

# Ocena poziomu lęku u kobiet ciężarnych w kontekście wpływu uwarunkowań biologicznych, medycznych oraz środowiskowo-społecznych\*

## The assessment of anxiety in pregnant women in respect of biological, medical and socio-environmental factors

Dorota Branecka-Woźniak

Zakład Zdrowia Prokreacyjnego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie  
ul. Żołnierska 48, 71-210 Szczecin  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Rafał Kurzawa

### SUMMARY

**Introduction:** Anxiety in the perinatal period may lead to serious complications resulting in the pathological course of pregnancy, fear and disturbances of delivery, and postnatal emotional problems. The latter, if unsolved in this period, may contribute to the worsening of *relations between partners, between a mother and a child, and within a family*. They also deteriorate the psychological well-being of a woman. This thesis was aimed at assessing the occurrence of anxiety in pregnant women throughout each pregnancy trimester, and attempting to explain its biological, medical and social-environmental determinants. **Material and methods:** The material for this prospective longitudinal study consisted of 181 pregnant residents of Szczecin. Each woman was examined three times during pregnancy, once in each trimester. The research instruments were: a questionnaire of the author's own design and a standardized instrument – Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

**Conclusions:** 1. Anxiety level in the course of pregnancy is lowest in the second trimester. 2. In those women who during pregnancy complained of discomfort or worsened mood, and in those who experienced problems with sleeping, higher intensity of anxiety is noted throughout the whole period of pregnancy. 3. Such factors as unintended pregnancy, lack of family support, and disapproval of pregnancy by a partner or the community are associated with suffering from aggravated anxiety in each trimester of pregnancy. 4. Women who have a negative judgement of their housing situation and financial standing are at risk of high levels of anxiety throughout the whole pregnancy. 5. Perinatal education is connected with significantly lesser occurrence of anxiety in each trimester of pregnancy. 6. Failure to have a preventive medical examination prior to pregnancy (woman, man) is related to experiencing significantly higher level of anxiety in the first and third trimesters of pregnancy. **Key words:** perinatal period, anxiety, determinants

### STRESZCZENIE

**Wstęp:** Lęk w okresie okołoporodowym może prowadzić do poważnych zaburzeń w przebiegu ciąży, prowadząc do patologicznego jej przebiegu, do strachu przed porodem i zaburzeń w jego przebiegu czy zaburzeń emocjonalnych po porodzie. Problemy emocjonalne nie rozwiązywane w tym okresie, wpływają na pogorszenie relacji partnerskich, rodzinnych, relacji matka-dziecko i stanu psychicznego kobiety.

Celem pracy była ocena występowania lęku u kobiet ciężarnych w poszczególnych trymestrach ciąży oraz próba wyjaśnienia ich uwarunkowań z uwzględnieniem czynników biologicznych, medycznych i środowiskowo-społecznych.

**Materiał i metody:** Materiał do badań stanowiło 181 ciężarnych mieszkających w Szczecinie. Badania miały charakter prospektywny longitudinalny. Każda kobieta była badana 3-krotnie w czasie ciąży z uwzględnieniem poszczególnych trymestrów jej trwania. Narzędziem pomiaru była ankieta własnego autorstwa oraz standaryzowane narzędzie badawcze – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku Spielberga (STAI).

**Wnioski:** 1. Poziom lęku w przebiegu ciąży jest najniższy w drugim trymestrze jej trwania. 2. U kobiet, u których w czasie ciąży następuje pogorszenie samopoczucia fizycznego i/lub psychicznego oraz u kobiet mających problemy ze snem, przez okres całej ciąży stwierdza się wysokie nasilenie lęku. 3. Czynniki takie jak: ciąża nieplanowana, brak wsparcia rodzinnego i brak akceptacji ciąży przez partnera lub otoczenie związane są z wysokim odczuwaniem lęku w każdym okresie ciąży. 4. Kobiety, które oceniają negatywnie swoją sytuację mieszkaniową i materialną narażone są na wysoki poziom lęku w przebiegu całej ciąży. 5. Edukacja przedporodowa związana jest z istotnie niższym odczuwaniem lęku w każdym trymestrze ciąży. 6. Brak badań profilaktycznych przed ciążą (kobieta, mężczyzna) związany jest z istotnie wyższym odczuwaniem lęku w pierwszym i trzecim trymestrze ciąży.

**Słowa kluczowe:** ciąża, lęk, determinanty.

\*Zwięzła wersja rozprawy doktorskiej przyjętej przez Radę Wydziału Nauk o Zdrowiu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Promotor: prof. dr hab. n. zdr. Beata Karakiewicz. Oryginał obejmuje: 198 stron, 42 tabele, 16 rycin, 347 pozycji piśmiennictwa.

## WSTĘP

W czasie ciąży, porodu i połogu duże znaczenie mają stan zdrowia kobiety, relacje rodzinne, styl życia, warunkami socjoekonomiczne, a także czynnikami społeczno-zawodowe. Zmienne samopoczucie psychiczne i niestabilność nastrojów nasilające się w okresie ciąży, zarówno pozytywne: radość, zadowolenie, duma czy poczucie spełnienia, jak i negatywne: nerwowość, wybuchy złości, płaczliwość, strach przed nową rolą, są fizjologicznie wytłumaczalne, bo związane z ciążowymi zmianami hormonalnymi. Pojawianie się lęku w okresie okołoporodowym może prowadzić do poważnych zaburzeń w przebiegu samej ciąży oraz do patologicznego jej przebiegu, do strachu przed porodem i zaburzeń w jego przebiegu czy zaburzeń emocjonalnych po porodzie – depresji poporodowej lub urazu poporodowego. Problemy emocjonalne nierozwiązywane w tym okresie wpływają na pogorszenie relacji partnerskich, rodzinnych, relacji matka–dziecko i stanu psychicznego kobiety [1, 2, 3].

Celem pracy była ocena występowania lęku u kobiet ciężarnych w poszczególnych trymestrach ciąży oraz próba wyjaśnienia ich uwarunkowań z uwzględnieniem czynników biologicznych, medycznych i środowiskowo-społecznych.

## MATERIAŁ I METODY

Materiał do badań stanowiło 181 ciężarnych. Badania, miały charakter prospektywny longitudinalny i zostały przeprowadzone trój etapowo. Każda kobieta była badana 3-krotnie w czasie ciąży z uwzględnieniem poszczególnych trymestrów jej trwania. Do badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego przy użyciu kwestionariuszy ankiet. Wykorzystano standaryzowane narzędzie badawcze – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku Spielbergera (STAI) – przeznaczone do badania lęku rozumianego jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki oraz lęku rozumianego jako względnie stała cecha osobowości, a także autorski kwestionariusz Wywiadu Rodzinnego dla Ciężarnych, opracowany na potrzeby badań, składający się z 43 pytań i podzielony na 4 wywiady – ogólny, położniczy, okołoporodowy, społeczno-środowiskowy. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego PQStat ver. 1.4.2.324, stosując: tabele 2-dzielcze, test  $\chi^2$ , test t-Studenta, test U Manna-Whitneya, test Kruskala-Wallis, korelacje rangowe Spearmana. W zależności od wartości otrzymanego poziomu istotności przyjęto następujące klasyfikacje:  $p > 0,05$  – różnice nieistotne statystycznie,  $p < 0,05$  – różnice istotne statystycznie,  $p < 0,01$  – różnice bardzo istotne statystycznie,  $p < 0,001$  – różnice wysoce istotne statystycznie.

TABELA 2. Poziom lęku STAI (X-2) cechy i poziom lęku STAI (X-1) stanu u ciężarnych w kolejnych trymestrach ciąży

Lęk	STAI X-2 cecha		STAI X-1 stan (I)		STAI X-1 stan (II)		STAI X-1 stan (III)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Wysoki	43	23,8	99	54,7	83	46,4	108	59,7
Średni	65	35,9	53	29,3	61	34,1	52	28,7
Niski	73	40,3	29	16,0	35	19,5	21	11,6

## WYNIKI

Wśród ciężarnych uczestniczących w badaniach 56,90% było mężatkami, 42,1% żyło w związkach nieformalnych, 46,97% posiadało wykształcenie wyższe, a tylko 4,97% wykształcenie podstawowe. Aktywnych zawodowo było 76,80% kobiet (tab. 1).

TABELA 1. Dane socjodemograficzne badanych ciężarnych

Zmienna	Wartość zmiennej	n	%
Stan cywilny	mężatka	103	56,90
	panna	34	18,78
	stan wolny	12	6,62
	konkubinat	32	17,70
Wykształcenie	wyższe	85	46,97
	licencjat	19	10,49
	średnie	50	27,63
	zawodowe	18	9,94
Praca zawodowa	podstawowe	9	4,97
	pracuje	139	76,80
	nie pracuje	37	20,44
	uczy się	5	2,76

### 1. Ocena poziomu lęku w poszczególnych trymestrach ciąży

Wysoki poziom „lęku jako cechy” wystąpił u 23,8% ankietowanych kobiet, średni u 35,9%, natomiast niski stwierdzono u 40,33%. Analiza wysokiego poziomu „lęku jako stanu” wykazała, że najczęściej wystąpił on u ciężarnych w III trymestrze – 59,7%, równie często w I trymestrze – 54,7%, natomiast w II trymestrze tylko u 46,4% kobiet. Średni poziom lęku utrzymywał się u kobiet prawie na identycznym poziomie we wszystkich trymestrach 28,7–34,1%. Niski poziom „lęku jako stanu” stwierdzono najczęściej w II trymestrze u 19,5% kobiet, natomiast w III trymestrze zdiagnozowano go u najmniejszej liczby ciężarnych (tab. 2).

Stwierdzono wysoce istotną ( $p < 0,001$ ) dodatnią korelację na wysokim poziomie między „lękiem jako cechą” a nasileniem „lęku jako stanu” w poszczególnych trymestrach ciąży badanych. Kobiety, u których wystąpił „lęk jako cecha”, charakteryzowały się większym nasileniem „lęku jako stanu” we wszystkich trzech trymestrach ciąży (tab. 3).

Wykazano wysoce istotną zmianę wyników „lęku jako stanu” w kolejnych trymestrach polegającą na spadku poziomu lęku w trymestrze II w porównaniu do I oraz ponowny wzrost poziomu lęku w ostatnim trymestrze ciąży (tab. 4).

**TABELA 3.** Korelacja między „lękiem jako cechą” a nasileniem „lęku jako stanu” w poszczególnych trymestrach ciąży badanych kobiet

Parametry	n	R	t(N-2)	p
STAI X-2 cecha i STAI X-1 stan (I)	181	0,706209	13,34517	<0,001
STAI X-2 cecha i STAI X-1 stan (II)	181	0,640325	11,09091	<0,001
STAI X-2 cecha i STAI X-1 stan (III)	181	0,613241	10,38696	<0,001

n – liczba badanych; R – współczynnik korelacji rang Spearmana; t(N-2) – statystyka testu sprawdzającego istotność współczynnika korelacji R; p – poziom istotności statystycznej.

**TABELA 4.** Statystyki opisowe „lęku jako stanu” (STAI X-1) w poszczególnych trymestrach ciąży badanych kobiet

Lęk	$\bar{x} \pm SD$	Me	Min.–Maks.	Q <sub>1</sub> –Q <sub>3</sub>	$\chi^2$	p
STAI X-1 stan (I)	6,5 ±1,9	7,0	3–10	5–8	30,35	<0,001
STAI X-1 stan (II)	6,2 ±1,9	6,0	1–10	5–8		
STAI X-1 stan (III)	6,7 ±1,7	7,0	3–10	6–8		

$\bar{x} \pm SD$  – średnia i odchylenie standardowe; Me – mediana; Min. – wartość minimalna; Maks. – wartość maksymalna; Q<sub>1</sub> – kwartył dolny; Q<sub>3</sub> – kwartył górny;  $\chi^2$  – test chi<sup>2</sup>; p – poziom istotności statystycznej.

**TABELA 5.** Analiza występowania „lęku jako cechy” i „lęku jako stanu” u ciężarnych w trzech trymestrach ciąży z uwzględnieniem problemów ze snem

Parametry	n	$\bar{x} \pm SD$	Min.–Max.	Q <sub>1</sub> –Q <sub>3</sub>	Me	MW	p	
STAI X-2 cecha	tak	107	5,8 ±1,9	1–10	4–7	6,0	-4,58	<0,001
	nie	74	4,3 ±1,9	1–10	3–6	4,0		
STAI X-1 stan (I)	tak	107	7,2 ±1,7	3–10	6–8	7,0	-3,64	<0,001
	nie	74	6,1 ±1,8	3–10	5–7	6,0		
STAI X-1 stan (II)	tak	107	7,0 ±1,7	3–10	6–8	7,0	-4,75	<0,001
	nie	74	5,6 ±1,8	1–10	4–7	6,0		
STAI X-1 stan (III)	tak	107	7,4 ±1,8	3–10	6–8	8,0	-4,36	<0,001
	nie	74	6,3 ±1,5	3–9	5–7	7,0		

n – liczba badanych;  $\bar{x} \pm SD$  – średnia i odchylenie standardowe; Min. – wartość minimalna; Max. – wartość maksymalna; Q<sub>1</sub> – kwartył dolny; Q<sub>3</sub> – kwartył górny; Me – mediana; MW – test U Manna-Whitneya; p – poziom istotności statystycznej

**TABELA 6.** Analiza występowania „lęku jako cechy” i „lęku jako stanu” u ciężarnych w trzech trymestrach ciąży z uwzględnieniem samopoczucia fizycznego w ciąży

Parametry	n	$\bar{x} \pm SD$	Min.–Maks.	Q <sub>1</sub> –Q <sub>3</sub>	Me	MW	p	
STAI X-2 cecha	dobrze	95	4,5 ±1,9	1–10	3–6	5,0	-2,93	<0,01
	pogorszyło się	86	5,4 ±2,1	1–10	4–7	6,0		
STAI X-1 stan (I)	dobrze	95	6,0 ±1,7	3–10	5–7	6,0	-4,19	<0,001
	pogorszyło się	86	7,1 ±1,8	3–10	6–8	7,0		
STAI X-1 stan (II)	dobrze	95	5,6 ±1,8	1–10	4–7	6,0	-3,96	<0,001
	pogorszyło się	86	6,8 ±1,7	3–10	5–8	7,0		
STAI X-1 stan (III)	dobrze	95	6,1 ±1,5	3–10	5–7	6,0	-4,93	<0,001
	pogorszyło się	86	7,3 ±1,6	3–10	7–8	8,0		

n – liczba badanych;  $\bar{x} \pm SD$  – średnia i odchylenie standardowe; Min. – wartość minimalna; Maks. – wartość maksymalna; Q<sub>1</sub> – kwartył dolny; Q<sub>3</sub> – kwartył górny; Me – mediana; MW – test U Manna-Whitneya; p – poziom istotności statystycznej

## 2. Analiza czynników biologicznych warunkujących występowanie lęku w poszczególnych trymestrach ciąży

Analiza danych wykazała różnice istotne statystycznie ( $p < 0,001$ ) w występowaniu „lęku jako cechy” u kobiet ciężarnych z zależności od obecności problemów ze snem. U kobiet, które zgłaszały problemy ze snem „lęk jako cecha” występował na istotnie wyższym poziomie. Również w przypadku „lęku jako stanu” wykazano istotnie wyższy poziom u kobiet, które miały problemy ze snem. Dotyczyło to wszystkich trzech trymestrów ciąży (tab. 5).

Analiza danych wykazała różnice istotne statystycznie ( $<0,01$ ) w występowaniu „lęku jako cechy” u kobiet ciężarnych w zależności od oceny samopoczucia fizycznego w ciąży. Kobiety, u których występowało pogorszenie samopoczucia fizycznego w ciąży, „lęk jako cecha” występował na istotnie wyższym poziomie. U kobiet, u których pogorszyło się samopoczucie w ciąży, „lęk jako stan” występował na istotnie wyższym poziomie ( $p < 0,001$ ) we wszystkich trzech trymestrach ciąży (tab. 6).

Analiza danych wykazała różnice istotne statystycznie ( $p < 0,001$ ) w występowaniu „lęku jako cechy” u kobiet

TABELA 7. Analiza występowania „lęku jako cechy” i „lęku jako stanu” u ciężarnych w trzech trymestrach ciąży z uwzględnieniem samopoczucia psychicznego w ciąży

Parametry	n	$\bar{x} \pm SD$	Min.–Maks.	Q <sub>1</sub> –Q <sub>3</sub>	Me	MW	p	
STAI X-2 cecha	pozytywne	57	4,3 ±1,7	1–7	3–5,5	4,5	5,99	<0,001
	negatywne	124	6,3 ±2,1	1–10	5–8	6,0		
STAI X-1 stan (I)	pozytywne	57	5,9 ±1,6	3–10	5–7	6,0	6,74	<0,001
	negatywne	124	7,8 ±1,5	3–10	7–9	8,0		
STAI X-1 stan (II)	pozytywne	57	5,6 ±1,8	1–10	4–7	6,0	5,31	<0,001
	negatywne	124	7,2 ±1,5	3–10	6–8	8,0		
STAI X-1 stan (III)	pozytywne	57	6,0 ±1,5	3–9	5–9	6,0	7,14	<0,001
	negatywne	124	8,0 ±1,2	5–10	7–9	8,0		

n – liczba badanych;  $\bar{x} \pm SD$  – średnia i odchylenie standardowe; Min. – wartość minimalna; Maks. – wartość maksymalna; Q<sub>1</sub> – kwartył dolny; Q<sub>3</sub> – kwartył górny; Me – mediana; MW – test U Manna–Whitneya; p – poziom istotności statystycznej

ciężarnych w zależności od oceny samopoczucia psychicznego w ciąży. Kobiety, które miały dobre, pozytywne samopoczucie, odczuwały lęk na niższym poziomie. Kobiety, które oceniały swoje samopoczucie psychiczne negatywnie, odczuwały „lęk jako stan” na istotnie wyższym poziomie ( $p < 0,001$ ) we wszystkich trzech trymestrach ciąży (tab. 7).

### 3. Analiza czynników medycznych warunkujących występowanie lęku w poszczególnych trymestrach ciąży

Analiza danych wykazała wysoce istotne statystycznie różnice ( $p < 0,01$ ) w występowaniu „lęku jako cechy” u kobiet ciężarnych z uwzględnieniem wykonywania badań profilaktycznych przez męża (partnera) przed ciążą. U kobiet, których partnerzy nie wykonywali badań profilaktycznych, „lęk jako cecha” występował na istotnie wyższym poziomie. Również w przypadku „lęku jako stanu” wykazano istotnie wyższy poziom lęku u kobiet, których partnerzy nie stosowali profilaktyki. Dotyczyło to I i III trymestru ciąży (tab. 8).

Analiza danych wykazała wysoce istotne statystycznie różnice ( $p < 0,001$ ) w występowaniu „lęku jako cechy” u kobiet ciężarnych z uwzględnieniem wykonywania badań laboratoryjnych przez męża (partnera) przed ciążą. U kobiet, których partnerzy nie wykonywali badań laboratoryjnych, „lęk jako cecha” występował na istotnie wyższym poziomie. Również w przypadku „lęku jako stanu” wykazano istotnie wyższy poziom lęku u kobiet, których partnerzy nie wykonywali badań laboratoryjnych. Dotyczyło to wszystkich trzech trymestrów ciąży (tab. 9).

Analiza danych wykazała różnice istotne statystycznie ( $p < 0,01$ ) w występowaniu „lęku jako cechy” u kobiet ciężarnych z uwzględnieniem wykonywania samobadania piersi przez ciężarną przed ciążą. U kobiet, które nie wykonywały samobadania piersi, „lęk jako cecha” występował na istotnie wyższym poziomie ( $p < 0,01$ ). U kobiet, które nie wykonywały samobadania piersi „lęk jako stan” występował na istotnie wyższych poziomach:  $p < 0,001$  w III trymestrze ciąży,  $p < 0,01$  w I i II trymestrze ciąży (tab. 10).

Analiza danych wykazała różnice istotne statystycznie ( $<0,001$ ) w występowaniu „lęku jako cechy” i „lęku jako stanu” w I trymestrze ciąży u kobiet z uwzględnieniem przygotowania do porodu w poprzedniej ciąży. W przypadku II i III trymestru

nie wykazano różnic istotnych statystycznie w nasileniu lęku u kobiet ciężarnych ( $>0,05$ ) – tabela 11.

### 4. Analiza czynników środowiskowo-społecznych warunkujących występowanie lęku w poszczególnych trymestrach ciąży

Analiza danych wykazała różnice istotne statystycznie ( $<0,01$ ) w występowaniu „lęku jako cechy” u kobiet ciężarnych w zależności od rodzaju warunków mieszkaniowych. U kobiet, które deklarowały gorsze warunki mieszkaniowe, „lęk jako cecha” występował na istotnie wyższym poziomie. U kobiet z gorszymi warunkami mieszkaniowymi, „lęk jako stan” występował na istotnie wyższym poziomie ( $p < 0,001$ ) we wszystkich trzech trymestrach ciąży (tab. 12).

Analiza danych wykazała różnice istotne statystycznie ( $p < 0,001$ ) w występowaniu „lęku jako cechy” u kobiet ciężarnych z uwzględnieniem sytuacji materialnej. Kobiety, których sytuacja materialna była dobra, odczuwały lęk na niższym poziomie. Kobiety, których sytuacja materialna była trudna, odczuwały „lęk jako stan” na istotnie wyższym poziomie ( $p < 0,001$ ) we wszystkich trzech trymestrach ciąży (tab. 13).

Analiza danych wykazała różnice istotne statystycznie ( $p < 0,001$ ) w występowaniu „lęku jako cechy” u kobiet ciężarnych w zależności od otrzymywanego wsparcia rodzinnego w ciąży. Kobiety, które miały wsparcie rodzinne, odczuwały lęk na niższym poziomie. Kobiety, które nie miały wsparcia rodzinnego w ciąży, odczuwały „lęk jako stan” na istotnie wyższym poziomie ( $p < 0,001$ ) we wszystkich trzech trymestrach ciąży (tab. 14).

Analiza danych wykazała różnice istotne statystycznie ( $p < 0,001$ ) w występowaniu „lęku jako cechy” u kobiet ciężarnych z uwzględnieniem planowania obecnej ciąży. Kobiety, u których ciąża była planowana, odczuwały lęk na niższym poziomie. Kobiety z nieplanowaną ciążą odczuwały „lęk jako stan” na istotnie wyższym poziomie we wszystkich trzech trymestrach ciąży (tab. 15).

Analiza danych wykazała różnice istotne statystycznie ( $p < 0,001$ ) w występowaniu „lęku jako cechy” u kobiet ciężarnych z uwzględnieniem akceptacji sytuacji przez męża (partnera). Kobiety, których ciąża była akceptowana przez partnera, odczuwały lęk na niższym poziomie. Kobiety, których ciąża nie była w pełni akceptowana przez partnera, odczuwały „lęk jako

**TABELA 8.** Analiza występowania „lęku jako cechy” i „lęku jako stanu” u ciężarnych w trzech trymestrach ciąży z uwzględnieniem wykonywania badań profilaktycznych przez męża (partnera)

Parametry	n	$\bar{x} \pm SD$	Min.–Maks.	Q <sub>1</sub> –Q <sub>3</sub>	Me	MW	p
STAI X-2 cecha	tak	110	4,5 ±1,8	1–9	3–6	5,0	<0,01
	nie	71	5,4 ±2,3	1–10	4–7	6,0	
STAI X-1 stan (I)	tak	110	6,2 ±1,8	3–10	5–7	6,0	-2,84
	nie	71	7,0 ±1,8	3–10	6–8	7,0	
STAI X-1 stan (II)	tak	110	5,9 ±1,8	1–10	5–7	6,0	-2,37
	nie	71	6,6 ±1,8	3–10	5–8	7,0	
STAI X-1 stan (III)	tak	110	6,3 ±1,6	3–10	5–8	7,0	-3,06
	nie	71	7,1 ±1,7	3–10	6–8	7,0	

n – liczba badanych;  $\bar{x} \pm SD$  – średnia i odchylenie standardowe; Min. – wartość minimalna; Maks. – wartość maksymalna; Q<sub>1</sub> – kwartył dolny; Q<sub>3</sub> – kwartył górny; Me – mediana; MW – test U Manna-Whitneya; p – poziom istotności statystycznej.

**TABELA 9.** Analiza występowania „lęku jako cechy” i „lęku jako stanu” u ciężarnych w trzech trymestrach ciąży z uwzględnieniem wykonywania badań laboratoryjnych przez męża (partnera)

Parametry	n	$\bar{x} \pm SD$	Min.–Maks.	Q <sub>1</sub> –Q <sub>3</sub>	Me	MW	p
STAI X-2 cecha	tak	119	4,5 ±1,8	1–9	3–6	5,0	<0,001
	nie	62	5,7 ±2,3	1–10	4–7	6,0	
STAI X-1 stan (I)	tak	119	6,1 ±1,8	3–10	5–7	6,0	-4,31
	nie	62	7,3 ±1,7	3–10	6–9	8,0	
STAI X-1 stan (II)	tak	119	5,9 ±1,8	1–10	5–7	6,0	-2,91
	nie	62	6,7 ±1,8	3–10	6–8	7,0	
STAI X-1 stan (III)	tak	119	6,3 ±1,6	3–10	5–7	7,0	-3,77
	nie	62	7,3 ±1,7	3–10	6–8	8,0	

n – liczba badanych;  $\bar{x} \pm SD$  – średnia i odchylenie standardowe; Min. – wartość minimalna; Maks. – wartość maksymalna; Q<sub>1</sub> – kwartył dolny; Q<sub>3</sub> – kwartył górny; Me – mediana; MW – test U Manna-Whitneya; p – poziom istotności statystycznej.

**TABELA 10.** Analiza występowania „lęku jako cechy” i „lęku jako stanu” u ciężarnych w trzech trymestrach ciąży z uwzględnieniem wykonywania samobadania piersi przez ciężarną przed ciążą

Parametry	n	$\bar{x} \pm SD$	Min.–Maks.	Q <sub>1</sub> –Q <sub>3</sub>	Me	MW	p
STAI X-2 cecha	tak	129	4,6 ±2,1	1–10	3–6	5,0	2,96
	nie	52	5,7 ±1,9	1–10	4–7	6,0	
STAI X-1 stan (I)	tak	129	6,2 ±1,8	3–10	5–8	6,0	2,98
	nie	52	7,2 ±1,8	3–10	6–9	7,0	
STAI X-1 stan (II)	tak	129	5,9 ±1,9	1–10	5–7	6,0	3,11
	nie	52	6,8 ±1,6	3–10	6–8	7,0	
STAI X-1 stan (III)	tak	129	6,4 ±1,6	3–10	5–8	7,0	3,47
	nie	52	7,3 ±1,7	3–10	7–8	8,0	

n – liczba badanych;  $\bar{x} \pm SD$  – średnia i odchylenie standardowe; Min. – wartość minimalna; Maks. – wartość maksymalna; Q<sub>1</sub> – kwartył dolny; Q<sub>3</sub> – kwartył górny; Me – mediana; MW – test U Manna-Whitneya; p – poziom istotności statystycznej.

**TABELA 11.** Analiza występowania „lęku jako cechy” i „lęku jako stanu” u ciężarnych w trzech trymestrach ciąży z uwzględnieniem przygotowania do porodu w poprzedniej ciąży

Parametry	n	$\bar{x} \pm SD$	Min.–Maks.	Q <sub>1</sub> –Q <sub>3</sub>	Me	MW	p
STAI X-2 cecha	tak	60	4,3 ±1,8	1–7	3–6	5,0	2,60
	nie	38	5,5 ±2,2	1–10	4–7	6,0	
STAI X-1 stan (I)	tak	60	5,7 ±1,7	3–9	4–7	6,0	3,43
	nie	38	7,1 ±1,8	3–10	6–8	7,0	
STAI X-1 stan (II)	tak	60	6,3 ±1,7	3–10	5–8	6,0	0,75
	nie	38	6,5 ±1,9	1–10	6–8	7,0	
STAI X-1 stan (III)	tak	60	6,5 ±1,5	3–9	5–9	7,0	0,87
	nie	38	6,8 ±1,8	3–10	6–8	7,0	

n – liczba badanych;  $\bar{x} \pm SD$  – średnia i odchylenie standardowe; Min. – wartość minimalna; Maks. – wartość maksymalna; Q<sub>1</sub> – kwartył dolny; Q<sub>3</sub> – kwartył górny; Me – mediana; MW – test U Manna-Whitneya; p – poziom istotności statystycznej.

**TABELA 12.** Analiza występowania „lęku jako cechy” i „lęku jako stanu” u ciężarnych w trzech trymestrach ciąży z uwzględnieniem rodzaju warunków mieszkaniowych

Parametry	n	$\bar{x} \pm SD$	Min.–Maks.	Q <sub>1</sub> –Q <sub>3</sub>	Me	H	p	
STAI X-2 cecha	bardzo dobre	73	4,5 ±2,0	1–9	3–6	5,0	10,66	<0,01
	dobre	90	4,9 ±1,9	1–9	4–6	5,0		
	bez wygod	18	6,3 ±2,6	1–10	5–8	7,0		
STAI X-1 stan (I)	bardzo dobre	73	6,2 ±1,7	3–10	5–7	6,0	13,04	<0,01
	dobre	90	6,4 ±1,8	3–10	5–8	7,0		
	bez wygod	18	7,9 ±1,8	3–10	7–9	8,0		
STAI X-1 stan (II)	bardzo dobre	73	5,8 ±1,8	1–9	4–7	6,0	14,93	<0,001
	dobre	90	6,1 ±1,7	3–10	5–7	6,0		
	bez wygod	18	7,6 ±1,5	3–9	7–9	8,0		
STAI X-1 stan (III)	bardzo dobre	73	6,2 ±1,6	3–10	5–7	6,0	20,48	<0,001
	dobre	90	6,8 ±1,6	3–10	6–8	7,0		
	bez wygod	18	8,0 ±1,6	3–10	8–9	8,0		

n – liczba badanych;  $\bar{x} \pm SD$  – średnia i odchylenie standardowe; Min. – wartość minimalna; Maks. – wartość maksymalna; Q<sub>1</sub> – kwartył dolny; Q<sub>3</sub> – kwartył górny; Me – mediana; H – test Kruskala–Wallisa; p – poziom istotności statystycznej.

**TABELA 13.** Analiza występowania „lęku jako cechy” i „lęku jako stanu” u ciężarnych w trzech trymestrach ciąży z uwzględnieniem sytuacji materialnej

Parametry	n	$\bar{x} \pm SD$	Min.–Maks.	Q <sub>1</sub> –Q <sub>3</sub>	Me	H	p	
STAI X-2 cecha	bardzo dobra	31	3,8 ±2,2	1–9	2–6	4,0	23,87	<0,001
	dobra	109	4,7 ±1,8	1–9	4–6	5,0		
	niewystarczająca	41	6,1 ±1,9	1–10	5–7	6,0		
STAI X-1 stan (I)	bardzo dobra	31	5,9 ±1,9	3–9	5–7	6,0	18,04	<0,001
	dobra	109	6,2 ±1,7	3–10	5–7	6,0		
	niewystarczająca	41	7,5 ±1,7	3–10	7–9	8,0		
STAI X-1 stan (II)	bardzo dobra	31	5,3 ±2,0	1–9	3–7	5,0	20,01	<0,001
	dobra	109	6,0 ±1,7	3–10	5–7	6,0		
	niewystarczająca	41	7,2 ±1,5	3–9	6–8,5	8,0		
STAI X-1 stan (III)	bardzo dobra	31	5,6 ±1,6	3–9	4–7	6,0	27,95	<0,001
	dobra	109	6,6 ±1,5	3–10	6–8	7,0		
	niewystarczająca	41	7,7 ±1,7	3–10	7–9	8,0		

n – liczba badanych;  $\bar{x} \pm SD$  – średnia i odchylenie standardowe; Min. – wartość minimalna; Maks. – wartość maksymalna; Q<sub>1</sub> – kwartył dolny; Q<sub>3</sub> – kwartył górny; Me – mediana; H – test Kruskala–Wallisa; p – poziom istotności statystycznej.

**TABELA 14.** Analiza występowania „lęku jako cechy” i „lęku jako stanu” u ciężarnych w trzech trymestrach ciąży z uwzględnieniem wsparcia rodzinnego

Parametry	n	$\bar{x} \pm SD$	Min.–Maks.	Q <sub>1</sub> –Q <sub>3</sub>	Me	MW	p	
STAI X-2 cecha	tak	156	4,5 ±1,9	1–9	3–6	5,0	5,33	<0,001
	nie	25	7,1 ±1,8	3–10	6–8	7,0		
STAI X-1 stan (I)	tak	156	6,2 ±1,7	3–10	5–7	6,0	5,31	<0,001
	nie	25	8,3 ±1,4	5–10	8–9	8,0		
STAI X-1 stan (II)	tak	156	5,9 ±1,7	1–10	5–7	6,0	5,10	<0,001
	nie	25	7,9 ±1,5	3–10	8–9	8,0		
STAI X-1 stan (III)	tak	156	6,4 ±1,6	3–10	5,5–8	7,0	4,52	<0,001
	nie	25	8,2 ±1,5	4–10	8–10	8,0		

n – liczba badanych;  $\bar{x} \pm SD$  – średnia i odchylenie standardowe; Min. – wartość minimalna; Maks. – wartość maksymalna; Q<sub>1</sub> – kwartył dolny; Q<sub>3</sub> – kwartył górny; Me – mediana; MW – test U Manna–Whitneya; p – poziom istotności statystycznej.

stan” na istotnie wyższym poziomie ( $p < 0,001$ ) we wszystkich trzech trymestrach ciąży (tab. 16).

Analiza danych wykazała różnice istotne statystycznie ( $p < 0,001$ ) w występowaniu „lęku jako cechy” u kobiet ciężarnych z uwzględnieniem reakcji otoczenia na ciążę. Kobiety,

których ciąża była pozytywnie odbierana przez otoczenie, odczuwały lęk na niższym poziomie. Kobiety, których ciąża nie była pozytywnie odbierana przez otoczenie, odczuwały „lęk jako stan” na istotnie wyższym poziomie ( $p < 0,001$ ) we wszystkich trzech trymestrach ciąży (tab. 17).

TABELA 15. Analiza występowania „lęku jako cechy” i „lęku jako stanu” u ciężarnych w trzech trymestrach ciąży z uwzględnieniem planowania ciąży

Parametry	n	$\bar{x} \pm SD$	Min.–Maks.	Q <sub>1</sub> –Q <sub>3</sub>	Me	MW	p	
STAI X-2 cecha	nieplanowana	65	5,6 ±2,3	1–10	4–7	6,0	3,46	<0,001
	planowana	116	4,5 ±1,9	1–9	3–6	5,0		
STAI X-1 stan (I)	nieplanowana	65	7,0 ±1,9	3–10	6–8	7,0	2,93	<0,01
	planowana	116	6,2 ±1,7	3–10	5–7	6,0		
STAI X-1 stan (II)	nieplanowana	65	6,9 ±1,6	3–10	6–8	7,0	3,97	<0,001
	planowana	116	5,7 ±1,8	1–10	4–7	6,0		
STAI X-1 stan (III)	nieplanowana	65	7,2 ±1,6	3–10	6–8	8,0	3,36	<0,001
	planowana	116	6,3 ±1,6	3–10	5–8	7,0		

n – liczba badanych;  $\bar{x} \pm SD$  – średnia i odchylenie standardowe; Min. – wartość minimalna; Maks. – wartość maksymalna; Q<sub>1</sub> – kwartył dolny; Q<sub>3</sub> – kwartył górny; Me – mediana; MW – test U Manna–Whitneya; p – poziom istotności statystycznej.

TABELA 16. Analiza występowania „lęku jako cechy” i „lęku jako stanu” u ciężarnych w trzech trymestrach ciąży z uwzględnieniem akceptacji sytuacji przez męża(partnera)

Parametry	n	$\bar{x} \pm SD$	Min.–Maks.	Q <sub>1</sub> –Q <sub>3</sub>	Me	H	p	
STAI X-2 cecha	akceptuje	165	4,7 ±2,0	1–10	3–6	5,0	23,86	<0,001
	raczej nie	15	7,5 ±1,3	6–10	6,5–8,5	7,0		
	nie	4	8,0 ±0,0	8–8	8–8	8,0		
STAI X-1 stan (I)	akceptuje	165	6,3 ±1,8	3–10	5–8	7,0	22,50	<0,001
	raczej nie	15	8,5 ±1,0	7–10	8–9	9,0		
	nie	4	9,5 ±0,7	9–10	9–10	9,5		
STAI X-1 stan (II)	akceptuje	165	6,0 ±1,8	1–10	5–7	6,0	24,00	<0,001
	raczej nie	15	8,3 ±0,6	7–9	8–9	8,0		
	nie	4	9,0 ±0,0	9–9	9–9	9,0		
STAI X-1 stan (III)	akceptuje	165	6,5 ±1,6	3–10	6–8	7,0	24,71	<0,001
	raczej nie	15	8,5 ±0,7	8–10	8–9	8,0		
	nie	4	10,0 ±0,0	10–10	10–10	10,0		

n – liczba badanych;  $\bar{x} \pm SD$  – średnia i odchylenie standardowe; Min. – wartość minimalna; Maks. – wartość maksymalna; Q<sub>1</sub> – kwartył dolny; Q<sub>3</sub> – kwartył górny; Me – mediana; H – test Kruskala–Wallisa; p – poziom istotności statystycznej.

TABELA 17. Analiza występowania „lęku jako cechy” i „lęku jako stanu” u ciężarnych w trzech trymestrach ciąży z uwzględnieniem reakcji otoczenia na ciążę

Parametry	n	$\bar{x} \pm SD$	Min.–Maks.	Q <sub>1</sub> –Q <sub>3</sub>	Me	H	p	
STAI X-2 cecha	negatywne	13	7,5 ±1,3	5–10	7–8	8,0	27,51	<0,001
	bez zmian	14	6,2 ±1,8	3–9	5–8	6,0		
	pozytywne	154	4,6 ±1,9	1–10	3–6	5,0		
STAI X-1 stan (I)	negatywne	13	8,8 ±1,1	7–10	8–10	9,0	26,42	<0,001
	bez zmian	14	7,3 ±1,5	4–9	7–9	7,5		
	pozytywne	154	6,2 ±1,7	3–10	5–8	6,0		
STAI X-1 stan (II)	negatywne	13	8,3 ±0,8	7–10	8–9	8,0	31,70	<0,001
	bez zmian	14	7,6 ±1,4	5–9	6–9	8,0		
	pozytywne	154	5,8 ±1,8	1–10	5–10	6,0		
STAI X-1 stan (III)	negatywne	13	8,6 ±1,0	7–10	8–10	8,0	35,21	<0,001
	bez zmian	14	8,2 ±1,2	6–10	7–10	8,0		
	pozytywne	154	6,3 ±1,6	3–10	5–10	7,0		

n – liczba badanych;  $\bar{x} \pm SD$  – średnia i odchylenie standardowe; Min. – wartość minimalna; Maks. – wartość maksymalna; Q<sub>1</sub> – kwartył dolny; Q<sub>3</sub> – kwartył górny; Me – mediana; H – test Kruskala–Wallisa; p – poziom istotności statystycznej.

## DYSKUSJA

W życiu każdej kobiety ciąża to okres, który prowadzi do wielu zmian w organizmie, nie tylko anatomicznych, fizjologicznych czy endokrynych, ale również psychologicznych [4, 5]. Zdrowie psychiczne, w tym również stan emocjonalny kobiety ciężarnej, pozostaje nie bez znaczenia dla rozwoju płodu, przebiegu porodu oraz adaptacji matki w samym okresie poporodowym. Nie bez znaczenia pozostaje obniżenie samopoczucia psychicznego w czasie ciąży, które może być czynnikiem sprawczym zarówno porodu przedwczesnego, jak i porodu po terminie [6]. Największe ryzyko różnych nieprawidłowości w przebiegu ciąży daje połączenie wysokiego poziomu lęku z depresją [7]. Najnowsze badania *Wishmana i wsp.* potwierdzają związki między objawami lęku i depresji a wskaźnikami przystosowania matek [8]. Wysoki poziom stresu, czy też występowanie zaburzeń lękowych u kobiety podczas ciąży stanowią czynnik ryzyka zaburzeń dziecka zarówno w okresie niemowlęcym, jak i w wieku późniejszym, a u dzieci starszych mogą być przyczyną lęku separacyjnego, zaburzeń zachowania lub też ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder*) [6]. Większość badań dostępnych w piśmiennictwie dotyczy analizy jednego z trzech trymestrów ciąży [9, 10]. Longitudinalna analiza badań własnych dotyczących występowania lęku oraz ich determinantów prowadzona w I, II i III trymestrze ciąży pozwala na szersze zrozumienie wpływu czynników na przebieg ciąży oraz stan psychiczny kobiety. Badania *Lee i wsp.*, jako jedne z nielicznych o charakterze długofalowym, dotyczące występowania lęku i depresji u kobiet w ciąży wykazały, że częstość występowania lęku w poszczególnych trymestrach ciąży przewyższała 30% [11]. W badaniach własnych wysoki poziom „lęku jako cechy” występował u 23,76%, a niski u 40,33% kobiet. Uwzględniono również poziomy „lęku jako stanu” (wysoki, średni, niski) w poszczególnych trymestrach ciąży. W I trymestrze ciąży wysoki poziom lęku miało 54,7%, niski – 16,02% badanych. W II trymestrze wysoki poziom lęku dotyczył 46,37% kobiet. Natomiast w III trymestrze ciąży aż 59,67% ciężarnych miało wysoki poziom lęku, a tylko 11,6% charakteryzowało się niskim jego poziomem (tab. 2). Odmiennie wyniki, w których kobiety charakteryzował lęk i depresja o łagodnym nasileniu, uzyskała *Moryłowska-Topolska* [12]. W badaniach tych wysoki poziom lęku w I trymestrze występował u 21,6%, a w II trymestrze u 16,6% kobiet [12]. Wykazano, że natężenie lęku nie jest jednakowe podczas całego okresu ciąży [13]. Udowodniono, że w I i III trymestrze jest ono stosunkowo wysokie, a wyraźnie obniża się w II trymestrze, co potwierdzają wyniki badań własnych ( $p < 0,0001$ ) – tabela 4. Stwierdzono, że ciężarne z wysokim poziomem „lęku jako cechy” charakteryzowały się większym nasileniem „lęku jako stanu” ( $p < 0,001$ ) we wszystkich trymestrach ciąży (tab. 3). Panuje powszechnie przekonanie, że problemy zdrowia psychicznego u kobiet ciężarnych występują znacznie rzadziej w porównaniu z okresem poporodowym, co skutkuje niedostatecznym rozpoznawaniem zaburzeń lękowych i depresyjnych w okresie ciąży. Co więcej, donoszono nawet o częstszym zgłaszaniu objawów depresyjnych przez kobiety w ciąży niż w okresie poporodowym [14].

Dane o zaburzeniach lękowych występujących w czasie ciąży są znikome i nie mają charakteru longitudinalnego, dlatego też pojawiają się rozbieżności w ich ocenie. W badaniach *Anderson i wsp.*, obejmujących kobiety w II trymestrze ciąży, wykazano, że częstość zaburzeń lękowych wynosiła 6,6%, natomiast inni autorzy podają znacznie wyższe odsetki lęku w okresie ciąży, sięgające aż 20% [15, 16, 17].

Przeanalizowano zależności pomiędzy sytuacją materialną i mieszkaniową kobiet a występowaniem lęku. Im lepsza pozycja materialna, tym mniejszy poziom „lęku jako cechy” i „lęku jako stanu”. W badaniu stwierdzono różnice wysoce istotne statystycznie ( $p < 0,0001$ ) we wszystkich trymestrach ciąży, odnotowując wzrost poziomu lęku w grupach o gorszej pozycji materialnej (tab. 13). Podobne wyniki uzyskano, rozpatrując warunki lokalowe. Stwierdzono wysoce istotne różnice wyników lęku w poszczególnych grupach i wraz z pogarszaniem się warunków lokalowych wzrost jego poziomu, największy w III trymestrze ( $p < 0,001$ ) – tabela 12. Podobne wyniki uzyskała *Moryłowska-Topolska*. Kobiety, które oceniały swoją sytuację zarówno mieszkaniową, jak i materialną jako średnią i złą, uzyskały we wszystkich trymestrach ciąży najwyższe wyniki wg Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (Hospital Ankiety and Depression Scale – HADS) [12]. Natomiast ciężarne, które oceniły wyżej wymienione warunki jako bardzo dobre, uzyskały w skali HADS wyniki najniższe, co może sugerować, że subiektywna ocena sytuacji zarówno materialnej, jak i mieszkaniowej ma większy wpływ na powstawanie lęku [12]. Badania *Giardinello i wsp.* również potwierdzają, że im wyższy status socjoekonomiczny, tym mniejsze ryzyko wystąpienia objawów lękowych i depresyjnych w ciąży [18]. Natomiast *Wiktor i wsp.* nie wykazali różnicy istotnej statystycznie pomiędzy bardzo dobrą, dobrą i przeciętną sytuacją materialną a natężeniem lęku u kobiet w ciąży [19].

Wsparcie społeczne w okresie ciąży oraz w momencie urodzenia dziecka, zwłaszcza pierwszego, jest szczególnie pożądane, gdyż zarówno sama ciąża, jak i poród spełniają kryteria krytycznego wydarzenia. Wsparcie partnera jest istotnym determinantem lęku przed porodem [20, 21, 22]. Duże wsparcie społeczne redukuje stres i ma wpływ na poprawę kondycji psychicznej, zmniejszając ryzyko powikłań w tym czasie. Stwierdzono, że ryzyko wystąpienia powikłań podczas ciąży w populacji kobiet może wynosić ok. 46%, a wśród kobiet, które takiego wsparcia podczas ciąży nie otrzymują – aż do 91% [23]. Brak takiego wsparcia może wiązać się z depresją. Badania wskazują na korelację depresji kobiety z depresją jej partnera, co może z kolei wpływać na brak zdolności do dostarczenia wsparcia kobiecie [22]. Autorzy potwierdzają, że ciężarne pozbawione wsparcia ze strony partnera czy też innych bliskich osób wykazują wysoki poziom prenatalnego lęku i depresji [22, 24]. Badania własne dotyczące rodzaju udzielanego wsparcia wykazały, że wsparcie najbliższej rodziny (mąż, rodzice, teściowie, rodzeństwo) ma wysoce istotnie statystyczny ( $p < 0,001$ ) wpływ na obniżenie poziomu „lęku jako cechy” u ciężarnej. Również we wszystkich trzech trymestrach ciąży stwierdzono wysoce istotną ( $p < 0,001$ ) różnicę wyników „lęku jako stanu” wyższego u kobiet, które



nie miały wsparcia ze strony rodziny (tab. 14). W badaniach własnych wykazano korelację pomiędzy ciążą planowaną, akceptacją ciąży przez partnera i reakcją na ciążę najbliższego otoczenia a występowaniem lęku u kobiet ciężarnych. Kobiety, które nie planowały ciąży, wykazywały wysoce istotnie wyższe natężenie zarówno „lęku jako cechy”, jak i „lęku jako stanu” we wszystkich trymestrach ciąży ( $p < 0,001$ ) – tabela 15. Podobnie było w przypadku ciąży akceptowanej przez partnera, na korzyść akceptacji (tab. 16), jak też w przypadku reakcji najbliższego otoczenia. Przy braku akceptacji ze strony najbliższego środowiska, poziom lęku u kobiet był wysoki ( $p < 0,001$ ) – tabela 17. Wyniki, które uzyskała Lee i wsp., są zbliżone do wyników badań własnych, według których najsilniejszy lęk u kobiet występuje przy braku akceptacji ciąży przez partnera oraz przy braku satysfakcji ze związku w III trymestrze ciąży [11]. Moryłowska-Topolska badała w swojej pracy wymiar zaangażowania w związku partnerskim jako umiejętność tworzenia atmosfery wzajemnego szacunku, podkreślając wyjątkowość partnera oraz profilaktykę konfliktów w związku. Posługiwała się Kwestionariuszem Komunikacji Małżeńskiej (KKM) [12]. Wykazała, że im wyższe zaangażowanie ze strony partnera, a tym samym akceptacja ciąży, tym mniejszy poziom nasilenia lęku we wszystkich trzech trymestrach ciąży.

Sen to złożony fizjologiczny proces, który cechuje się niejednorodną strukturą. W latach 70. XX w. zapoczątkowano badania nad mechanizmem snu, w wyniku których wykryto 3 ośrodki odpowiedzialne za czuwanie i sen. Funkcjonowanie człowieka to stały dopływ bodźców zmysłowych. W wyniku braku bodźców funkcje mózgu ulegają narastającej dezorganizacji powodującej zaburzenia funkcjonowania narządów i zdolności logicznego myślenia [25, 26]. Może to powodować problemy z oddychaniem oraz powstawaniem coraz silniejszego lęku. Do zaburzeń tych przyczyniają się również zmiany hormonalne w czasie ciąży. Zaburzenia snu są często zgłaszane przez ciężarne w postaci nadmiernej senności, bezsenności, zaburzeń oddychania. Nadal jest niewiele doniesień naukowych mówiących o negatywnym wpływie zaburzeń snu na matkę i płód, ale wiadomo, że nieprawidłowy sen prowadzi do powstawania bezdechów i lęku, stanowiąc poważny problem dla ciężarnych [25, 27]. Strach i zaburzenia lękowe najczęściej o charakterze fobii mogą objawiać się pod postacią dolegliwości fizycznych, trudności w koncentracji na różnego rodzaju pracy oraz koszmarów nocnych [28]. W badaniach własnych wykazano, że kobiety, u których występowały problemy ze snem, charakteryzował podwyższony poziom „lęku jako cechy” i „lęku jako stanu” w stosunku do kobiet, które tego problemu nie miały, przy czym utrzymywał się on we wszystkich trzech trymestrach ciąży. Wykazano również wysoce istotną statystycznie różnicę pomiędzy obiema grupami ( $p < 0,001$ ) – tabela 5. Zaburzenia snu wpływają niekorzystnie zarówno na zdrowie matki, pogarszając jakość życia ciężarnej, oraz mogą wywierać szkodliwy wpływ na płód. Nieefektywny sen w III trymestrze może być czynnikiem wpływającym na zwiększoną bolesność podczas porodu, zwiększenie odsetka cięć cesarskich oraz porodów przedwczesnych [29, 30].

Samoocena jest konstruktem subiektywnym opartym na percepcji i ocenie własnej wartości [31]. Samoocena jest pozytywną lub negatywną postawą wobec Ja, rodzajem oceny własnej osoby w ujęciu znaczenia wartości. Według Rosenberga wysoka samoocena świadczyć może o przekonaniu, że jest się wartościowym człowiekiem, natomiast niska samoocena oznacza niezadowolenie z siebie, odrzucenie własnego Ja. Tak definiowana samoocena jest jednym z elementów koncepcji Ja i ma względnie trwałe charakter u osób dorosłych [32]. Pozytywna własna samoocena determinuje samopoczucie zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Utrzymanie prawidłowego stanu biopsychospołecznego w czasie ciąży pozwala na eliminację lęku. Badania własne wykazały wpływ zarówno samopoczucia fizycznego, jak i psychicznego na występowanie lęku. Kobiety ciężarne z gorszym samopoczuciem fizycznym (ból kręgosłupa, zgaga, męczliwość, nudności, zaparcia) odczuwały istotnie wyższy poziom zarówno „lęku jako cechy”, jak i „lęku jako stanu” ( $p < 0,001$ ) w stosunku do kobiet z dobrym samopoczuciem fizycznym (tab. 6). To samo dotyczy stanu psychicznego, gdzie kobiety o złym samopoczuciu (nerwowość, strach, przygnębienie) posiadały wyższy poziom lęku niż kobiety z dobrym samopoczuciem ( $p < 0,001$ ) – tabela 7.

Współczesność wymusza prowadzenie holistycznej opieki okołoporodowej nad kobietą ciężarną w celu obniżania lęku i stresu, który może mieć ogromny wpływ na przebieg ciąży, porodu i położu. Prawidłowa opieka medyczna nad ciężarną i jej rodziną powinna obejmować kontrolę stanu zdrowia ciężarnej i płodu oraz szeroko rozumianą edukację prozdrowotną w zakresie wiedzy medycznej i psychologicznej. Jednym z determinantów warunkujących zdrowie dziecka jest stan zdrowia przyszłych rodziców. Stosowanie profilaktyki w okresie prekonceptyjnym przez rodziców sprawia, że są oni dobrze przygotowani do funkcji prokreacyjnej pod względem zdrowotnym. W badaniach autorskich wykazano wysoce istotną statystycznie różnicę pomiędzy grupami ( $p < 0,01$ ), z wynikiem wyższym w grupie ciężarnych, których partnerzy nie stosowali profilaktyki co do „lęku jako cechy”. Różnice wysoce istotne statystycznie stwierdzono również w przypadku „lęku jako stanu” we wszystkich trzech trymestrach ciąży (tab. 8). Stosowanie profilaktyki to wykonywanie okresowych badań służących do oceny swojego stanu zdrowia w okresie prokreacji, zarówno kobiet, jak i mężczyzn. U kobiet, które wykonywały podstawowe badania laboratoryjne, badanie cytologiczne oraz badały piersi wykazano różnice istotne statystycznie dotyczące wszystkich skal, natomiast lęk był bardziej nasilony u kobiet niestosujących profilaktyki (tab. 10). Nie stosowanie żadnej z form profilaktyki przez mężczyzn w okresie prokreacji spowodowało występowanie podwyższonego poziomu lęku u kobiet we wszystkich trymestrach (tab. 9).

U kobiety ciężarnej, u której występuje deficyt wiedzy dotyczący ciąży, porodu i położu oraz opieki nad dzieckiem, budzi się strach przed tym, co nieznane. Psychoprofilaktyka porodowa obejmuje oddziaływanie słowem oraz różnymi formami instruktażu (nauka: ćwiczeń fizycznych, karmienia piersią, kangurowania, technik relaksacyjnych itp.) [30]. Jako metoda wykorzystywana jest w szkołach rodzenia oraz w szkołach

matek i ojców. Takie profesjonalne przygotowanie do porodu przyczynia się do niwelacji lęku przed ciążą, porodem i położeniem. Wieloródki, które podczas poprzedniej ciąży korzystały z różnych form przygotowania do porodu, miały wysoce istotnie statystycznie ( $p < 0,001$ ) niższy „lęk jako cechę” niż grupa kobiet, która nie korzystała z przygotowania w poprzedniej ciąży. Różnicę wysoce istotną statystycznie ( $p < 0,01$ ) stwierdzono również w przypadku „lęku jako stanu” w I trymestrze ciąży między obiema grupami na korzyść grupy odpowiadającej „tak” (tab. 11).

Lęk jest zagadnieniem interdyscyplinarnym, dlatego zajmuje się nim wiele dziedzin nauk, a ze względu na jego powszechność jest także ważnym problemem społecznym. Wysoki poziom lęku w czasie ciąży i przed porodem jest niekorzystnym zjawiskiem dla zdrowia kobiety ciężarnej oraz jej dziecka, a jednocześnie uwarunkowanym przez wiele czynników o charakterze demograficznym, biologicznym, medycznym czy psychospołecznym, które nie występują w izolacji, a są ze sobą w ścisłym powiązaniu. Wczesne rozpoznanie determinantów odpowiedzialnych za występowanie lęku w ciąży, zwłaszcza u kobiet z grupy ryzyka, pozwala na podjęcie działań profilaktycznych, a niejednokrotnie terapeutycznych, prowadzących do stabilności stanu emocjonalnego w czasie ciąży, porodu i okresu poporodowego. Przygotowanie do porodu i wsparcie społeczne to zasadnicze czynniki profilaktyki w walce z lękiem okołoporodowym. Wpływ na zmiany w psychice u ciężarnej ma całe jej otoczenie. Ważne są opieka i ciepło, jakie daje partner, zapewniając spokój i pewność, a także wsparcie rodziców i przyjaciół. Kobiety o ustabilizowanej sytuacji finansowo-zawodowej macierzyństwo odbierają z radością i spokojem. Kobiety w ciąży nieplanowanej wyraźnie odczuwają lęk i strach przed sytuacją, w której się znalazły. Nie ma żadnych wątpliwości, że odpowiednie przygotowanie psychiczne matki do przeżyć, które ją czekają w czasie ciąży i po porodzie, ma decydujące znaczenie we wszystkich tych okresach. Pomocne okazują się szkoły rodzenia, ponieważ nie tylko uczą techniki porodu, ale również umacniają relacje pomiędzy partnerami oraz dają możliwość kontaktu z innymi kobietami w tym pięknym stanie. Zdrowe rodzicielstwo, prawidłowy przebieg ciąży, porodu, położu – to istotne czynniki warunkujące z jednej strony poczucie osobistego szczęścia, a z drugiej właściwy rozwój społeczności.

Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że: 1. Konieczne jest podjęcie wielokierunkowych działań profilaktycznych mających na celu zmniejszenie poziomu lęku w okresie okołoporodowym. 2. Działania psychoprofilaktyczne muszą być nakierowane na potrzeby ciężarnych z indywidualnym uwzględnieniem deficytu: wiedzy, przygotowania do porodu, technik relaksacyjnych oraz z jednoczesnym rozpoznaniem niekorzystnego wpływu środowiska, w którym żyje i pracuje kobieta. 3. Najkorzystniejszym momentem rozpoczęcia działań przygotowujących rodziców do macierzyństwa powinien być okres prekonceptyjny, a najpóźniej I trymestr ciąży, jeżeli chcemy w odpowiednim stopniu dokonać zmian w funkcjonowaniu emocjonalnym kobiety ciężarnej i tym samym uniknąć lęków oraz depresji okołoporodowej z jej odległymi skutkami.

4. Konieczne jest prowadzenie badań longitudinalnych u ciężarnych z uwzględnieniem możliwości pojawiania się nowych czynników mogących wpływać na występowanie lęku w okresie okołoporodowym. 5. Opieka okołoporodowa powinna mieć charakter holistyczny nad kobietą ciężarną i jej rodziną w celu maksymalnego obniżania poziomu stresu i lęku.

## WNIOSKI

1. Poziom lęku w przebiegu ciąży jest najniższy w II trymestrze jej trwania.
2. U kobiet, u których w czasie ciąży następuje pogorszenie samopoczucia fizycznego i/lub psychicznego oraz u kobiet mających problemy ze snem, przez okres całej ciąży stwierdza się wysokie nasilenie lęku.
3. Czynniki takie jak: ciąża nieplanowana, brak wsparcia rodzinnego i brak akceptacji ciąży przez partnera lub otoczenie związane są z wysokim odczuwaniem lęku w każdym okresie ciąży.
4. Kobiety, które oceniają negatywnie swoją sytuację mieszkaniową i materialną narażone są na wysoki poziom lęku w przebiegu całej ciąży.
5. Edukacja przedporodowa związana jest z istotnie niższym odczuwaniem lęku w każdym trymestrze ciąży.
6. Brak badań profilaktycznych przed ciążą (kobieta, mężczyzna) związany jest z istotnie wyższym odczuwaniem lęku w I i III trymestrze ciąży.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bennett H.A., Einarson A., Taddio A., Koren G., Einarson T.: Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004, 103, 698–709.
2. Dayan J., Yoshida K.: Psychological and pharmacological treatments of mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum. Review and synthesis. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2007, 36, 530–548.
3. Ross L.E., McLean L.M.: Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2006, 67, 1285–1298.
4. Błaszczak A., Pilch D., Szamlewska B.: Badanie poziomu lęku kwestionariuszem STAI C.D. Spielberga u kobiet w okresie okołoporodowym. *Perinatol Neonatol Ginek.* 2011, 4, 3, 163–168.
5. Ohman S.G., Grunewald C., Waldenström U.: Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scand J Caring Sci.* 2003, 17, 148–152.
6. Martini J., Knappe S., Beesdo-Baum K., Lieb R., Wittchen H.U.: Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Hum Dev.* 2010, 86, 305–310.
7. Field T., Diego M., Hernandez-Reif M., Figueiredo B., Deeds O., Ascencio A. et al.: Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behav Dev.* 2010, 33, 23–29.
8. Whisman M.A., Davila J., Goodman S.H.: Relationship adjustment, depression, and anxiety during pregnancy and the postpartum period. *J Fam Psychol.* 2011, 25, 375–383.
9. 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, 97–104.
10. Silva R.A., Jansen K., Souza L.D., Moraes I.G., Tomasi E., Silva Gdel G. et al.: Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010, 32, 139–144.

11. Lee A.M., Lam S.K., Sze Mun Lau S.M., Chong C.S., Chui H.W., Fong D.Y.: Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol.* 2007, 110, 1102–1112.
12. Moryłowska-Topolska J.: Występowanie i czynniki ryzyka objawów lęku i depresji w okresie ciąży. Rozprawa doktorska. Uniw. Med. w Lublinie, Lublin 2012.
13. Fatoye F.O., Adeyemi A.B., Oladimeji B.Y.: Emotional distress and its correlates among Nigerian women in late pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2004, 24 (5), 504–509.
14. Josefsson A., Berg G., Nordin C., Sydsjo G.: Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001, 80, 251–255.
15. 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, 148–154.
16. Borri C., Mauri M., Oppo A., Banti S., Rambelli C., Ramacciotti D. et al.: 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.
17. Grant K.A., McMahon C., Austin M.P.: Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *J Affect Disord.* 2008, 108, 101–111.
18. Giardinelli L., Innocenti A., Benni L., Stefanini M.C., Lino G., Lunardi C. et al.: Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch Womens Ment Health.* 2012, 15 (1), 21–30.
19. Wiktor H., Lewicka M., Humeniuk E., Gulanowska-Gędek B., Wiktor K., Kanadys K.: Ocena poziomu lęku u kobiet w połogu. *Ann Acad Med Stetin.* 2009, 55, 1, 66–69.
20. Nierop A., Wirtz P.H., Bratsikas A., Zimmermann R., Ehlert U.: Stress-buffering effects of psychosocial re-sources on physiological and psychological stress response in pregnant women. *Biol Psychol.* 2008, 78, 261–268.
21. Ryding E.L., Persson A., Onell C., Kvist L.: An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003, 82, 10–17.
22. Saisto T., Salmela-Aro K., Nurmi J.E., Halmesmaki E.: Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001, 80, 39–45.
23. Vrekoussis T., Kalantaridou S.N., Mastorakos G., Zoumakis E., Makrigianakis A., Syrrou M. et al.: The role of stress in female reproduction and pregnancy: an update. *Ann NY Acad Sci.* 2010, 1205, 69–75.
24. Reid H., Power M., Cheshire K.: Factors influencing antenatal depression, anxiety and stress. *Br J Midwifery.* 2009, 17, 501–508.
25. Venkata Ch., Venkateshiab S.B.: Sleep-disordered breathing during pregnancy. *J Am Board Fam Med.* 2009, 22, 2, 158–168.
26. Santiago J.R., Nolledo M.S., Kinzler W., Santiago T.V.: Sleep and sleep disorders in pregnancy. *Ann Intern Med.* 2001, 134, 396–408.
27. Sullivan C., Edwards N.: Sleep-disordered breathing in pregnancy. In: Sleep apnea. Eds: W.J. Randerath, B.M. Sanner, V.K. Somers. *Prog Respir Res.* Basel, Karger 2006, 35, 224–237.
28. Gruca-Stryjak K., Cofta S., Banaszewski J., Bręborowicz G.: Sen i oddychanie podczas snu u kobiet ciężarnych. *Perinatol Neonatol Ginek.* 2012, 5, 3, 137–143.
29. Kendall-Tackett K.: A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal health. *Int Breastfeed J.* 2007, 2, 6.
30. Louis J.M., Auckley D., Sokol R.J., Mercer B.M.: Maternal and neonatal morbidities associated with obstructive sleep apnea complicating pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2010, 202, 261.e1–5.
31. Baumeister R.F., Campbell J.D., Krueger J.I., Vohs K.D.: Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychol Sci Public Interest.* 2003, 4, 1–44.
32. Łaguna M., Lachowicz-Tabaczek K., Dzwonkowska I.: Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychol Spot.* 2007, 202 (4), 164–176.