

Częściej objawy lęku i depresji występowały w grupie kobiet, które były pannami w porównaniu do mężatek i kobiet, które deklarowały życie w związku nieformalnym. Różnica była istotna statystycznie dla objawów lęku, ale nie dla objawów depresji. W badaniu Qiao i współpracowników (2009) z kolei nie stwierdzono zależności między stanem cywilnym a częstością występowania objawów lęku i depresji w ciąży.

Najczęściej objawy lęku i depresji w badaniu własnym występowały w grupie kobiet nie pracujących zawodowo, najrzadziej w grupie kobiet wykonujących pracę umysłową, różnica podobnie do zależności związanej ze stanem cywilnym była istotna dla lęku ale nie depresji. Zbliżone wyniki uzyskano w badaniu brazylijskim z 2010 (da

Silva i wsp., 2010), w którym częstsze występowanie depresji wiązało się z pozostawaniem bez pracy.

Najczęściej objawy lęku i depresji w badaniu własnym występowały u kobiet, które oceniały najniżej swoją sytuację mieszkaniową i materialną. W obu przypadkach uzyskano istotność statystyczną. Bolton i współpracownicy (1998) uzyskali podobne wyniki, wskazując na niski dochód w rodzinie jako na jedną z istotniejszych przyczyn zaburzeń emocjonalnych w ciąży. Natomiast Kitamura i współpracownicy (2006) nie potwierdzili różnicy w dochodach u kobiet z depresją i bez objawów depresji w ciąży. Co ciekawe w badaniu własnym ocena wpływu sytuacji materialnej i mieszkaniowej na wystąpienie objawów lęku i depresji w ciąży nie wiązała się jednoznacznie z wysokością miesięcznych dochodów na jednego członka rodziny, ponieważ co prawda objawy lęku i depresji nieznacznie częściej występowały w grupie kobiet o najniższych dochodach (<500 złotych), jednak dla obu zmiennych (objawy lęku i depresji) nie stwierdzono istotności statystycznej.

Kobiety, dla których była to kolejna ciąża częściej doświadczyły objawów lęku i depresji, wyniki podobne uzyskali Rubersson i współpracownicy (2003) oraz da Silva i współpracownicy (2010).

Objawy lęku i depresji częściej występowały u badanych, u których obecne były powikłania w poprzedniej ciąży oraz te, które rodziły drogami natury. Jednak w obu przypadkach różnice nie były istotne statystycznie.

Kobiety, które nie planowały obecnej ciąży istotnie częściej doświadczyły objawów lęku i depresji. Podobnie w wielu badaniach nieplanowana lub niechciana ciąża wiązała się ze zwiększonym ryzykiem depresji (Warner i wsp., 1996; Kitamura i wsp., 1998, 2006; Beck i Gable, 2001; Kelly i wsp., 2001; Verdoux i wsp., 2002) i lęku (O'Hara i wsp., 1986; Lee i wsp., 2007).

Kobiety, które paliły przed ciążą częściej zgłaszały objawy lękowe i depresyjne, jednak wyniki nie były istotne statystycznie. W wielu badaniach wykazano natomiast dodatni wpływ picia alkoholu i palenia tytoniu w trakcie ciąży na częstość występowania depresji perinatalnej (Kitamura i wsp., 1998; Pajulo i wsp., 2001; Marcus i wsp., 2003; da Silva i wsp., 2010). W badaniu własnym ze względu na zbyt małą liczbę kobiet palących wiązy zrezygnowano z analizowania takiej zależności.

Wystąpienie w ciąży objawów lęku i depresji wiązało się z wyższymi wynikami zarówno w skali lęku jako stanu i lęku jako cechy Inwentarza Stanu i Cechy Lęku

Kobiety, które przynajmniej raz w okresie ciąży doświadczyły objawów lęku lub

depresji postrzegały partnera jako mniej wspierającego, mniej zaangażowanego i bardziej deprecjonującego. Charakteryzowały się ponadto niższą samooceną w porównaniu do kobiet, które nie doświadczyły objawów lęku i depresji w ciąży. Elsenbbruch w badaniu z 2007 roku wskazywał na istotny wpływ istniejącego konfliktu małżeńskiego oraz braku wsparcia ze strony partnera na zwiększenie ryzyka wystąpienia depresji w ciąży, natomiast Ritter i współpracownicy (2000) podkreślali rolę niskiej samooceny.

W badaniu własnym, badane, u których ani razu w ciąży nie wystąpiły objawy lęku i depresji wyżej oceniały dostępne w ich otoczeniu wsparcie i wskazywały na mniejsze zapotrzebowanie na wsparcie. Występowanie objawów lęku wiązało się z większym zapotrzebowaniem na wsparcie niż występowanie objawów depresji. Kobiety, u których nie występowały objawy lęku i depresji oceniały wyżej otrzymywane wsparcie ze strony otoczenia w porównaniu do kobiet, u których przynajmniej raz w okresie ciąży wystąpiły objawy lęku i depresji. Już w 1986 roku O'Hara i współpracownicy wskazywali na niewystarczające wsparcie społeczne jako na czynnik ryzyka zarówno depresji w okresie ciąży jak i depresji poporodowej. Inne badania również dowodzą tego, że nieadekwatne wsparcie społeczne a w szczególności brak wsparcia ze strony partnera było związane z występowaniem objawów depresyjnych w okresie ciąży (Kitamura i wsp., 1998; Da Costa i wsp., 2000; Field i wsp., 2002).

Warto podkreślić, że niska samoocena stanowiła jeden z najważniejszych czynników warunkujących występowanie objawów lęku i depresji w ciąży i dotyczyło to wszystkich trzech trymestrów. Kobiety charakteryzujące się niską samooceną często nie są wystarczająco przygotowane żeby stawić czoła licznym wyzwaniom i stresorom występującym w ciąży dlatego mają większą skłonność do doświadczania objawów lękowych i depresyjnych. Dlatego powinny być w szczególny sposób monitorowane w ciąży. Można by również rozważać konieczność wprowadzania interwencji, mających na celu podniesienia u nich samooceny.

Ponadto na podstawie wyników badań własnych można wnioskować, że czynniki psychospołeczne odgrywają istotniejszą rolę w dla występowania objawów lękowych i depresyjnych od czynników demograficznych. Wydaje się, że powinno się kłaść nacisk na określenie sytuacji psychospołecznej kobiet ciężarnych oraz stworzenie sposobów na jej poprawę co mogłoby ostatecznie zapobiec pojawieniu lęku i depresji w ciąży.

Należy podkreślić, co zresztą potwierdzają badania przeprowadzone w krajach zachodnich (Brugha i wsp., 2000; Marcus i wsp., 2003), istotną rolę położnych i pielęgniarek środowiskowych (Stuart i wsp., 2003). Mają one ułatwiony kontakt z kobietą, chociażby podczas wizyt kontrolnych w ciąży i wizyt środowiskowych w domach po porodzie. Należy podkreślić, że takie profesjonalne wsparcie powinno rozciągać się również na okres poporodowy (O' Hara i wsp., 1996; Buist i wsp., 1999; Austin i Lumley, 2002; Verkerk i wsp., 2003).

Na podstawie porównania grupy badanych, u których przynajmniej jeden raz w okresie ciąży wystąpiły objawy lęku lub depresji z grupą, która nie doświadczyła ich w żadnym z momentów badania podjęto próbę charakterystyki grupy narażonej na wystąpienie lęku lub depresji w ciąży. I tak, grupę narażoną na wystąpienie lęku w ciąży stanowiły kobiety bezrobotne, niezamężne, oceniające gorzej swoją sytuację materialną i mieszkaniową i nie planujące obecnej ciąży. Grupę szczególnie narażoną na wystąpienie depresji w ciąży stanowiły kobiety gorzej wykształcone, nie planujące obecnej ciąży oraz gorzej oceniające swoją sytuację materialną i mieszkaniową.

Powyższe wyniki potwierdzają po części koncepcję Rossa i współpracowników (2003), którzy dokonali próby stworzenia biopsychospołecznego modelu depresji w okresie ciąży i depresji poporodowej. Nie wykazali bezpośredniego wpływu uwzględnionych przez nich czynników biologicznych (takich jak stężenie progesteronu, kortyzolu, rodzinnego występowania u badanych depresji) na wystąpienie objawów depresyjnych. Czynniki biologiczne okazały się mieć raczej pośredni wpływ na wystąpienie depresji i były modelowane przez czynniki psychospołeczne oraz przede wszystkim przez objawy lękowe. Natomiast z całą pewnością nie można stwierdzić, że nie mają one znaczenia w pojawieniu się depresji w okresie ciąży i po porodzie, ponieważ powszechnie znany jest fakt, że w wielu innych badaniach prowadzonych do tej pory wykazano, że w grupie kobiet, u których stwierdzono depresję w ciąży częściej występuje ona rodzinnie w porównaniu do grupy kobiet, które nie doświadczyły objawów depresyjnych w ciąży (Steiner, 2002).

Uzyskane przez Rossa wyniki wskazują natomiast na to, że za brak bezpośredniego wpływu czynników biologicznych na pojawienie się objawów depresji odpowiada złożona natura depresji. Dopiero w połączeniu z takimi stresorami środowiskowymi jak: brak wsparcia społecznego, zmienne biologiczne mogą powodować pojawienie się objawów depresyjnych w ciąży. Zaproponowany przez Rossa model

wzmacnia hipotezę zaburzeń depresyjnych jako złożonego, warunkowanego wieloczynnikowo problemu zdrowia psychicznego (Kendler i wsp., 2002).

Brak bezpośredniego związku między biologicznymi czynnikami ryzyka, włączając w to stężenie progesteronu a objawami depresji podczas ciąży mogłoby wyjaśniać trudności jakie mieli badacze w przeszłości z identyfikacją linearnego związku pomiędzy wpływem zmian hormonalnych a depresją w okresie ciąży i po porodzie. Możliwe jest zatem to, że te związki mogą być wyjaśniane tylko w kontekście towarzyszących im stresorów psychospołecznych (Austin i wsp., 2003).

Badanie własne ma kilka ograniczeń. Po pierwsze stosując jedynie skalę samooceny do oszacowania występowania objawów zaburzeń psychicznych nie można odnosić się do rzeczywistego występowania w grupie badanej zaburzeń depresyjnych można jedynie stwierdzić, że osoba z punktacją powyżej punktu odcięcia może mieć zaburzenie lękowe czy depresję. Do pewnej diagnozy konieczne by było zastosowanie (uzupełnić), co jednak przy stosowanej metodologii (badanie prospektywne longitudinalne) byłoby praktycznie niemożliwe. Ponieważ zastosowano Szpitalną Skalę Depresji i Lęku, która ma zadowalającą czułość i specyficzność wyniki uzyskane powinny mieć dość dużą wiarygodność.

Ponadto z powodu ograniczonej grupy badanej zrezygnowano z uwzględnienia wpływu chorób przewlekłych na pojawienie się objawów lęku i depresji u badanych. Z tych samych powodów nie uwzględniono wpływu występowania epizodów depresyjnych w przeszłości oraz dodatniego wywiadu rodzinnego, których to wpływ na występowanie depresji potwierdzono kilku badaniach przeprowadzonych do tej pory (Marcus i wsp., 2003).

Tematem dalszych badań mogłoby być przedłużenie obserwacji na okres poporodowy i próba oceny wpływu występowania objawów lęku i depresji w poszczególnych trymestrach na pojawienie się depresji po porodzie. Pomimo tych ograniczeń badania własne mogą stanowić ważny krok w kierunku poznania dynamicznej natury lęku i depresji na różnych etapach ciąży. Poza tym pokazano, że zaniedbywany do tej pory w badaniach, ale powszechny problem lęku doświadczanego w przebiegu ciąży wymaga większej uwagi wśród klinicystów.

Biorąc pod uwagę częstość występowania lęku i depresji w ciąży profesjonalści opieki zdrowotnej powinni zwrócić większą uwagę na problemy zdrowia psychicznego w ciąży.

Wnioski

1. Nasilenie objawów lękowych wiązało się z nasileniem objawów depresyjnych w każdym trymestrze ciąży.
2. Większa lękowość, niższa samoocena, brak wsparcia społecznego oraz gorsza komunikacja małżeńska wiązały się z większym nasileniem objawów lęku i depresji we wszystkich trymestrach ciąży. Generalnie najsilniejszą korelację obserwowano w trzecim trymestrze ciąży.
3. Jedynie ocena sytuacji materialnej i mieszkaniowej przez badane wiązała się z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych w przebiegu całej ciąży. Badane będące pannami miały większe nasilenie objawów depresyjnych w pierwszym i trzecim trymestrze. Pozostałe zmienne socjodemograficzne nie wiązały się z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych w poszczególnych trymestrach ciąży.
4. Zmienne medyczne (związane z wywiadem położniczo-ginekologicznym), takie jak poronienie w wywiadzie, powikłania w poprzedniej ciąży, rodzaj porodu w poprzedniej ciąży, zasadniczo nie wpływały na nasilenie objawów lękowych i depresyjnych w okresie ciąży. Jedynie większe nasilenie objawów depresyjnych w trzecim trymestrze wiązało się z powikłaniami w poprzedniej ciąży.
5. Ciążą nieplanowaną okazała się być jedną z najistotniejszych zmiennych warunkujących większe nasilenie objawów lękowych i depresyjnych w ciąży.
6. Grupę narażoną na wystąpienie lęku w ciąży stanowiły kobiety bezrobotne, niezamężne, oceniające gorzej swoją sytuację materialną i mieszkaniową i nie planujące obecnej ciąży.
7. Grupę szczególnie narażoną na wystąpienie depresji w ciąży stanowiły kobiety gorzej wykształcone, nie planujące obecnej ciąży oraz gorzej oceniające swoją sytuację materialną i mieszkaniową.

Postulaty do praktyki klinicznej

1. Poznanie uwarunkowań lęku i depresji w ciąży może umożliwić skuteczniejsze monitorowanie grup kobiet szczególnie narażonych na wystąpienie tych zaburzeń.
2. Poznanie sytuacji psychospołecznej pacjentek może w istotny sposób przyczynić się do zapobiegania wystąpienia lęku i depresji w ciąży.
3. Wprowadzenie badań skriningowych w kierunku lęku i depresji w ciąży, prowadzonych systematycznie w jej trakcie stwarza szansę wcześniejszej diagnozy i szybszego wdrożenia właściwego postępowania.
4. Wcześniejsza diagnoza i właściwe postępowanie w przypadku wystąpienia lęku i depresji w ciąży stwarza szansę zapobiegania ich skutkom, takim jak depresja poporodowa oraz nieprawidłowy rozwój psychofizyczny dziecka .

Streszczenie

Celem naukowym pracy była analiza występowania objawów lęku i depresji w poszczególnych trymestrach ciąży oraz próba wyjaśnienia ich uwarunkowań z uwzględnieniem wybranych czynników socjodemograficznych, psychologicznych i medycznych.

Do zrealizowania celu badań sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Ocena związku pomiędzy występowaniem objawów lękowych a występowaniem objawów depresyjnych w poszczególnych trymestrach ciąży.
2. Analiza wpływu lęku jako stanu, lęku jako cechy (lękowości), samooceny, wsparcia społecznego i komunikacji małżeńskiej na nasilenie objawów lęku i depresji w poszczególnych trymestrach ciąży.
3. Ocena związku pomiędzy wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi a nasileniem objawów lęku i depresji w poszczególnych trymestrach ciąży.
4. Ocena związku pomiędzy wybranymi zmiennymi medycznymi (związanymi z wywiadem ginekologiczno-położniczym) i faktem planowania obecnej ciąży a występowaniem objawów lęku i depresji w poszczególnych trymestrach ciąży.
5. Próba charakterystyki różnicowej kobiet, u których przynajmniej raz w ciąży wystąpiły objawy lęku lub depresji i kobiet, u których te objawy nie występowały.

Powyższe problemy badawcze skłaniają do sformułowania następujących hipotez badawczych.

1. Nasilenie objawów lękowych wiąże się z występowaniem i nasileniem depresji w poszczególnych trymestrach ciąży.
2. Większa lękowość (lęk jako cecha), niższa samoocena, gorsze wsparcie społeczne oraz problemy w komunikacji małżeńskiej wpływają na częstość i nasilenie objawów lękowych i depresyjnych w ciąży.
3. Czynniki socjodemograficzne jak wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, sytuacja materialna i mieszkaniowa badanych wpływa na nasilenie objawów lęku i depresji ciąży.
4. Powikłania położnicze w wywiadzie oraz fakt nieplanowania obecnej ciąży Wpływają na nasilenie objawów lękowych i depresyjnych w obecnej ciąży.
5. Objawy lęku i depresji częściej występują u kobiet charakteryzujących się większą

lękowością (lęk jako cecha), niższą samooceną, stanu wolnego, młodsze, gorzej wykształcone, z poronieniem w wywiadzie, z komplikacjami w poprzedniej ciąży.

W niniejszej pracy wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

1. Kwestionariusz demograficzno – epidemiologiczny konstrukcji własnej.
2. Szpitalna Skala Depresji i Lęku (HADS)
3. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)
4. Skala Samooceny Rosenberga (SES)
5. Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS)
6. Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej (KKM)

Badanie przeprowadzono w poradniach ginekologiczno-położniczych w województwie lubelskim oraz mazowieckim w okresie od stycznia 2011 do maja 2012.

Podczas wizyt w kolejnych trymestrach kobiety otrzymywały komplet kwestionariuszy do wypełnienia i przynosiły go na następną wizytę. W pierwszym trymestrze ciąży wykorzystano wszystkie wymienione narzędzia badawcze (Kwestionariusz demograficzno – epidemiologiczny, Szpitalna Skala Lęku i Depresji, Inwentarz Stanu i Cechy Lęku, Skala Samooceny Rosenberga, Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego, Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej), w drugim i w trzecim trymestrze zastosowano wszystkie narzędzia z wyjątkiem kwestionariusza demograficzno-opisowego.

Grupę badaną stanowiło 314 pełnoletnich kobiet ciężarnych. W sumie do badania zaproszono 550 kobiet będących w pierwszym trymestrze ciąży. Trzy etapy ukończyło 336 z nich. Jedynie dwie kobiety odpowiedziały twierdząco na pytanie o występowanie w przeszłości zaburzeń psychicznych, 20 potwierdziło obecność u nich chorób przewlekłych. Jako że była to zbyt mała liczba badanych wykluczono je z dalszych analiz.

W celu identyfikacji kolejnych ankiet wypełnianych przez daną kobietę w kolejnych trymestrach proszono o podanie przez nią inicjałów i daty urodzenia.

Projekt badania uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (KE-0254/77/2011).

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Wyznaczono podstawowe parametry statystyki opisowej: średnia arytmetyczną, odchylenie standardowe, medianę, wartość minimalną i maksymalną.

Parametry jakościowe scharakteryzowano przy pomocy przy pomocy licznosci i rozkładów procentowych.

Ze względu na odbiegający od rozkładu normalnego rozkład badanych zmiennych zastosowano testy – nieparametryczne: test U Manna Whitneya oraz test ANOVA Kruskala Wallisa.

Analizę wzajemnej korelacji między badanymi parametrami wykonano z wykorzystaniem testu korelacji rang Spearmana. Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p(\alpha) < 0,05$. Do wyodrębnienia zmiennych niezależnych w sposób istotny wyjaśniających wariację zmiennych zależnych zastosowano model krokowej analizy regresji. Analizy statystyczne przeprowadzono w oparciu o program Statistica

Wyniki

Objawów lękowych w pierwszym trymestrze ciąży doświadczyło 27,4% badanych, w drugim trymestrze 23,9%, w trzecim 29,9%. Objawy depresyjne występowały znacznie rzadziej, i tak: w pierwszym trymestrze u 15,3 % badanych, w drugim u 12,7% w trzecim u 14%. badanych kobiet.

Przynajmniej raz objawów lęku doświadczyło 37,9% badanych, objawów depresji 25,48%. We wszystkich trymestrach zarówno objawy lęku jak i depresji występowały najczęściej w nasileniu łagodnym. Odsetki badanych kobiet, u których współwystępowały objawy lękowe i depresyjne w poszczególnych trymestrach wynosiły odpowiednio 12,7% badanych w pierwszym, 10,8 % w drugim i 12,4% w trzecim trymestrze ciąży. Objawy lękowe występowały u 15,9% badanych we wszystkich trymestrach ciąży, u 11,5% w dwóch trymestrach. Dla depresji odsetki te wynosiły odpowiednio 3,5% i 9,6%.

Poza tym okazało się, że większe nasilenie objawów lęku w pierwszym trymestrze wiązało się z większym nasileniem objawów lęku w drugim i trzecim trymestrze. Analogiczny związek potwierdzono również dla objawów depresyjnych. Wykazano również silny związek między nasileniem objawów lęku a nasileniem objawów depresji w poszczególnych trymestrach, przy czym związek ten był silniejszy w pierwszym i trzecim trymestrze niż w drugim trymestrze.

Następnie określano korelację wybranych czynników psychospołecznych, demograficznych i medycznych z nasileniem objawów lęku i depresji w poszczególnych trymestrach ciąży. Do czynników psychospołecznych zaliczono lęk jako stan, lęk jako cecha, samoocenę, komunikację w małżeństwie i wsparcie społeczne. Czynniki psychospołeczne, jak: lękowość, niska samoocena, brak wsparcia społecznego oraz gorsza komunikacja małżeńska, wiązały się z większym nasileniem objawów lęku i

depresji we wszystkich trymestrach ciąży. Przy czym należy zauważyć, że związek ten był najsilniejszy w trzecim trymestrze ciąży.

Określano korelację wybranych socjodemograficznych z nasileniem objawów lęku i depresji w poszczególnych trymestrach ciąży. Do czynników socjodemograficznych zaliczono: wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, rodzaj wykonywanej pracy, dochód na jednego członka rodziny, ocenę sytuacji materialnej i mieszkaniowej przez badaną.

Jedynie ocena sytuacji materialnej i mieszkaniowej przez badane wiązały się nasileniem objawów lękowych i depresyjnych w przebiegu całej ciąży. Badane będące pannami miały większe nasilenie objawów depresyjnych w pierwszym i trzecim trymestrze. Pozostałe zmienne socjodemograficzne nie wiązały się z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych w poszczególnych trymestrach ciąży. Reasumując powyższe wyniki, należy stwierdzić, że hipoteza o wpływie zmiennych socjodemograficznych na nasilenie objawów lęku i depresji została potwierdzona jedynie częściowo, co nasuwa kolejny wniosek, iż czynniki psychospołeczne w istotniejszy sposób wiążą z nasileniem objawów lęku i depresji od zmiennych socjodemograficznych.

Jedyną zmienną związaną z wywiadem położniczym, która wiązałaby się z większym nasileniem objawów depresyjnych były powikłania w ostatniej ciąży. Jednak istotność statystyczna dotyczyła tylko trzeciego trymestru. Żadna z wymienionych wyżej zmiennych nie wpływała na nasilenie objawów lękowych w ciąży. W związku z tym można uznać, że nie potwierdzono hipotezy postawionej na początku badania o wpływie zmiennych medycznych na nasilenie objawów lęku i depresji w ciąży.

Najistotniejszą zmienną wśród pytań kwestionariusza socjodemograficznego okazało się pytanie o fakt planowania obecnej ciąży, ponieważ we wszystkich trymestrach kobiety, które nie planowały ciąży uzyskały w badaniu własnym istotnie wyższe wyniki w obu podskalach Szpitalnej Skali Lęku i Depresji.

Kolejnym etapem analizy niniejszego badania była porównanie kobiet, u których przynajmniej jeden raz w okresie ciąży wystąpił lęk i/lub depresja z kobietami, które ani razu nie doświadczyły lęku i/lub depresji. Porównania dokonano z uwzględnieniem zmiennych psychospołecznych (lęk jako stan, lęk jako cecha, samoocena, komunikacja w związku małżeńskim, wsparcie społeczne), charakterystyki socjodemograficznej badanych oraz wywiadu położniczego.

Na podstawie porównania grupy badanych, u których przynajmniej jeden raz w okresie ciąży wystąpiły objawy lęku lub depresji z grupą, która nie doświadczyła ich w

żadnym z momentów badania podjęto próbę charakterystyki krupy narażonej na wystąpienie lęku lub depresji w ciąży. I tak, grupę narażoną na wystąpienie lęku w ciąży stanowiły kobiety bezrobotne, niezamężne, oceniające gorzej swoją sytuację materialną i mieszkaniową i nieplanujące obecnej ciąży. Grupę szczególnie narażoną na wystąpienie depresji w ciąży stanowiły kobiety gorzej wykształcone, nieplanujące obecnej ciąży oraz gorzej oceniające swoją sytuację materialną i mieszkaniową.

Wnioski

1. Nasilenie objawów lękowych wiązało się z nasileniem objawów depresyjnych w każdym trymestrze ciąży.
2. Większa lękowość, niższa samoocena, brak wsparcia społecznego oraz gorsza komunikacja małżeńska wiązały się z większym nasileniem objawów lęku i depresji we wszystkich trymestrach ciąży. Generalnie największy wpływ obserwowano dla trzeciego trymestru ciąży.
3. Jedynie ocena sytuacji materialnej i mieszkaniowej przez badane wiązała się nasileniem objawów lękowych i depresyjnych w przebiegu całej ciąży. Badane będące pannami miały większe nasilenie objawów depresyjnych w pierwszym i trzecim trymestrze. Pozostałe zmienne socjodemograficzne nie wiązały się z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych w poszczególnych trymestrach ciąży.
4. Zmienne medyczne (związane z wywiadem położniczo-ginekologicznym), takie jak poronienie w wywiadzie, powikłania w poprzedniej ciąży, rodzaj porodu w poprzedniej ciąży, zasadniczo nie wpływały na nasilenie objawów lękowych i depresyjnych w okresie ciąży. Jedynie większe nasilenie objawów depresyjnych w trzecim trymestrze wiązało się z powikłaniami w poprzedniej ciąży.
5. Ciążą nieplanowaną okazała się być jedną z najistotniejszych zmiennych warunkujących większe nasilenie objawów lękowych i depresyjnych w ciąży.
6. Grupę narażoną na wystąpienie lęku w ciąży stanowiły kobiety bezrobotne, niezamężne, oceniające gorzej swoją sytuację materialną i mieszkaniową oraz nie planujące obecnej ciąży.
7. Grupę szczególnie narażoną na wystąpienie depresji w ciąży stanowiły kobiety gorzej wykształcone, nie planujące obecnej ciąży oraz gorzej oceniające swoją sytuację materialną i mieszkaniową.

Postulaty do praktyki klinicznej

1. Poznanie uwarunkowań lęku i depresji w ciąży może umożliwić skuteczniejsze monitorowanie grup kobiet szczególnie narażonych na wystąpienie tych zaburzeń.
2. Poznanie sytuacji psychospołecznej pacjentek może w istotny sposób przyczynić się do zapobiegania wystąpienia lęku i depresji w ciąży.
3. Wprowadzenie badań skriningowych w kierunku lęku i depresji w ciąży, prowadzonych systematycznie w jej trakcie stwarza szansę wcześniejszej diagnozy i szybszego wdrożenia właściwego postępowania.
4. Wcześniejsza diagnoza i właściwe postępowanie w przypadku wystąpienia lęku i depresji w ciąży stwarza szansę zapobiegania ich skutkom, takim jak depresja poporodowa oraz nieprawidłowy rozwój psychofizyczny dziecka .

Summary

The scientific aim of this work was the analysis of presence of depression and anxiety symptoms in particular pregnancy trimesters and trial of clarification of their conditions with regard to chosen sociodemographic, psychological and medical factors.

The following research topics were formulated to perform this aim:

1. The assessment of relation between presence of anxiety and depressive symptoms in particular pregnancy trimesters.
2. the analysis of influence of anxiety as a state and anxiety as a feature, self-assessment, social support and marital communication on severity of anxiety and depressive symptoms in particular pregnancy trimesters.
3. The assessment of correlation between chosen sociodemographic variables and severity of anxiety and depressive symptoms in particular pregnancy trimesters.
4. the assessment of relation between chosen medical variables (related to gynecologic-obstetric history) and fact of current pregnancy planning and presence of anxiety and depressive symptoms in particular pregnancy trimesters.
5. The trial to differential characterization of women who at least once had anxiety and depressive symptoms in current pregnancy and women who had not any symptoms of that kind.

The above research problems suggest formulating the following research hypotheses:

1. Severity of anxiety symptoms is related to presence and severity of depression in particular pregnancy trimesters.
2. More anxiety (anxiety as a feature), lower self-assessment, worse social support and problems in matrimonial communication influence frequency and severity of anxiety and depressive symptoms during pregnancy.
3. Sociodemographic factors as age, marital status, place of residence, income and living conditions effect on severity of anxiety and depression during pregnancy
4. Obstetric complications in history and fact of unplanned current pregnancy influence severity of anxiety and depressive symptoms in current pregnancy.
5. Symptoms of anxiety and depression are present more often in women characterized with more anxiety (anxiety as a feature), lower self-estimation, unmarried state, younger age, lower education, abortion in history and complications during last pregnancy.

The following measurements were used in this work:

1. Demographic and epidemiologic questionnaire – of own construction
2. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
3. State and Trait of Anxiety Inventory
4. Self-Estimation Scale by Rosenberg (SES)
5. Berlin Scales of Social Support
6. Questionnaire of Marital Communication (KKM)

Research was conducted in gynecologic-obstetric clinics in the area of Lublin and Mazovian provinces in the period from January 2011 to May 2012.

At visits in clinic during consecutive trimesters women were given set of questionnaires for filling in and they returned them at next visit. In the first trimester all mentioned measurements were used; in the second and third trimester – all but one (demographic questionnaire).

The examined group consisted of 314 pregnant women of age. Totally 550 women in the first trimester were invited. 336 of them completed all three stages. Only two women answered positively to the question about earlier mental disorders, 20 confirmed presence of chronic diseases. They were excluded from later analyses due to too small number.

Each woman was asked to provide her initials and date of birth – for identification of consecutive questionnaires filled by her.

Research project was positively approved by Bioethical Board of Medical University in Lublin (KE-0254/77/2011).

The results were given to statistical analysis. Basic parameters of descriptive statistic were determined: arithmetical means, standard deviation, median, minimal and maximal value.

Qualitative parameters were characterized by cardinality and percentage distributions.

Due to other than normal distribution of the examined variables – the following non-parametric tests were used: U Mann-Whitney test and ANOVA of Kruskal-Wallis.

The analysis of mutual correlation between examined parameters was performed using the Spearman range correlation test. 5% inference error was assumed and correlated level of significance $p(\alpha) < 0.05$. The step regression analysis was used to separate independent variables significantly explaining variance of dependent variables. Statistical analyses were performed based on Statistica software.

Results

27.4% of group experienced anxiety symptoms during the first pregnancy trimester, 23.9% during the second one and 29.9% during the third one. Depressive symptoms were present significantly more rare: during the first trimester in 15.3% women, during the second one – in 12.7% and during the third one – in 14%.

37.9% women experienced at least once symptoms of anxiety and 25.48% - symptoms of depression. The most often symptoms of both anxiety and depression were present with mild severity during all trimesters. Percentage of women who had both symptoms of anxiety and depression were the following: 12.7% during the first trimester, 10.8% - during the second one and 12.4% during the last one. Symptoms of anxiety were present in 15.9% of women during all pregnancy trimesters and in 11.5% in two trimesters. For depression these percentages were accordingly 3.5% and 9.6%.

Additionally it was found that more severe level of anxiety during the first trimester was associated with higher severity of anxiety also in the second and third trimester. The same correlation was confirmed also for depressive symptoms. Strong correlation was also found between severity of anxiety and depressive symptoms in particular trimesters; this correlation was stronger during the first and third trimester than during the second one.

Next correlation of chosen psychosocial, demographic and medical factors with the severity of anxiety and depressive symptoms during the particular pregnancy trimesters was performed. Psychosocial factors included anxiety as a state and anxiety as a feature, self-estimation, communication in marriage and social support. Psychosocial factors as timidity, low self-esteem, lack of social support and worse matrimonial communication were associated with higher severity of anxiety and depressive symptoms in all pregnancy trimesters. It is worth noting that this relation was the highest during the third trimester.

Correlation of chosen sociodemographic variables with the severity of anxiety and depressive symptoms in particular pregnancy trimesters was determined. Sociodemographic factors included: age, marital status, level of education, place of residence, kind of job, income for one family member, woman's assessment of financial and housing situation.

Only the estimation of financial and housing situation were related to the severity of anxiety and depressive symptoms during the whole pregnancy. Unmarried women had higher severity of depressive symptoms during the first and the third trimester. Other sociodemographic variables do not correlate with the severity of anxiety and depressive

symptoms during particular pregnancy trimesters. Summarizing these results it should be noted that hypothesis about the effect of sociodemographic variables on severity of anxiety and depressive symptoms were proved only partially what suggests that psychosocial factors more significantly are related with the severity of anxiety and depressive symptoms than sociodemographic variables.

The only variable regarding obstetric history that was connected with higher severity of depressive symptoms were complications during the last pregnancy. However statistical significance included only third trimester. None of above mentioned variables does not influence the severity of anxiety symptoms during pregnancy. So it can be stated that the hypothesis assumed in the beginning of the study about effect of medical variables on severity of anxiety and depressive symptoms in pregnancy was not confirmed.

The most significant variable among sociodemographic questionnaire items seemed to be question about fact of planning current pregnancy, because women who did not plan the pregnancy showed significantly higher results in both subscales of Hospital Anxiety and Depression Scales in all trimesters.

The next stage of analysis was comparison women who at least once had anxiety and/or depression with women who had no symptoms of anxiety and/or depression at all. This comparison was performed with regard to psychosocial variables (anxiety as a state, anxiety as a feature, self-estimation, communication in marriage relationship, social support), sociodemographic characteristics of examined women and obstetric history.

Based on comparison of the group who at least once had anxiety or depression symptoms in pregnancy with the group who did not experience them at all – the attempt of description of the group vulnerable to anxiety or depression during the pregnancy was performed. It was found that the group vulnerable to anxiety symptoms consisted of women who were unemployed, unmarried, estimating worse their financial and housing situation and who did not plan current pregnancy. The group vulnerable to develop depressive symptoms during the pregnancy consisted of the women who had lower education, who did not plan the current pregnancy and who worse estimated their financial and housing conditions.

Conclusions

1. the severity of anxiety symptoms was related to the depressive symptoms severity in each pregnancy trimester

2. Higher timidity, lower self-estimation, lack of social support and worse matrimonial communication correlated with higher severity of anxiety and depressive symptoms in all pregnancy trimesters. Generally the most effect was observed for the third trimester.
3. Only the estimation of financial and housing conditions was associated with the anxiety and depressive symptoms severity during the whole pregnancy. Unmarried women had higher severity of depressive symptoms during the first and third trimester. Other sociodemographic variables did not correlate with the severity of anxiety and depressive symptoms in particular pregnancy trimesters.
4. Medical variables (related to obstetric-gynecological history) as earlier abortion, complications during the last pregnancy, kind of delivery in the last pregnancy – did not influence severity of anxiety and depressive symptoms during the pregnancy. Only higher severity of depressive symptoms in third trimester was associated with complications in the last pregnancy.
5. Unplanned pregnancy was showed to be one the most significant variables causing higher severity of anxiety and depressive symptoms during the pregnancy.
6. Based on comparison of the group of women who at least once had anxiety or depression symptoms during the pregnancy with the group of women who had no such symptoms the attempt of description of the group vulnerable to appearance of anxiety or depression in pregnancy was made. The group vulnerable to anxiety symptoms in pregnancy consisted of women who were unemployed, unmarried, estimating their financial and housing conditions worse and who did not plan current pregnancy. The group with vulnerability to develop depressive symptoms consisted of women with lower level of education, who did not plan current pregnancy and who estimated their financial and housing situation worse.

Postulates for clinical practice

1. Recognition of correlations of anxiety and depression during the pregnancy can make possible to more effective monitoring of women groups who are especially vulnerable to appearance of such disorders.
2. Recognition of patients' psychosocial situation can significantly help to prevent appearance of anxiety and depression during pregnancy.
3. Introducing of screening tests regarding anxiety and depression during the pregnancy, conducted systematically during this state, creates possibility for earlier diagnosis and quicker providing appropriate interventions.

4. Earlier diagnosis and appropriate interventions in case of anxiety and depression appearance during the pregnancy creates makes possible to prevent their effects such as post-partum depression and disturbed psychophysical development of child.

Piśmiennictwo

1. ACOG Committee Opinion No. 343. Psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. *Obstet Gynecol* 2006;108: 469–477.
2. Adewuya AO, Ola BA, Aloba OO, Dada AO, Fasoto OO. Prevalence and correlates of depression in late pregnancy among Nigerian women. *Depress Anxiety*. 2007;24(1):15–21.
3. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösli I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2007;20(3):189–209.
4. Altshuler L, Cohen L, Szuba MP. Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: Dilemmas and guidelines. *Am J Psychiatry* 1996;153(5):592-606.
5. Altshuler LL, Cohen LS, Vitonis AF, Faraone SV, Harlow BL, Suri R, Frieder R, Stowe ZN. The Pregnancy Depression Scale (PDS): a screening tool for depression in pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2008;11(4):277-85.
6. Anastazi A., Urbina S. Testy psychologiczne. Pracownia Testów Psychologicznych PTP. Warszawa 1999
7. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Astrom M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189(1):148–54.
8. Austin MP, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;107(1):10–7.
9. Barańska M, Kmita G. Psychologiczne aspekty ciąży i porodu. W: *Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego* (red. B. Chazan), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997, 163–168.
10. Baumeister RF, Campbell JD, Krueger J I, Vohs KD. Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychol Sci Pub Interest*. 2003;4:1–44.
11. Bazire S. Przewodnik leków psychotropowych. Tom 1, Via medica, Gdańsk 2010.
12. Beck AT. Rozwój poznawczego modelu depresji i jego neurobiologiczne korelaty, *Medycyna praktyczna–Psychiatria* 2010; 2:17–31.

13. Beck CT, Gable RK. Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments. *Nursing Res.* 2001;50(4):242–250.
14. Beck CT. Postpartum depression: A metasyntesis. *Qual Health Res.* 2002;22(4):453–472.
15. Beck WW. *Położnictwo i ginekologia (red.)* red. J. Woytoń. U&P, Wrocław 1995.
16. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson T. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004;103(4):698–709.
17. Berle JO, Mykletun A, Daltveit AK, Rasmussen S, Holsten F, Dahl AA. Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. *Arch Womens Ment Health* 2005;8:181–189.
18. Bienvenu OJ, Samuels JF, Wuyek LA, Liang KY, Wang Y, Grados MA, Cullen BA, Riddle MA, Greenberg BD, Rasmussen SA, Fyer AJ, Pinto A, Rauch SL, Pauls DL, McCracken JT, Piacentini J, Murphy DL, Knowles JA, Nestadt G. Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychol Med.* 2012;42(1):1–13.
19. Bień AM, Grudzińska M. Przebieg ciąży fizjologicznej. W: *w Opieka nad kobietą ciężarną (red.)* A. Bień. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2009,45–54.
20. Blascovich J, Tomaka J. Measures of self-esteem. W: JP Robinson, PR Shaver, LS Wrightsman (red.), *Measures of personality and social psychological attitudes. Volume 1: Measures of social psychological attitudes.* Academic Press, New York 1999,115–160.
21. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord.* 2005;88(1):9-18.
22. Bolton HL, Hughes PM, Turton P, Sedgwick P.: Incidence and demographic correlates of depressive symptoms during pregnancy in an inner city London population. *J Psych Obstet Gynaecology* 1998;19(4):202–212.
23. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry.* 2004;49(11):726–35.
24. Borri C, Mauri M, Oppo A, Banti S, Rambelli C, Ramacciotti D, Montagnani MS, Camilleri V, Cortopassi S, Bettini A, Ricciardulli S, Rucci P, Montaresi S, Cassano GB. Axis I psychopathology and functional impairment at the third month of pregnancy: results from the Perinatal Depression-Research and Screening Unit (PND-ReScU) Study. *J Clin Psychiatry.* 2008;69:1617–1624.

25. Bowen A, Muhajarine N., Antenatal depression. *Can Nurse*. 2006;102:27–30.
26. Brandon AR, Trivedi MH, Hynan LS, Miltenberger PD, Broussard Labat D, Rifkin JB, Stringer CA. Prenatal Depression in Women Hospitalized for Obstetric Risk. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(4):635–643.
27. Brugha TS, Wheatley S, Taub NA, Culverwell A, Friedman T, Kirwan P, Jones DR, Shapiro DA. Pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent postnatal depression by reducing psychosocial risk factors. *Psychol Med*. 2000;30(6):1273–81.
28. Bryan TL, Georgiopoulos AM, Harms RW, Huxsahl JE, Larson DR, Yawn BP. Incidence of postpartum depression in Olmsted County, Minnesota. A population-based, retrospective study. *J Reprod Med*. 1999;44(4):351–8.
29. Bryńska A. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
30. Buckwalter JG, Stanczyk FZ, McCleary CA, Bluestein BW, Buckwalter DK, Rankin KP, Chang L, Goodwin TM. Pregnancy, the postpartum, and steroid hormones: effects on cognition and mood. *Psychoneuroendocrinol*. 1999;24(1):69–84.
31. Buist A, Ross LE, Steinem M. Anxiety and mood disorders in pregnancy and the postpartum period. In : Castle DJ, Kulkarni J, Abel KM (eds). *Mood and anxiety disorders in women*. Cambridge University Press, 2006,136–162.
32. Buist A, Westley D, Hill C. Antenatal prevention of postnatal depression. *Arch Womens Ment Health*. 1999;1:167–173.
33. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop V. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(5):599–605.
34. Charney DS, Woods SW, Goodman WK, Rifkin B, Kinch M, Aiken B, Quadrino LM, Heninger GR. Drug treatment of panic disorder: the comparative efficacy of imipramine, alprazolam, and trazodone. *J Clin Psychiatry*. 1986;47(12):580–586.
35. Chazan B. Rozpoznanie ciąży i ustalenie terminu porodu. W: *Położnictwo i ginekologia Tom 1* (red.) GH. Bręborowicz, Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2007,53–57.
36. Chouinard G, Annable L, Fontaine R, Solyom L.: Alprazolam in the treatment of generalized anxiety and panic disorders: a double-blind placebo controlled study. *Psychopharmacology (Berl)*. 1982;77(3):229–233.

37. Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom. Med* 2001;63:830–4.
38. Cleare A. Choroba afektywna jednobiegunowa (depresja nawracająca) w Sedno Psychiatria Wright P, Stern J, Phelan M. tom 1, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008.
39. Cohen LS, Nonacs RM, Bailey JW, Viguera AC, Reminick AM, Altshuler LL, Stowe ZN, Faraone SV. Relapse of depression during pregnancy following antidepressant discontinuation: a preliminary prospective study. *Arch Women Ment Health* 2004;7(4):217–221.
40. Cohen LS, Sichel DA, Dimmock LA, Rosenbaum JF. Impact of pregnancy on panic disorder: A case series. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(7):284–288.
41. DaCosta D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affective Dis*. 2000;59(1):31–40.
42. Dębski R. Wprowadzenie do endokrynologii ciąży. W: Endokrynologia cz. II (red.) W Zgliczyński, Medical Tribune Polska, Warszawa 2011.
43. Docherty JP, Sack DA, Roffman M, Finch M, Komorowski JR. A double-blind, placebo-controlled, exploratory trial of chromium picolinate in atypical depression: effect on carbohydrate craving. *J Psychiatr Pract*. 2005;11(5):302–14.
44. Dudek D. Leczenie chorób afektywnych u kobiet w ciąży i po porodzie. W: Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych (red.) M. Jarema, Via Medica, Gdańsk 2011, 68–74.
45. Dudenhausen JW, Pschyrembel W. Położnictwo praktyczne i operacje położnicze. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002 .
46. Dunner DL, Ishiki D, Avery DH, Wilson LG, Hyde TS. Effect of alprazolam and diazepam on anxiety and panic attacks in panic disorder: a controlled study *J Clin Psychiatry*. 1986;47(9):458–60.
47. Dymkowski, M. Poznawanie siebie. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN. Warszawa 1993.
48. Elsenbruch S, Benson S, Rütke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, Klapp BF, Arck PC.. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum Reprod* 2007; 22(3):869–877.

49. Epstein S. The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy. W: C.D. Spielberger (red.) *Anxiety: Current trends In theory and research* (t.2). Academic Press, New York 1972.
50. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*. 2001;323(7307):257–260.
51. Evans J, Heron J, Patel RR, Wiles N. Depressive symptoms during pregnancy and low birth weight at term: longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2007;191:84–85.
52. Eyal R, Yaeger D. Poor neonatal adaptation after in utero exposure to duloxetine. *Am J Psychiatry*. 2008;165(5):651.
53. Faisal-Cury A, Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(1):25–32.
54. Fatoye FO, Adeyemi AB, Oladimeji BY. Emotional distress and its correlates among Nigerian women in late pregnancy. *J Obstet Gynaecol*. 2004;24(5):504–9.
55. Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *J Affect Disord* 2004;82:297–301.
56. Ferreira E, Carceller AM, Agogue C, Martin BZ, St-André M, Francoeur D, Bérard A. Effects of selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine during pregnancy in term and preterm neonates. *Pediatrics*. 2007;119(1):52–59.
57. Field T, Diego M., Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the foetus and neonate in different ethnic and socio-economic status groups. *J Repr Inf Psychology* 2002,20:149–157
58. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Yando R, Bendell D. Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depression and Anxiety. Special Issue: Anxiety disorders in women* 2003;17(3):140–151.
59. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Schanberg S, Kuhn C, Deeds O, Contogeorgos J, Ascencio A. Chronic prenatal depression and neonatal outcome. *Int J Neurosci*. 2008;118(1):95–103.
60. Fontaine KR, Jones LC. Self esteem, optimism and postpartum depression. *J Clin Psychology*. 1997;53(1):59–63.
61. Gabbard GO. *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009.

62. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol.* 2005;106(5):1071–1083.
63. Gelder M., Harrison P., Cowen P. *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry.* Oxford University Press 2007.
64. Giardinelli L, Innocenti A, Benni L, Stefanini MC, Lino G, Lunardi C, Svelto V, Afshar S, Bovani R, Castellini G, Faravelli C. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch Womens Ment Health.* 2012;15(1):21–30.
65. Golbasi Z, Kelleci M, Kisacik G, Cetin A. Prevalence and correlates of depression in pregnancy among Turkish women. *Matern Child Health J.* 2010 1;14(4):485–91.
66. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum period. *J Consult Clin Psychol.* 1989;57:269–274.
67. Goodman WK: Obsessive-compulsive disorder: diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry.* 1999; 60 Suppl 18:27–32.
68. Grant KA, McMahon C, Austin MP. Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *J Affect Disord.* 2008;108(1–2):101–111.
69. Gurel Sa, GurelHG. The evaluation of determinants of early postpartum low mood: The importance of parity and inter-pregnancy interval. *Eur J Obs Gynecology.* 2000;91:21–24.
70. Hallberg P, SjoblomV. The use of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and breast-feeding: a review and clinical aspects. *J. Clin. Psychopharmacology.* 2005;25(1):59–73.
71. Hammen C. *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla praktyków i pacjentów GWP,* Gdańsk 2004.
72. Hanley J. Okres ciąży. W: J. Hanley. *Zaburzenia psychiczne w ciąży i położu.* Red S. Sidorowicz Elsevier Urban& Partner, Wrocław 2012,11–35.
73. Harris B, Lovett L, Newcombe RG, Read GF, Walker R, Riad-Fahmy D. Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *BMJ.* 1994;308(6934):949–53.
74. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(10):1097–106.

75. Hauser J., Dmitrzak-Węglarz M. Leksykon genetyki w psychiatrii, Termedia, Poznań, 2010.
76. Hernandez-Diaz S, Van Marter LJ, Werler MM, Louik C, Mitchell AA.. Risk factors for persistent pulmonary hypertension of the newborn. *Pediatrics*. 2007;120(2):272–282.
77. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*. 2004; 80(1):65–73.
78. Hertzberg T, Wahlbeck K. The impact of pregnancy and puerperium on panic disorder: A review. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 1999;20(2),59–64.
79. Hostetter A, Stowe ZN, Strader JR Jr, McLaughlin E, Llewellyn A. . Dose of selective serotonin uptake inhibitors across pregnancy: clinical implications. *Depress Anxiety*. 2000;11(2):5157.
80. Hotujac L. Rojnic Kuzman M. Zespół stresu pourazowego (PTSD). W: *Psychiatria w praktyce* (red.) M. Jarema, medical education ,Warszawa 2011,167–184.
81. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Warszawa 2000.
82. Iwanowicz-Palus G, Bień AM. Psychologiczne aspekty ciąży i porodu – charakterystyka stanów emocjonalnych kobiet w ciąży. W: *Opieka nad kobietą ciężarną*. (red.) AM Bień, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009,342–347.
83. Jesse DE, Walcott-McQuigg J, Mariella A, Swanson MS. Risks and protective factors associated with symptoms of depression in low-income African American and Caucasian women during pregnancy. *J Midwifery Womens Health*. 2005;50(5):405–10.
84. Johanson R, Chapman G, Murray D, Johnson I, Cox J. The Northern Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2000;21(2):93–97.
85. Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yatees AD, Harris MG. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust NZ J Psychiatry*. 2001;35(1):69–74.
86. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80(3):251–255.

87. Kallen B. Antidepressant drugs during pregnancy and infant congenital heart defect. *Reprod Toxicol.* 2006; 21(3):221–222.
88. Kallen B. The safety of antidepressant drugs during pregnancy. *Expert Opin Drug Saf.* 2007;6(4):357–370.
89. Karakuła H., Grzywa A., Śpila B., Baszak J., Gieroba A., Kosikowski W., Jędrych M. Zastosowanie Skali Leku i Depresji – HADS w chorobach psychosomatycznych. *Psych Pol.* 1996,30(4),653–668.
90. Kazimierczak M, Plopa M. Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej. Podręcznik. Vizja Press & It, Warszawa 2008a.
91. Kazimierczak M, Plopa M. Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej (KKM). Metody badań. w: *Więzi w małżeństwie i rodzinie* (red.) Mieczysław Plopa. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008b, 109–158.
92. Kelly R, Zatzick D, Anders T. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. *Am J Psychiatry.* 2001;158(2):213–9.
93. Kempia J. Zmiany ustrojowe w przebiegu ciąży. W: *Położnictwo i ginekologia Tom 1* (red.) GH. Bręborowicz, Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2007,41– 52.
94. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *Am J Psychiatry* 2002;159:1133–1145.
95. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey, I: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord.* 1993;29(2-3):85–96.
96. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord* 2003;74:5–13.
97. Kiejna A, Małyszczak K. Zaburzenia nastroju (afektywne) W: *Psychiatria. Podręcznik akademicki.* (red.) A Kiejna, K Małyszczak, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław 2009, 136–150.
98. Kitamura T, Toda MA, Shima S, Sugawara K, Sugawara M. Social support and pregnancy: II. Its relationship with depressive symptoms among Japanese women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 1998;52(1):37–45.
99. Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita K, Hayashi M, Toyoda N, Ito M, Kudo N, Tada K, Kanazawa K, Sakumoto K, Satoh S, Furukawa T, Nakano H. Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health.* 2006;9(3):121–30.

100. Kliszcz J, Nowicka-Sauer K, Trzeciak B, Sadowska A. Poziom lęku, depresji i agresji u pielęgniarek, a ich satysfakcja z życia i pracy zawodowej. *Med Pracy*. 2004;55(6):461–468.
101. Koren G, Matsui D, Einarson A, Knoppert D, Steiner M. Is maternal use of selective serotonin reuptake inhibitors in the third trimester of pregnancy harmful to neonates? *CMAJ*. 2005;172(11):1457–1459.
102. Koszewska I. Leczenie kobiet w depresji w okresie ciąży i po porodzie. W: I. Koszewska. *O depresji w ciąży i po porodzie, przyczyny, objawy, leczenie, zapobieganie*. PZWL, Warszawa 2010, 91–135.
103. Kowalcek I, Muhlholff A, Bachman S, Gemboch U. Depressive reactions and stress related to prenatal procedures. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2002;19(1):18–23.
104. Krzystanek M, Krupka-Matuszczyk I. Bright light therapy in pregnant women depression - 3 case studies. *Psychiatr Pol*. 2006;40(2):261–267.
105. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2000;95:487–90.
106. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202(1):5–14.
107. Le HN, Munoz RF, Delucchi KL, Ippen ChG. Identifying risk for onset of major depressive episodes in low-income Latinas during pregnancy and postpartum. *Hisp J Behav Sci*. 2004, 26:463–482.
108. Lee DTS, Chan SSM, Sahota Ds, Yip ASK, Tsui M, Chung TKH. A prevalence study of antenatal depression among Chinese women. *J Affect Disord* 2004;82:93–99.
109. Lee AM, Keung Lam S, Sze Mun Lau SM, Shiu Yin Chong C, Yee Tang Fong D. Prevalence, Course Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression, *Obstet Gynecology*. 2007;110(5):1102–1112.
110. Leibschang J. Cięża prawidłowa – rozpoznanie i przebieg. W: *Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego* (red. B. Chazan), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997, 55–61.
111. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress *BMC Psychiatry*. 2008;8:24

112. Libera A. Problemy psychologiczne okresu ciąży. W: Psychologia w położnictwie i ginekologii (red.) M. Makara-Studzińska, G. Iwanowicz-Palus, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009,154–197.
113. Littleton HL, Breitkopf CR, Berenson AB. Correaltes of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:424–432.
114. Lteif Y, Kesrouani A, Richa S. Depressive syndromes during pregnancy: prevalence and risk factors. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2005; 34:262–269.
115. Lucey J, Corvin A, Zaburzenia lękowe. W: Wright P, Stern J, Phelan M. *Sedno Psychiatria Tom 1* (red.) J. Rybakowski, F. Rybakowski, Elsevier Urban & Partner Wrocław 2008,203–215.
116. Lusskin SI, Pundiak TM, Habib SM. Perinatal depression: hiding in plain sight. *Can J Psychiatry*. 2007;52(8):479–488.
117. Łaguna M, Lachowicz-Tabaczek K, Dzwonkowska I. Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna* 2007;202(4):164–176.
118. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health*. 2003;12(4):373–80.
119. Matthey S, Barnett B, Howie B, Kavanagh S. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: Whatever happened to anxiety? *J Affect Disord*. 2003;74(2):139–47.
120. Małyszczak K, Baranowski P. Zaburzenia nerwicowe. W: *Psychiatria. Podręcznik Akademicki*, (red.) A Kiejna, K Małyszczak, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław 2009,151–164.
121. McKenzie-McHarg K, Cockburn J, Cox J. Antenatal and Postnatal Depression. W: *Psychological Challenges in Obsterics and Gynecology* (red.) J. Cockburn, ME Pawson., Springer-Verlang, London 2007,141–156.
122. Metz A, Cowen PJ, Gelder MG, Sturp K, Elliot JM, Graham-Smith DG. Changes in platelet adrenergic receptor binding post partum possible relationship to maternity blues. *Lancet*. 1983; 1(8323):495–193.
123. Misri S, Kendrick K. Treatment of perinatal mood and anxiety disorders: a review. *Can J Psychiatry*. 2007;52(8):489–98.

124. Nonacs RM, Cohen LS, Viguera AC, Mogielnicki J. Diagnosis and Treatment of Mood and Anxiety Disorders in Pregnancy. W: LS Cohen, RM Nonacs RM (red.) Mood and Anxiety Disorders during Pregnancy and postpartum. American Psychiatric Publishing, Inc. 2005, 17–51.
125. Norbeck JS, Anderson NJ. Life stress, social support and anxiety in mid- and late-pregnancy among low income women. *Res Nurs Health*. 1989;12(5):281–7.
126. Northcott CJ, Stein MB. Panic disorder in pregnancy. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(12):539–42.
127. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry*. 1986; 43:569–573.
128. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol*. 1995;99(1):3–15.
129. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risks of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996;8:37–54.
130. Ohman A. Strach i lęk z perspektywy ewolucyjnej, poznawczej i klinicznej. W: M Lewis, JM Haviland-Jones (red.) *Psychologia emocji*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, 719–744
131. Oren DA, Wisner KL, Spinelli M, Epperson CN, Peindl KS, Terman JS, Terman M. An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(4):666–669.
132. Otto M, Pollack M, Sachs G, Reiter SR, Meltzer-Brody S, Rosenbaum JF. Discontinuation of benzodiazepine treatment: efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1993;150(10):1485–1490.
133. Pajulo M, Savonlahti E, Sourander A, Helenius H, Piha J. Antenatal depression substance dependency and social support *J Affect Disord*. 2001;65(1):9–17.
134. Panksepp J. Affective consciousness: Core emotional feelings in animals and humans. 2005;14(1):30-80.
135. Pearson Murphy BE, Steinberg SI, Hu FY, Allison CM. Neuroactive ring A-reduced Metabolites of progesterone in human plasma during pregnancy: elevated levels of 5 alpha-dihydroprogesterone in depressed patients during the latter half of pregnancy. *J Clin Endocrin Metab*. 2001;86(12):5981–7.

136. Pečeňák J, Šwestka J. Depresja. W: Psychiatria w praktyce (red.) M. Jarema, medical education, Warszawa 2011.
137. Phillips ML, Drevets WC, Rauch SL, Lane R. Neurobiology of emotion perception I: The neural basis of normal emotion perception. *Biol Psychiatry*. 2003;54:504–514.
138. Pull CB. Recent trends in the study of specific phobias. *Curr Opin Psychiatry*. 2008; 21(1):43–50.
139. Pużyński S. Depresje i zaburzenia afektywne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009,19.
140. Pużyński S. Choroby afektywne nawracające. W: Psychiatria, Tom 2. Psychiatria kliniczna, (red.) S Pużyński, J Rybakowski, J Wciórka, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011,305–375.
141. Pużyński S. Leki przeciwdepresyjne. W: Psychiatria, Tom 3. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne, (red.) J Wciórka, S Pużyński, J Rybakowski, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012,65–110.
142. Qiao YX, Wang J, Li J, Ablat A. The prevalence and related risk factors of anxiety and depression symptoms among Chinese pregnant women in Shanghai. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2009;49(2):185–90.
143. Rabe-Jabłońska J. Zaburzenia nerwicowe. W: Psychiatria. Podręcznik dla studentów Medycyny (red.) M Jarema, J Rabe-Jabłońska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
144. Rachman S. Zaburzenia lękowe. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla praktyków i pacjentów. GWP, Gdańsk 2005.
145. Rahimi R, Nikfar S, Abdollahi M. Pregnancy outcomes following exposure to Serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis of clinical trials. *Reprod Toxicol*. 2006;22(4):571–5.
146. Rajewska J. Specyfika zaburzeń psychicznych u kobiet. W: Problemy zdrowia psychicznego kobiet (red. J. Meder), Kraków 2003, 31–44.
143. Raudzus J, Misri S. Managing unipolar depression in pregnancy. *Curr Opin Psychiatry*. 2009;22(1):13–8.
148. Rees AM, Austin MP, Parker GB. Omega-3 fatty acids as a treatment for perinatal depression: randomized double-blind placebo-controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42(3):199–205.

149. Ritter C, Hobfoll SE, Lavin J, Cameron RP, Hulsizer MR. Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city women. *Health Psychology* 2000;19(6):576–585.
150. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(4):289–95.
151. Robinson L, Walker JR, Anderson D. Cognitive-behavioral treatment of panic disorder during pregnancy and lactation. *Can J Psychiatry*. 1992;37(9):623–626.
152. Rodgers CS, Lang AJ, Twamley EW, Stein MB. Sexual trauma and pregnancy: a conceptual framework. *J Womens Health*. 2003;12(10):961–970.
153. Rosenberg, M. *Society and adolescent self-image*. Princeton University Press. New York 1965.
154. Ross LE, Evans G, Sellers EM, Romach MK. Measurement issues in postpartum depression part 1: Anxiety as a feature of postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*. 2003;6(1):51–57.
155. Rubertsson Ch, Waldenström U, Wickberg B. Depressive mood in early pregnancy: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample *J Repr Inf Psychology*. 2003;21(3):113–123.
156. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Rådestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health*. 2005;8(2):97–104.
157. Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy *Can Fam Physician* 2005;51:1087–1093.
158. Rybakowski J. Choroby afektywne. W: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, (red.) M Jarema, J Rabe – Jabłońska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011
159. Rybakowski J. Zaburzenia lękowe z postaci fobii . W: *Psychiatria, Tom 2. Psychiatria kliniczna*, (red.) S Pużyński, J Rybakowski, J Wciórka, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011,387–394.
160. Rybakowski J, Jaracz J. *Leksykon manii i depresji*, Termedia, Poznań 2010.
161. Rybakowski J, Pilaczyńska E. Zespół natręctw. W: *Psychiatria, Tom 2. Psychiatria kliniczna*, (red.) S Pużyński, J Rybakowski, J Wciórka, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011,416–427.

162. Schneider H. Zmiany zachodzące w organizmie kobiety pod wpływem ciąży w Ginekologia i Położnictwo (red.) G Martius, M. Breckwold, A. Pfeleiderer, Urban Partner, Wrocław 1997,71–89.
163. Siwiak-Kobayashi M. Zaburzenia lękowe uogólnione i napadowe. W: Psychiatria, Tom 2. Psychiatria kliniczna, (red.) S Puzyński, J Rybakowski, J Wciórka, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011,395–415.
164. Silva RA, Jansen K, Souza LD, Moraes IG, Tomasi E, Silva Gdel G, Dias Mde S, Pinheiro RT. Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(2):139–44.
165. Snaith R. P. Identifying depression: The significance of anhedonia. *Hospital Practice* 1993,55–60.
166. Spielberger CD. Theory and research on anxiety. W: CD Spielberger (red.) Anxiety and behavior. Academic Press, New York 1966.
167. Steinberg S.I., Bellavance F. Characteristics and treatment of women with antenatal and postpartum depression. *Int J Psychiatry Med.*1999;29(2),209–233.
168. Steiner M, Born L. Anxiety and panic disorders. W: J.P. Pregler, & A.H. DeCherney (Eds.), *Women's health: Principles and clinical practice.* B.C. Decker, Toronto 2002, 661–674.
169. Steiner M, Tam WYK. Postpartum depression in relation to other psychiatric disorders. In: Miller LJ, ed. *Postpartum Mood Disorders.* American Psychiatric Press, Washington, DC: 1999,47–63.
170. Steiner M. Postnatal depression: a few simple questions. *Fam Pract* 2002;19:469–470.
171. Stuart S, O'Hara MW, Gorman LL. The prevention and psychotherapeutic treatment Of postpartum depression. *Arch Womens Ment Health.* 2003;6 Suppl 2:S57–69.
172. Su KP, Chiu TH, Huang CL, Ho M, Lee CC, Wu PL, Lin CY, Liao CH, Liao CC, Chiu WC, Pariante CM. Different cutoff points for different trimesters? The use of Edinburgh Postnatal Depression Scale and Beck Depression Inventory to screen for depression in pregnant Taiwanese women. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007;29(5):436–41.
173. Sutter-Dallay AL, Giacomme-Marcasche V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: A prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry* 2004; 19:459–463.

174. Verdoux H, Sutter AL, Glatigny-Dallay E, Minisini A. Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort *Acta Psychiatr Scand.* 2002;106(3):212–9.
175. Verkerk GJ, Pop VJ, Van Son MJ, Van Heck GL. Prediction of depression in the Postpartum period: a longitudinal follow-up study in high risk and low-risk women. *J Affect Disord.* 2003;77(2):159–66.
176. Villeponteaux VA, Lydiard RB, Laraia MT, Stuart GW, Ballenger JC. The effects of pregnancy on pre-existing panic disorder. *J Clin Psychiatry.* 1992;53(6):201–3.
177. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry.* 1996;168(5):607–11.
178. Wasilewska-Pordes M. Depresja porodowa, Wydawnictwo Radamsa, Kraków 2000.
179. Way CM. Safety of newer antidepressants in pregnancy. *Pharmacotherapy* 2007;27(4):546-552.
180. Wciórka J. Psychopatologia, objawy i zespoły zaburzeń. W: *Psychiatria Tom 1. Podstawy psychiatrii* (red.) J. Rybakowski, S. Puzyński, J. Wciórka Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010.
181. Webster J, Linnane JWJ, Dibley M, Pritchard M. Improving antenatal recognition of women at risk for postnatal depression. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2000;40(4):409–12.
182. Weinstock L, Cohen LS, Bailey JW, Blatman R, Rosenbaum JF. Obstetrical and neonatal outcome following clonazepam use during pregnancy: a case series. *Psychother Psychosom.* 2001;70(3):158–162.
183. Wichowicz HM, Wieczorek D. Badanie przesiewowe depresji poudarowej z użyciem Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psychiatr Pol.* 2011;45(4):505–514.
184. Wisner KL, Peindl KS, Gigliotti T, Hanusa BH. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *J Clin Psychiatry.* 1999;60(3):176–180.
185. Wright P, Perahia D. *Psychofarmakologia*. W: *Sedno Psychiatria Tom 2* P Wright, J Stern, M Phelan (red.) J. Rybakowski, F. Rybakowski, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008,607–638.
186. Wrześniewski K, Sosnowski T, Jaworowska A, Fecenec D. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja STAI. Podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2006.*

187. Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, Heartwell SF, Leveno KJ. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system *Am J Psychiatry*. 2001;158(11):1856–63.
188. Yonkers KA. The treatment of women suffering from depression who are either pregnant or breastfeeding. *Am J Psychiatry*. 2007;164(10):1457–1459.
189. Zajicek E. Psychiatric problems during pregnancy. W: Wolkind S, Zajicek E (eds) *Pregnancy: A Psychological and Social Study*. Academic Press, London 1981,57–73.
190. Ziołkowska A. Stosowanie leków psychotropowych w ciąży. W: *Problemy zdrowia psychicznego w ciąży* (red.) J Meder, Kraków 2003,97–108.
191. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand*. 1983; 67:361–370.

Aneks

Arkusze stosowanych metod badawczych

AUTORSKI KWESTIONARIUSZ ANKIETY

Szanowna Pani! Zwracam się z prośbą o wypełnienie poniższej ankiety. Uzyskane wyniki będą wykorzystane do opracowania naukowego, którego celem jest dokonanie analizy problemów emocjonalnych występujących w okresie ciąży.

Bardzo dziękuję za udzielenie odpowiedzi.

Inicjały

Data urodzenia

1. Wiek

3. Stan cywilny

- a) panna
- b) zamężna
- c) rozwiedziona
- d) stały związek nieformalny

3. Wykształcenie

- a) wyższe
- d) średnie
- e) zawodowe
- f) podstawowe

4. Miejsce zamieszkania

- a) miasto wojewódzkie
- b) miasto powiatowe
- c) wieś

5. Jaki jest rodzaj wykonywanej przez Pana/Pani pracy?

- a) praca umysłowa
- b) praca fizyczna
- c) nie pracuję
- d) uczę się

6. Jaki jest u Pana/Pani dochód na jednego członka rodziny?

- a) poniżej 500 zł
- b) 500-1000 zł
- c) 1000-2000 zł
- d) powyżej 2000 zł

- 7. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację materialną?**
a) bardzo dobra
b) dobra
c) średnia
d) zła
- 8. Jak ocenia Pan/Pani swoją sytuację mieszkaniową?**
a) bardzo dobra
b) dobra
c) średnia
d) zła
- 9. Czy paliła Pani papierosy przed ciążą ?**
a) tak
b) nie
- 10. Czy pali Pan/Pani papierosy obecnie ?**
a) tak
b) nie
- 11. Czy spożywała Pani alkohol przed zajściem w ciążę**
a) tak (rodzaj alkoholu- najczęściej : wódka – wino – piwo)
b) nie
- 12. Czy spożywała Pani alkohol obecnie ?**
a) tak (rodzaj alkoholu- najczęściej : wódka – wino – piwo)
b) nie
- 13. Czy cierpi Pan/Pani na chorobę przewlekłą?**
a) tak jeśli tak to na jaką.....
b) nie
- 14. Czy kiedykolwiek miała pani problemy natury psychicznej?**
a) tak
b) nie
- 15. Czy w pani rodzinie występowały choroby psychiczne?**
a) tak
b) nie
- 16. Czy ma Pan/Pani dzieci**
a) tak jeśli tak to ile.....
b) nie
- 17. Która jest to Pani ciąża ?**
Proszę wpisać

Jeżeli nie jest to pierwsza ciąża proszę odpowiedzieć na poniższe pytania

18) Przebieg poprzedniej ciąży /ciąż

- a) był prawidłowy
- b) były komplikacje /choroby

Jeżeli były komplikacje lub chorowała Pani na coś proszę napisać

19) Poprzednie porody

- a) drogami natury
- b) cięcie cesarskie

20) Jeżeli było cięcie cesarskie, to było przeprowadzone

- a) ze wskazań nagłych
- b) planowane

21) Czy były poronienia

- a) tak
- b) nie

23) Punktacja w skali Apgar u dziecka /dzieci

Szpitalna Skala Depresji i Lęku (HADS)

Proszę przeczytać każde zdanie i zakreślić każdą kratkę z odpowiedzią, która jest najbliższa temu, jak się Pani czuła **podczas ostatniego tygodnia**.

Proszę nie zastanawiać się zbyt długo nad odpowiedzią. Pani natychmiastowa odpowiedź na każdy z punktów będzie prawdopodobnie bardziej trafna niż odpowiedź udzielona po dłuższym zastanowieniu.

1 Czuję się napięty:

prawie stale	3
Często	2
od czasu do czasu	1
nigdy	0

2. Rzeczy, które sprawiały mi przyjemność nadal mnie

zdecydowanie tak samo	0
niewiele	1
niewiele	2
zdecydowanie nie	3

3. Obawiam się, że wydarzy się coś okropnego

stanowczo tak i to bardzo silnie	3
tak, ale niezbyt silnie	2
niewiele, ale nie martwię się tym	1
w ogóle nie	0

4. Jestem w stanie się śmiać i dostrzegać zabawną stronę rzeczy

tak jak zawsze	0
niewiele	1
z pewnością mniej	2
w ogóle nie	3

5. Martwię się

prawie cały czas	3
Często	2
od czasu do czasu	1
rzadko	0

6. Czuję się pogodny (-a)

Nigdy	3
Rzadko	2
czasem	1
prawie cały czas	0

7.

Jestem w stanie się odprężyć

zdecydowanie tak	0
zazwyczaj tak	1
niezbyt często	2
wcale nie	3

8. Czuję się spowolniała	
prawie stale	3
bardzo często	2
Czasami	1
wcale nie	0

9. Bywa, że przeżywam lęk do tego stopnia, że czuję drżenie w żołądku	
Nigdy	0
Rzadko	1
dość często	2
bardzo często	3

10. Straciłam zainteresowanie swoim wyglądem:	
zdecydowanie tak	3
nie dbam o siebie tak, jak powinienem (-am)	2
dbam nieco mniej	1
dbam w tym samym stopniu jak zawsze	0

11. Czuję się jakbym „nie mógł znaleźć sobie miejsca”	
rzeczywiście tak się czuję	3
w dużej mierze tak	2
w niewielkim stopniu	1
w ogóle nie	0

12. Spoglądam w przyszłość z radością	
w takim samym stopniu jak zawsze	0
raczej mniej niż zwykle	1
z pewnością mniej	2
w ogóle mniej	3

13. Miewam napady panicznego / panicznego lęku	
bardzo często	3
dość często	2
niezbyt często	1
wcale	0

14. Dobra książka lub program telewizyjny sprawia mi przyjemność	
często	0
czasami	1
rzadko	2
bardzo rzadko	3

C.D. Spielberger, J. Strelau, M. Tysarczyk, K. Wrześniewski

KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY
STAI, ARKUSZ X-1

[treść kwestionariusza jest chroniona prawami autorskimi]

C.D. Spielberger, J. Strelau, M. Tysarczyk, K. Wrześniewski

KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY
STAI, ARKUSZ X-2

[treść kwestionariusza jest chroniona prawami autorskimi]

Skala Samooceny SES M. Rosenberga

Poniżej znajdują się różne stwierdzenia, które odnoszą się do twoich przekonań o sobie. Wskaż w jakim stopniu zgadzasz się bądź nie zgadzasz się z każdym z tych twierdzeń otaczając kółkiem jedną z czterech możliwych odpowiedzi. Postaraj się określić to, co naprawdę sądzisz. Liczą się tylko szczerze odpowiedzi.

1. Uważam, że jestem osobą wartościową przynajmniej w takim samym stopniu, co inni.

1 2 3 4
zdecydowanie zgadzam się zgadzam się nie zgadzam się zdecydowanie nie zgadzam się

2. Uważam, że posiadam wiele pozytywnych cech.

1 2 3 4
zdecydowanie zgadzam się zgadzam się nie zgadzam się zdecydowanie nie zgadzam się

3. Ogólnie biorąc jestem skłonny sądzić, że nie wiedzie mi się.

1 2 3 4
zdecydowanie zgadzam się zgadzam się nie zgadzam się zdecydowanie nie zgadzam się

4. Potrafię robić różne rzeczy tak dobrze, jak większość innych ludzi.

1 2 3 4
zdecydowanie zgadzam się zgadzam się nie zgadzam się zdecydowanie nie zgadzam się

5. Uważam, że nie mam wielu powodów, aby być z siebie dumnym.

1 2 3 4
zdecydowanie zgadzam się zgadzam się nie zgadzam się zdecydowanie nie zgadzam się

6. Lubię siebie.

1 2 3 4
zdecydowanie zgadzam się zgadzam się nie zgadzam się zdecydowanie nie zgadzam się

7. Ogólnie rzecz biorąc, jestem z siebie zadowolony.

1 2 3 4
zdecydowanie zgadzam się zgadzam się nie zgadzam się zdecydowanie nie zgadzam się

8. Chciałbym mieć więcej szacunku dla samego siebie.

1 2 3 4
zdecydowanie zgadzam się zgadzam się nie zgadzam się zdecydowanie nie zgadzam się

9. Czasami czuję się bezużyteczny.

1 2 3 4
zdecydowanie zgadzam się zgadzam się nie zgadzam się zdecydowanie nie zgadzam się

10. Niekiedy uważam, że jestem do niczego.

1 2 3 4
zdecydowanie zgadzam się zgadzam się nie zgadzam się zdecydowanie nie zgadzam się

KWESTIONARIUSZ KOMUNIKACJI MAŁŻEŃSKIEJ

Proszę spróbować ocenić swojego życiowego partnera na pięciopunktowej skali . Proszę zaznaczyć dla każdego z poniższych stwierdzeń jedną z wartości na skali , odpowiadając na pytanie: Jak często Twój partner /mąż przejawia każde z podanych zachowań ? Proszę posługiwać się następującymi kryteriami

- 1- nigdy
- 2- rzadko
- 3- czasami
- 4- często
- 5- zawsze (partner tak się zachowuje)

1	Mój partner interesuje się moimi sukcesami i problemami	1	2	3	4	5
2	Mój partner wyznaj mi swoje uczucia wobec mnie	1	2	3	4	5
3	Mój partner mnie krytykuje	1	2	3	4	5
4	Mój partner okazuje troskę o mnie	1	2	3	4	5
5	Mój partner prawi mi komplementy	1	2	3	4	5
6	Mój partner narzuca mi swoje zdanie	1	2	3	4	5
7	Mój partner udziela mi wsparcia psychicznego , emocjonalnego i duchowego	1	2	3	4	5
8	Mój partner przytula się do mnie i całuje mnie	1	2	3	4	5
9	Mój partner często mówi coś nieprzemyślanego czy przykrego dla mnie	1	2	3	4	5
10	Mój partner organizuje nasze wspólne wyjścia (do kina , kawiarni itp.) czy wyjazdy	1	2	3	4	5
11	Mój partner zachowuje się wobec mnie arogancko i opryskliwie	1	2	3	4	5
12	Mój partner popiera mnie w moim działaniu , poglądach itp.	1	2	3	4	5
13	Po konflikcie ze mną partner pierwszy wyciąga rękę na zgodę	1	2	3	4	5
14	Mój partner domaga się ode mnie uległości	1	2	3	4	5
15	Mój partner interesuje się moimi potrzebami	1	2	3	4	5
16	Mój partner mnie poniża	1	2	3	4	5
17	Mój partner dąży do kompromisu ze mną podczas różnych konfliktów	1	2	3	4	5
18	Mój partner podtrzymuje mnie na duchu	1	2	3	4	5

19	Mój partner zachowuje się ordynarnie wobec mnie	1	2	3	4	5
20	Mój partner mnie adoruje	1	2	3	4	5
21	Mój partner chwali mnie za wykonaną pracę	1	2	3	4	5
22	Mój partner prowokuje konflikty ze mną	1	2	3	4	5
23	Mój partner służy mi radą , gdy tego potrzebuję	1	2	3	4	5
24	Mój partner mnie rozwesela	1	2	3	4	5
25	Mój partner wybucha złością i krzyczy na mnie	1	2	3	4	5
26	Mój partner rozwiązuje problemy razem ze mną i podejmują ze mną decyzje „po partnersku”	1	2	3	4	5
27	Mój partner mnie obraża	1	2	3	4	5
28	Mój partner robi mi drobne, miłe niespodzianki	1	2	3	4	5
29	Mój partner dokucza mi (robi uszczypliwe uwagi, wyrzuty)	1	2	3	4	5
30	Mój partner pomaga mi , gdy tego potrzebuję (gdy jestem zmęczony, zmęczona , chora itp.)	1	2	3	4	5

Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS)

Wskaż w jakim stopniu zgadzasz się bądź nie zgadzasz się z każdym z poniższych twierdzeń otaczając kółkiem jedną z czterech możliwych odpowiedzi. Postaraj się określić to, co naprawdę sądzisz. Liczą się tylko szczerze odpowiedzi.

1-zdecydowanie nie, 2- raczej nie , 3- raczej tak , 4- zdecydowanie tak

	Spostrzegane dostępne wsparcie				
1	Są osoby, które naprawdę mnie lubią	1	2	3	4
2	Ilekoć źle się czuję, inni okazują mi, że czują do mnie sympatię	1	2	3	4
3	Ilekoć jestem smutny, są ludzie, którzy podnoszą mnie na duchu	1	2	3	4
4	Zawsze jest ktoś, kto mnie pociesza, kiedy tego potrzebuję	1	2	3	4
5	Znam osoby, na których zawsze mogę polegać	1	2	3	4
6	Kiedy jestem zmartwiony, jest ktoś kto mi pomoże	1	2	3	4
7	Są osoby, które oferują mi pomoc, kiedy jej potrzebuję	1	2	3	4
8	Kiedy przestaję dawać sobie ze wszystkim radę, wtedy są tacy, którzy mi pomogą	1	2	3	4
	Zapotrzebowania na wsparcie				
1	Kiedy jestem przygnębiony, potrzebuję kogoś, kto podniesie mnie na duchu	1	2	3	4
2	Ważną rzeczą jest dla mnie, by zawsze mieć kogoś, kto mnie wysłucha	1	2	3	4
3	Zanim podejmę ważne decyzje, koniecznie muszę zasięgnąć czyjejś opinii	1	2	3	4
4	Najlepiej daję sobie radę bez żadnej pomocy z zewnątrz	1	2	3	4
	Poszukiwanie wsparcia				
1	W krytycznych sytuacjach wolę poprosić innych o radę	1	2	3	4
2	Ilekoć jestem przygnębiony, szukam kogoś, kto podniesie mnie na duchu	1	2	3	4
3	Gdy jestem zmartwiony, szukam kogoś, z kim mógłbym porozmawiać	1	2	3	4
4	Jeśli nie wiem, jak sobie poradzić z sytuacją, pytam innych, co oni by zrobili	1	2	3	4
5	Ilekoć potrzebuję pomocy, proszę o nią	1	2	3	4

Proszę pomyśleć o osobie, która jest Panu/Pani najbliższa, takiej jak współmałżonek, partner, dziecko, przyjaciel lub ktoś inny.

1-zdecydowanie nie, 2- raczej nie , 3- raczej tak , 4- zdecydowanie tak

Jak ta osoba zachowywała się wobec Pana/Pani w ostatnim tygodniu?

	Aktualnie otrzymywane wsparcie				
1	Ta osoba okazała, że kocha mnie i akceptuje	1	2	3	4
2	Ta osoba była przy mnie, kiedy jej potrzebowałem	1	2	3	4
3	Ta osoba pocieszała mnie, kiedy czułem się źle	1	2	3	4
4	Ta osoba pozostawiła mnie samego	1	2	3	4
5	Ta osoba nie okazała wiele zrozumienia dla mojej sytuacji	1	2	3	4
6	Ta osoba narzekała na mnie	1	2	3	4
7	Ta osoba troszczyła się o wiele moich spraw	1	2	3	4
8	Ta osoba sprawiła, że czułem się wartościowy i ważny	1	2	3	4
9	Ta osoba wyrażała troskę o mój stan	1	2	3	4
10	Ta osoba zapewniła mnie, że mogę na nim/niej całkowicie polegać	1	2	3	4
11	Ta osoba pomogła mi znaleźć coś pozytywnego w mojej sytuacji	1	2	3	4
12	Ta osoba proponowała, co mógłbym zrobić, by nie myśleć o mojej sytuacji	1	2	3	4
13	Ta osoba zachęcała mnie, aby się nie poddawać	1	2	3	4
14	Ta osoba dbała o sprawy, których nie mogłem dopilnować osobiście	1	2	3	4
15	Ogólnie, jestem bardzo zadowolony/a z zachowania tej osoby	1	2	3	4
	Wsparcie buforująco-ochronne				
1	Ukrywałem przed nim/nią wszystkie złe wiadomości (pacjent)	1	2	3	4
2	Unikałem wszystkiego, co mogłoby go/ją zaniepokoić	1	2	3	4
3	Okazałem w jego obecności, że jestem silny	1	2	3	4
4	Nie dałem mu/jej poznać jak naprawdę źle się czuję i jaki jestem przygnębiony	1	2	3	4
5	Unikałem jakiegokolwiek krytykowania	1	2	3	4
6	Udawałem, że jestem bardzo silny, chociaż tak się nie czułem	1	2	3	4

