

Nasilenie negatywnych emocji u kobiet ciężarnych w okresie hospitalizacji

The intensity of negative emotions in pregnant women during hospitalization

Magdalena Lewicka¹, Małgorzata Wójcik², Magdalena Sulima¹, Marta Makara-Studzińska³

¹ Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Międzynarodowe Naukowe Towarzystwo Wspierania i Rozwoju Technologii Medycznych

³ Zakład Psychologii Stosowanej, II Wydział Lekarski z Oddziałem Anglojęzycznym, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

STRESZCZENIE

WSTĘP: Występowanie lęku i depresji u kobiet z ciążą o przebiegu fizjologicznym ma związek ze zmianami w trzech obszarach: biologicznym, psychicznym i społecznym. Komplikacje w przebiegu ciąży oraz konieczność hospitalizacji dodatkowo potęgują nasilenie negatywnych emocji u ciężarnych, dlatego ważne jest, aby podczas hospitalizacji, identyfikować pacjentki z objawami lęku, stresu lub depresji oraz wskazać czynniki, które mogą wpływać na wystąpienie negatywnych emocji.

MATERIAŁ I METODY: Badania analizy nasilenia negatywnych emocji przeprowadzono wśród 305 ciężarnych hospitalizowanych. Narzędziem badawczym był samodzielnie opracowany kwestionariusz ankiety do oceny charakterystyki badanych ciężarnych oraz Skala Depresji, Lęku i Stresu (DASS – *Depression Anxiety Stress Scale*). Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej.

WYNIKI: Średnia wartość poziomu stresu w badanej grupie według skali DASS wynosiła $12,15 \pm 8,15$ pkt, depresji $6,63 \pm 6,62$ pkt, a lęku $8,54 \pm 6,26$ pkt. Nie stwierdzono istotnie statystycznej zależności między nasileniem stresu i depresji a sytuacją położniczą badanych ciężarnych.

WNIOSKI: W badanej grupie kobiet nie stwierdzono zaburzeń depresyjnych, natomiast stwierdzono, że ciężarne hospitalizowane cechuje łagodne nasilenie lęku. Sytuacja położnicza nie warunkuje nasilenia negatywnych emocji wśród pacjentek z ciążą wysokiego ryzyka. Istotny wpływ na nasilenie lęku ma jedynie fakt planowania ciąży lub nie. Kobiety, które nie planują ciąży, mają istotnie wyższy poziom lęku aniżeli ciężarne, dla których obecna ciąża jest planowana. Personel medyczny powinien identyfikować ciężarne w trakcie hospitalizacji, u których występuje podwyższony poziom lęku w celu wdrożenia działań psychoprofilaktycznych. Okazanie pacjentkom troski i udzielenie wsparcia, zwłaszcza emocjonalnego, może prowadzić do zminimalizowania negatywnych emocji i zwiększenia skuteczności leczenia.

SŁOWA KLUCZOWE

ciąża, hospitalizacja, emocje, stres, lęk, depresja

Received: 12.12.2014

Revised: 15.01.2015

Accepted: 04.02.2015

Published online: 23.12.2015

Adres do korespondencji: Dr Magdalena Lewicka, Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Chodźki 6, 20-093 Lublin, tel. 81 718 75 11, e-mail: m.lewicka@umlub.pl

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
www.annales.sum.edu.pl

ABSTRACT

INTRODUCTION: The presence of anxiety and depression among women with an uncomplicated pregnancy is due to a change in three areas: biological, psychological and social. Complications during pregnancy and the need for hospitalization further enhance the intensification of negative emotions in pregnant women. It is important during hospitalization to identify patients who display symptoms of anxiety, stress or depression, as well as indicate factors that may influence the occurrence of negative emotions.

MATERIAL AND METHODS: The study analyzing the severity of negative emotions was conducted among 305 hospitalized pregnant women. The research tools were a self-developed questionnaire to assess the characteristics of the studied pregnant women as well as the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). The results were statistically analyzed.

RESULTS: The average value of the stress level in the group according to DASS was 12.15 ± 8.15 points. In turn, depression was 6.63 ± 6.62 points, while for anxiety it was -8.54 ± 6.26 points. There was no significant statistical relationship between the intensity of stress and depression and the obstetric situation under study.

CONCLUSIONS: In the study group, no patients suffered from a major depressive disorder, whereas it was found that the pregnant hospitalized women experienced mild anxiety. The obstetric situation does not determine the severity of negative emotions among patients with a high risk pregnancy. Only the fact of planning to become pregnant, or not, has a significant impact on the severity of anxiety. Women whose pregnancy was unplanned have significantly higher levels of anxiety than those whose was planned. Medical personnel should identify during hospitalization patients who have high levels of anxiety in order to implement prophylactic measures. Showing patients care and providing support, especially emotional, can lead to minimizing any negative emotions and increase the effectiveness of treatment.

KEY WORDS

pregnancy, hospitalization, emotions, stress, anxiety, depression

WSTĘP

Występowanie lęku i depresji u kobiet z ciążą o przebiegu fizjologicznym ma związek ze zmianami w trzech obszarach: biologicznym, psychicznym i społecznym. Według danych z literatury [1,2], poziom lęku i depresji jest w I i III trymestrze ciąży większy niż w II trymestrze. Nasilenie negatywnych emocji u ciężarnych dodatkowo potęgują komplikacje w przebiegu ciąży (jak np. zagrażający poród przedwczesny, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, infekcje i in.) oraz konieczność hospitalizacji. Nieprawidłowy przebieg ciąży utrudnia realizację planów, zamierzeń, uniemożliwienia zaspokojenia potrzeb biologicznych i społecznych, w konsekwencji prowadząc do pojawienia się stresu i/lub lęku [3,4]. Zmiany na podłożu biologicznym oraz psychologicznym u kobiet z rozpoznaną ciążą ryzyka stanowią źródło rozwoju depresji [5].

Dane z literatury wskazują, że doświadczanie negatywnych emocji podczas ciąży ma związek ze wzrostem stężenia kortyzolu we krwi matki, krwi pępowinowej i płynie owodniowym oraz ze spadkiem stężenia interleukin IL-6, IL-8, IL-10, IL-13 oraz IL-18, co może stanowić przyczynę porodu przedwczesnego, a w późniejszym okresie zaburzenia poznawcze u dziecka [6,7]. W opinii Gracki-Tomaszewskiej [8], doświadczanie lęku i depresji w okresie ciąży ma niekorzystny wpływ, zarówno na rozwój fizyczny dziecka, jak i jego zdolności adaptacyjne. Zdaniem Joško-Ochojskiej [9], emocje matki znacząco wpływa-

ją na kształtowanie się synaps, wydzielane zaś przez matkę neuroprzekaźniki modyfikują rozwój mózgu dziecka. W opinii autorki, silny, przewlekły stres podczas ciąży hamuje neurogenezę, prowadzi do atrofii neuronów i w konsekwencji powoduje liczne zmiany anatomiczne i patofizjologiczne w mózgu płodu, takie jak: zmniejszenie liczby neuronów, zmniejszenie komunikacji między neuronami, obniżenie neuroplastyczności oraz powstanie objawów depresji. Ponadto zwiększa ryzyko urodzenia dziecka z autyzmem, chorobą Downa, chorobą psychiczną i innymi chorobami somatycznymi.

W związku z tym ważne jest, aby podczas hospitalizacji, identyfikować pacjentki z objawami lęku, stresu lub depresji oraz wskazać czynniki, które mogą wpływać na wystąpienie negatywnych emocji. Należy również podejmować działania psychologiczne skierowane na obniżenie nasilenia doświadczanych emocji, wzmocnienie prawidłowego radzenia sobie w sytuacjach stresowych oraz zdobycie umiejętności przetwarzania trudnych wydarzeń życiowych.

Celem pracy była analiza nasilenia negatywnych emocji w grupie kobiet ciężarnych w okresie hospitalizacji.

MATERIAŁ I METODY

Badania nasilenia negatywnych emocji przeprowadzono wśród ciężarnych hospitalizowanych w Kate-

drze i Klinice Położnictwa i Perinatologii SP SK Nr 4 na Oddziale Patologii Ciąży Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Rozdano łącznie 305 kwestionariuszy ankiet kobietom ciężarnym między 23 a 37 tygodniem ciąży.

Narzędziem badawczym był samodzielnie opracowany kwestionariusz ankiety do oceny charakterystyki badanych ciężarnych oraz Skala Depresji, Lęku i Stresu (DASS – *Depression Anxiety Stress Scale*). Skala DASS została opracowana przez Lovibonda i Lovibonda w 1995 r. [10,11]. Tłumaczenia na język polski dokonali: Marta Makara-Studzińska, Beata Petkowicz, Anna Urbańska i Jacek Petkowicz [12]. Skala składa się z 42 pozycji, podzielonych na 14 elementów, które stanowią miarę 3 czynników: depresji, lęku i stresu. Narzędzie zakłada, że lęk i stres emocjonalny działają jako dwie oddzielne dziedziny. Skala stresu dotyczy napięcia, drażliwości oraz podenerwowania. Z kolei skala depresji charakteryzuje się odczuwaniem utraty własnej wartości, motywacji i zainteresowania. Natomiast skala lęku stanowi ogólne autonomiczne pobudzenie oraz odczuwanie niepokoju. Oceny poszczególnych itemów dokonuje się w zakresie 0–3 pkt za każdą pozycję. To skriningowe narzędzie odnosi się do ostatnich 7 dni. Według Lovibonda i Lovibonda [13], wskaźniki rozkładu od „normalnego do bardzo poważnego” na podstawie wyników centylowych zostały skwalifikowane jako: 0–78 normalne, 78–87 łagodne, 87–95 umiarkowane, 95–98 poważne, 98–100 bardzo poważne.

W interpretacji wyników badań własnych przyjęto następujący zakres poziomów punktowych [11]:

- 1) nasilenie stresu: 0–14 normalne, 15–18 łagodne, 19–25 umiarkowane, 26–33 ciężkie, powyżej 34 bardzo ciężkie,
- 2) nasilenie depresji: 0–9 normalne, 10–13 łagodne, 14–20 umiarkowane, 21–27 ciężkie, powyżej 28 bardzo ciężkie,
- 3) nasilenie lęku: 0–7 normalne, 8–9 łagodne, 10–14 umiarkowane, 15–19 ciężkie, powyżej 20 bardzo ciężkie.

Analizując badaną grupę ciężarnych stwierdzono, że średnia wieku wynosiła $30,08 \pm 5,12$ roku. Badane w większości miały wykształcenie wyższe ($n = 210$; 68,85%), były zamężne ($n = 264$; 86,56%) oraz pochodziły z miasta ($n = 188$; 61,64%). Przeprowadzone badania wykazały ponadto, że 77,05% ciężarnych ($n = 135$) planowało swoją ciążę, natomiast 22,95% ($n = 70$) przyznało, że nie. W pierwszej ciąży były 144 kobiety (47,21%), 90 (29,51%), w drugiej 42 (13,77%), w trzeciej, a 29 (9,51%) w kolejnej. Średni czas trwania obecnej ciąży w badanej grupie wynosił 31,00 tygodni. Większość – 42,95% ($n = 131$) była powyżej 32 tygodnia ciąży, 24,59% ($n = 75$) między

23 a 27 tygodniem, a 32,46% ($n = 99$) między 28 a 32 tygodniem.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istotne statystycznie różnice bądź zależności. Baza danych i badania statystyczne opierały się na oprogramowaniu komputerowym STATISTICA 10.0 (StatSoft, Polska).

WYNIKI

Średni poziom stresu w badanej grupie wynosił $12,15 \pm 8,15$ pkt, (zakres 0–38). Na podstawie dostępnego klucza skali DASS stwierdzono, że 63,93% ($n = 195$) badanych nie miało objawów stresu, u 15,74% ankietowanych ($n = 48$) występowały łagodne objawy, u 13,44% ($n = 41$) umiarkowane, u 5,91 ($n = 18$) ciężkie, zaś u 0,98%, ($n = 3$) bardzo poważne.

W tabeli I przedstawiono nasilenie stresu zależnie od sytuacji położniczej badanych ciężarnych. Jak wykazała analiza, kobiety, które nie planowały ciąży, miały objawy umiarkowanego lub ciężkiego stresu nieznacznie częściej (28,57%) niż te, które planowały ciążę (17,88%). Różnice nie były istotne statystycznie ($p = 0,07$). Ponadto stwierdzono, że kobiety w trzeciej lub kolejnej ciąży miały objawy umiarkowanego lub ciężkiego stresu (23,95%) częściej niż badane, które były w drugiej (17,78%) lub pierwszej ciąży (20,14%). Różnice te także nie były istotne statystycznie ($p = 0,31$). Analiza statystyczna nie wykazała również istotnego związku między poziomem stresu a tygodniem ciąży ($p = 0,61$). Stwierdzono jednak, że kobiety w 28–32 tygodniu ciąży miały umiarkowane lub ciężkie objawy stresu (23,23%) częściej niż kobiety w 23–27 tygodniu (18,67%) lub powyżej 32 tygodnia (19,08%). Kobiety, które rodziły drugi lub kolejny raz, miały umiarkowane lub ciężkie objawy stresu (32,43%) częściej niż kobiety, które rodziły raz (14,85%) lub nigdy nie rodziły (20,96%). Różnice te nie były istotne statystycznie, ($p = 0,09$).

Średni poziom depresji w badanej grupie wynosił $6,63 \pm 6,62$ pkt, (zakres 0–36 pkt). Stwierdzono, że 78,03% ankietowanych ($n = 238$) nie miało objawów depresji, natomiast u 7,21% ($n = 22$) występowały łagodne objawy, u 8,52% ($n = 26$) umiarkowane, u 3,93% ($n = 12$) ciężkie i u 2,31% ($n = 7$) bardzo poważne.

W tabeli II przedstawiono nasilenie depresji zależnie od sytuacji położniczej badanych ciężarnych. Jak wykazała analiza, kobiety, które nie planowały ciąży, miały objawy umiarkowanej lub ciężkiej depresji (21,43%) nieznacznie częściej niż te, które ciążę planowały (12,77%). Różnice nie były istotne statystycznie ($p = 0,19$). Kobiety w trzeciej lub kolejnej ciąży (18,31%) oraz w drugiej (18,89%) miały objawy umiarkowanej lub ciężkiej depresji nieznacznie czę-

ściej niż ciężarne w pierwszej ciąży. Kobiety w 28–32 tygodniu ciąży miały umiarkowane lub ciężkie objawy depresji częściej (18,18%) niż kobiety w 23–27 tygodniu (10,67%) lub powyżej 32 tygodnia (14,51%). Analiza statystyczna nie wykazała jednak istotnego związku między poziomem depresji a tygodniem ciąży ($p = 0,58$). Z badań wynika, że kobiety, które rodziły drugi lub kolejny raz, miały umiarkowane lub ciężkie objawy depresji częściej (27,03%) niż kobiety, które rodziły raz (16,83%) lub nigdy nie rodziły (10,78%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p = 0,09$).

Średni poziom lęku w badanej grupie wynosił $8,54 \pm 6,26$ pkt, (zakres 0–34 pkt). Ponad połowa – 51,48% ($n = 157$) nie miało objawów lęku, natomiast u 15,41% ($n = 47$) występowały łagodne objawy u 18,03% ($n = 55$) umiarkowane, u 9,18% ($n = 28$) ciężkie i u 5,90% ($n = 18$) bardzo poważne.

W tabeli III przedstawiono nasilenie lęku zależnie od sytuacji położniczej badanych ciężarnych. Analiza

wykazała, że kobiety, które ciąży nie planowały, miały objawy umiarkowanego lub ciężkiego lęku częściej (45,72%) niż te, które planowały ciążę (29,36%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p = 0,02$). Kobiety w drugiej ciąży miały objawy umiarkowanego lub ciężkiego lęku nieznacznie częściej (38,89%) niż kobiety w pierwszej (29,16%) lub w trzeciej i kolejnej ciąży (33,80%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p = 0,54$). Analiza statystyczna nie wykazała także istotnego związku pomiędzy poziomem lęku a tygodniem ciąży ($p = 0,35$), jednak kobiety w 28–32 tygodniu ciąży miały umiarkowane lub ciężkie objawy lęku (40,40%) częściej niż kobiety w 23–27 tygodniu, (30,66%) lub powyżej 32 tygodnia, (29,01%). Z badań wynika również, że kobiety rodzące drugi lub kolejny raz miały umiarkowane lub ciężkie objawy lęku częściej (48,65%) niż kobiety, które rodziły raz (34,66%) lub nigdy (28,74%). Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ($p = 0,18$).

Tabela I. Nasilenie stresu a sytuacja położnicza badanych ciężarnych

Table I. Intensity of stress and obstetric situation of studied pregnant women

Sytuacja położnicza	Poziom stresu			Ogółem n (%)
	norma n (%)	łagodny n (%)	umiarkowany/ciężki/poważny n (%)	
Planowanie ciąży				
tak	158 (67,23%)	35 (14,89%)	42 (17,88%)	235 (100,00%)
nie	37 (52,86%)	13 (18,57%)	20 (28,57%)	70 (100,00%)
Analiza statystyczna		Chi ² = 5,24;	p = 0,07	
Liczba ciąż				
pierwsza	97 (67,36%)	18 (12,50%)	29 (20,14%)	144 (100,00%)
druga	54 (60,00%)	20 (22,22%)	16 (17,78%)	90 (100,00%)
trzecia i kolejna	44 (61,97%)	10 (14,08%)	17 (23,95%)	71 (100,00%)
Analiza statystyczna		Chi ² = 4,76;	p = 0,31	
Tydzień ciąży				
23–27	46 (61,33%)	15 (20,00%)	14 (18,67%)	75 (100,00%)
28–32	60 (60,61%)	16 (16,16%)	23 (23,23%)	99 (100,00%)
powyżej 32 tygodnia	89 (67,94%)	17 (12,98%)	25 (19,08%)	131 (100,00%)
Analiza statystyczna		Chi ² = 2,70;	p = 0,61	
Liczba porodów				
nie rodziła	111 (66,47%)	21 (12,57%)	35 (20,96%)	167 (100,00%)
raz	65 (64,36%)	21 (20,79%)	15 (14,85%)	101 (100,00%)
dwa razy lub więcej	19 (51,35%)	6 (16,22%)	12 (32,43%)	37 (100,00%)
razem	195 (63,93%)	48 (15,74%)	62 (20,33%)	305 (100,00%)
Analiza statystyczna		Chi ² = 7,98;	p = 0,09	

Tabela II. Nasilenie depresji a sytuacja położnicza badanych ciężarnych
Table II. Intensity of depression and obstetric situation of studied pregnant women

Sytuacja położnika	Poziom depresji			Ogółem n (%)
	norma n (%)	łagodny n (%)	umiarkowany/ciężki/poważny n (%)	
Planowanie ciąży				
tak	187 (79,57%)	18 (7,66%)	30 (12,77%)	235 (100,00%)
nie	51 (72,86%)	4 (5,71%)	15 (21,43%)	70 (100,00%)
Analiza statystyczna		Chi ² = 3,34;	p = 0,19	
Liczba ciąż				
pierwsza	119 (82,64%)	10 (6,94%)	15 (10,42%)	144 (100,00%)
druga	67 (74,44%)	6 (6,67%)	17 (18,89%)	90 (100,00%)
trzecia i kolejna	52 (73,24%)	6 (8,45%)	13 (18,31%)	71 (100,00%)
Analiza statystyczna		Chi ² = 4,44;	p = 0,35	
Tydzień ciąży				
23–27	60 (80,00%)	7 (9,33%)	8 (10,67%)	75 (100,00%)
28–32	76 (76,77%)	5 (5,05%)	18 (18,18%)	99 (100,00%)
powyżej 32 tygodnia	102 (77,86%)	10 (7,63%)	19 (14,51%)	131 (100,00%)
Analiza statystyczna		Chi ² = 2,84;	p = 0,58	
Liczba porodów				
nie rodziła	135 (80,84%)	14 (8,38%)	18 (10,78%)	167 (100,00%)
raz	79 (78,22%)	5 (4,95%)	17 (16,83%)	101 (100,00%)
dwa razy lub więcej	24 (64,86%)	3 (8,11%)	10 (27,03%)	37 (100,00%)
razem	238 (78,03%)	22 (7,21%)	45 (14,76%)	305 (100,00%)
Analiza statystyczna		Chi ² = 7,93;	p = 0,09	

Tabela III. Nasilenie lęku a sytuacja położnicza badanych ciężarnych
Table III. Intensity of anxiety and obstetric situation of studied pregnant women

Sytuacja położnica	Poziom lęku			Ogółem n (%)
	norma n (%)	łagodny n (%)	umiarkowany/ciężki/poważny n (%)	
Planowanie ciąży				
tak	125 (53,19%)	41 (17,45%)	69 (29,36%)	235 (100,00%)
nie	32 (45,71%)	6 (8,57%)	32 (45,72%)	70 (100,00%)
Analiza statystyczna		Chi ² = 7,70;	p = 0,02	
Liczba ciąż				
pierwsza	80 (55,56%)	22 (15,28%)	42 (29,16%)	144 (100,00%)
druga	43 (47,78%)	12	35 (38,89%)	90 (100,00%)
trzecia i kolejna	34 (47,89%)	13 (18,31%)	24 (33,80%)	71 (100,00%)
Analiza statystyczna		Chi ² = 3,12;	p = 0,54	
Tydzień ciąży				
23–27	38 (50,67%)	14 (18,67%)	23 (30,66%)	75 (100,00%)
28–32	45 (45,45%)	14 (14,15%)	40 (40,40%)	99 (100,00%)
powyżej 32 tygodnia	74 (56,49%)	19 (14,50%)	38 (29,01%)	131 (100,00%)
Analiza statystyczna		Chi ² = 4,43;	p = 0,35	
Liczba porodów				
nie rodziła	92 (55,09%)	27 (16,17%)	48 (28,74%)	167 (100,00%)
raz	49 (48,51%)	17 (16,83%)	35 (34,66%)	101 (100,00%)
dwa razy lub więcej	16 (43,24%)	3 (8,11%)	18 (48,65%)	37 (100,00%)
razem	157 (51,48%)	47 (15,41%)	101 (33,11%)	305 (100,00%)
Analiza statystyczna		Chi ² = 6,29;	p = 0,18	

DYSKUSJA

Doniesienia z literatury wskazują, że pobyt w szpitalu, konieczność uczestniczenia w badaniach diagnostycznych, trudności w nawiązaniu kontaktów z personelem medycznym, rozłąka z rodziną, to tylko niektóre czynniki wpływające na wystąpienie lęku i/lub stresu [14,15,16].

W publikacjach indeksowanych w ostatnich latach w bazie Medline, PubMed, Scopus, Ebescos niewiele jest prac analizujących poziom lęku, stresu oraz depresji u ciężarnych hospitalizowanych. Znacznie więcej doniesień dotyczy analizy negatywnych emocji w ciąży o przebiegu fizjologicznym bądź w okresie poporodowym, zależnie od sytuacji socjoekonomicznej, a nie położniczej.

Ocenę nasilenia lęku wśród ciężarnych, leczonych na oddziale patologii ciąży, podjęła w swojej pracy Janicka [17] badając grupę 59 ciężarnych. Autorka stwierdziła, że poziom lęku–stanu u kobiet w kolejnej ciąży był wyższy niż u kobiet w pierwszej ciąży. Ponadto poziom lęku–stanu w grupie kobiet, które nie planowały ciąży, był wyższy niż u badanych, które prokreację planowały. Podobne wyniki nasilenia lęku–stanu, w grupie 61 kobiet ciężarnych hospitalizowanych zanotowali Rutkowska i wsp. [18].

Z kolei Sulima [19] w badaniach własnych wykazała u hospitalizowanych z powodu zagrażającego porodu przedwczesnego wysoki poziom lęku–stanu i średni poziom lęku–cechy. Nie stwierdzono różnic istotnie statystycznych ($p > 0,05$) między poziomem lęku–stanu i lęku–cechy a liczbą ciąż, planowaniem ciąży oraz tygodniem ciąży. Z badań Sulimy wynika ponadto, że ciężarne hospitalizowane cechował przeciętny poziom stresu. Nie stwierdzono też różnic istotnie statystycznych ($p > 0,05$) między poziomem stresu a sytuacją położniczą badanych.

Wyniki badań własnych wykazały, że w badanej grupie ciężarnych hospitalizowanych, zarówno poziom stresu, jak i depresji mieściły się w granicach normy. Stwierdzono natomiast łagodne nasilenie lęku. Sytuacja położnicza (liczba ciąż, tydzień ciąży, planowanie ciąży lub nie, liczba porodów) nie miały istotnego wpływu na nasilenie stresu i depresji wśród badanych ciężarnych ($p > 0,05$), jedynie nasilenie lęku było istotnie zależne od faktu planowania ciąży. Kobiety, które nie planowały ciąży miały istotnie wyższy poziom lęku niż ciężarne, dla których obecna ciąża była planowana ($p = 0,02$).

Istnieje potrzeba prowadzenia dalszych badań w zakresie wpływu różnych aspektów sytuacji położniczej (np. powikłania w poprzednich ciążach, sposób ukończenia poprzedniej ciąży, liczba posiadanych dzieci, choroby występujące w ciąży) na nasilenie negatywnych emocji u kobiet ciężarnych w okresie hospitalizacji.

WNIOSKI

1. W badanej grupie kobiet nie stwierdzono zaburzeń depresyjnych, stwierdzono natomiast, że ciężarne hospitalizowane cechuje łagodne nasilenie lęku.
2. Sytuacja położnicza nie warunkuje nasilenia negatywnych emocji u pacjentek z ciążą wysokiego ryzyka, jedynie fakt planowania ciąży lub nie ma istotny wpływ na nasilenie lęku. Kobiety nieplanujące ciąży mają istotnie wyższy poziom lęku niż ciężarne, które planowały obecna ciążę.

Personel medyczny powinien w trakcie hospitalizacji identyfikować ciężarne z podwyższonym poziomem lęku w celu wdrożenia działań psychoprofilaktycznych. Okazanie pacjentkom troski i udzielenie wsparcia, zwłaszcza emocjonalnego, może prowadzić do zminimalizowania negatywnych emocji i zwiększenia skuteczności leczenia.

Author's contribution

Study design – M. Lewicka

Data collection – M. Wójcik

Data interpretation – M. Makara-Studzińska

Statistical analysis – M. Wójcik

Manuscript preparation – M. Lewicka

Literature research – M. Sulima

PIŚMIENNICTWO

1. Makara-Studzińska M., Moryłowska J., Sidor K. Zaburzenia depresyjne i lękowe w ciąży. *Prz. Ginekol. Położ.* 2009; 9: 63–66.
2. Teixeira C., Figueiredo B., Conde A., Pacheco A., Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J. Affect. Disord.* 2009; 119: 143–148.
3. Heitzman J. *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
4. Sęk H., Cierpiatowska L. *Psychologia kliniczna.* Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001.

5. Podolska M., Majkovicz M., Sipak-Szmigiel O., Ronin-Walknowska E. Style radzenia sobie w sytuacjach stresowych a Lęk – stan i Lęk – cecha u kobiet z objawami depresji okołoporodowej. *Ginekol. Pol.* 2009; 80: 20106.
6. Fransson E., Dubicke A., Bystrom B., Ekman-Ordeberg G., Hielmstedt A., Lekander M. Negative emotions and cytokines in maternal and cord serum at preterm birth. *Am. J. Reprod. Immunol.* 2012; 67: 506–514.
7. O'Connor T.G., Bergman K., Sarkar P., Glover V. Prenatal cortisol exposure predicts infant cortisol response to acute stress. *Dev. Psychobiol.* 2013; 55: 145–155.

8. Gracka-Tomaszewska M. Czynniki psychologiczne oddziałujące na dziecko w okresie prenatalnym pozostające w związku z jego niższą wagą urodzeniową. *Pediatr. Endocrinol. Diabetes Metab.* 2010; 16, 3: 216–219.
9. Joško-Ochojska J. Wpływ dramatycznych przeżyć i lęków matki ciężarnej na losy jej dziecka. W: *Lęk – nieodłączny towarzysz człowieka od poczęcia aż do śmierci*. Red. J. Joško-Ochojska. Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice 2013.
10. Lovibond P.F., Lovibond S.H. The structure negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with Beck Depression and Anxiety Inventoris. *Behav. Res. Ther.* 1995; 33: 335–343.
11. Norton P.J. Depression Anxiety and Stress Scales (DASS): Psychometric analysis across for racial groups. *Anxiety Stress Coping* 2007; 20: 253–265.
12. <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/Polish/Polish.htm> dostęp z dnia 20.03.2013.
13. Crawford J.R., Henry J.D. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *Br. J. Clin. Psychol.* 2003; 42: 111–131.
14. Danerek M., Dykes A.K. A theoretical model of parents' experiences of threat of preterm birth in Sweden. *Midwifery* 2008; 24: 416–424.
15. Weidner K., Bittner A., Junge-Hoffmeister J., Zimmermann K., Siedentopf F., Richter J., Joraschky P., Gatzweiler A., Stobel-Richter Y. A psychosomatic intervention in pregnant in-patient women with prenatal somatic risks. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 2010; 31: 188–198.
16. Maloni J.A. Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. *Expert Rev. Obstet. Gynecol.* 2011; 6: 385–393.
17. Janicka M. Stan emocjonalny kobiet w ostatnim trymestrze ciąży. Niepublikowana praca magisterska. Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin 2008.
18. Rutkowska A., Rolińska A., Kwaśniewski W., Makara-Studzińska M., Kwaśniewska A. Lęk – jako stan i jako cecha u kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka. *Curr. Probl. Psychiatrii* 2011; 12: 56–59.
19. Sulima M. Analiza poziomu lęku, stresu oraz nasilenia uczuć pozytywnych i negatywnych kobiet ciężarnych hospitalizowanych z powodu zagrażającego porodu przedwczesnego. Praca doktorska. Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin 2013.