

Style radzenia sobie w sytuacjach stresowych a *Lęk-stan* i *Lęk-cecha* u kobiet z objawami depresji okołoporodowej

Ways of coping in stressful situations and *Anxiety-state* or *Anxiety-trait* among women with symptoms of perinatal depression

Podolska Magdalena Zofia^{1,3}, Majkowicz Mikołaj²,
Sipak-Szmigiel Olimpia³, Ronin-Walknowska Elżbieta³

¹ Zakład Psychologii Klinicznej i Psychoprofilaktyki, Instytut Psychologii, Uniwersytet Szczeciński

² Zakład Badań nad Jakością Życia, Akademia Medyczna w Gdańsku

³ Klinika Medycyny Matczyno-Plodowej, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie

Streszczenie

Cel pracy: W pracy zbadano, czy istnieje zależność między nasileniem się lęku doświadczanego przez kobiety w okresie ciąży i porodu a stylami radzeniem sobie przez nie w sytuacjach stresowych, a także czy te czynniki wpływają na zwiększenie ryzyka wystąpienia objawów depresji okołoporodowej.

Materiał i metody: W badaniach wzięło udział 229 pacjentek hospitalizowanych w Klinice Medycyny Matczyno-Plodowej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie w latach 2006-2007. Przy użyciu Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EPDS) wyodrębniono grupę badaną 76 kobiet ciężarnych i położnic z wysokim ryzykiem wystąpienia objawów depresji okołoporodowej oraz grupę kontrolną 153 pacjentek bez takiego ryzyka. Poziom lęku oraz style radzenia sobie w sytuacjach stresowych zmierzono przy użyciu kwestionariuszy CISS (Coping Inventory for Stressful Situations) i STAI (State-Trait Anxiety Inventory).

Wyniki: Wykazano znaczący wpływ określonych stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych oraz Lęku-stanu i Lęku-cechy na nasilenie ryzyka wystąpienia objawów depresji okołoporodowej u kobiet.

Wnioski:

1. Ryzyko wystąpienia objawów depresji okołoporodowej związane jest ze stylami radzenia sobie w sytuacjach stresowych oraz Lękiem-stanem i Lękiem-cechą.
2. Ryzyko wstąpienia objawów depresji okołoporodowej u ciężarnych wzrasta w przypadku stosowania stylu radzenia sobie w sytuacjach stresowych skoncentrowanego na emocjach.
3. Ryzyko wstąpienia objawów depresji okołoporodowej u położnic wzrasta w przypadku stosowania stylu skoncentrowanego na emocjach i angażowaniu się w czynności zastępcze.
4. Analiza przeprowadzonych badań wskazuje na celowość wdrażania wczesnej diagnostyki stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych u kobiet ciężarnych, celem podjęcia odpowiedniej terapii ukierunkowanej na zmniejszenie ryzyka rozwoju depresji okołoporodowej.

Słowa kluczowe: **lęk / depresja / opieka okołoporodowa / depresja poporodowa /**
ciąża / psychologia /

Adres do korespondencji:

Magdalena Podolska
Zakład Psychologii Klinicznej i Psychoprofilaktyki, Instytut Psychologii, Uniwersytet Szczeciński
71-017 Szczecin, ul. Krakowska 71/79
tel. 091-8122-744; fax: 091-8122-745
e-mail: magdalena.podolska@meditest.pl

Otrzymano: 10.12.2008

Zaakceptowano do druku: 20.02.2009

Abstract

Objectives: The aim of the following study was to establish whether there is any connection between an elevation of anxiety experienced by women during pregnancy or postpartum and their styles of coping with stressful situations, as well as to assess if those factors influence higher risk of incidence of perinatal depressive symptoms.

Material and methods: A total of 229 patients admitted to the Department of Foeto-Maternal Medicine, Pomeranian Medical University, Szczecin in 2006-2007, were recruited for the study. By means of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), a study group of 76 pregnant and postpartum women with high risk of perinatal depression was assigned, as well as a control group of 153 patients without such risk. The level of anxiety and ways of coping in stressful situations were measured by means of the CISS (Coping Inventory for Stressful Situations) and STAI (State-Trait Anxiety Inventory) questionnaires.

Results: It has been shown that specific styles of coping in stressful situations and Anxiety-state or Anxiety-trait have substantial influence on higher risk of perinatal depressive symptoms in women.

Conclusions:

- 1). The risk of perinatal depressive symptoms is associated with ways of coping with stressful situations or Anxiety-state and Anxiety-trait.,
- 2). the risk of perinatal depression among pregnant women increases with an elevation of emotion-concentrated styles of coping in stressful situations,
- 3). the risk of perinatal depression among postpartum women increases with an elevation of emotion-concentrated ways of coping in stressful situations and engagement in substitute activities,
- 4). analysis of undertaken research indicate for suitability of early diagnosis of specific styles of coping in stressful situations in order to implement proper therapy directed at the reduction of the risk of perinatal depression.

Keywords: **anxiety / depression / perinatal care / postpartum depression / pregnancy / psychology /**

Wstęp

Ciąża to dla większości kobiet okres oczekiwania na pomyślne jej zakończenie, czyli urodzenie zdrowego dziecka. Jest to okres doznawania intensywnych emocji, mających swoją genezę zarówno w fakcie przeżywania samej ciąży, jak i wcześniejszych doświadczeń kobiet i ich rodzin [1-3].

Wiele z kobiet w tym ważnym życiowo momencie wykazuje potrzebę wsparcia emocjonalnego, społecznego, ekonomicznego, a nawet informacyjnego, które umożliwiłyby jej odnalezienie się w roli przyszłej matki. Dla tych kobiet, które doświadczają poczucia osamotnienia, lęku czy braku szeroko rozumianego wsparcia okres ciąży, porodu i połogu może być okresem wysoce stresogennym, a czasami wręcz kryzysowym. Takie negatywne dla większości kobiet doświadczenia w wielu przypadkach mogą stanowić mechanizm spustowy, prowadzący do wystąpienia objawów depresji okołoporodowej.

Tradycyjnie „stan błogosławiony” był postrzegany jako czas dobrostanu emocjonalnego, jednak obecnie wiadomo, że ciąża nie zabezpiecza przed wystąpieniem depresji, a wręcz ją może wywoływać i/lub nasilać. Jak się szacuje od 10 do 20% kobiet doświadczają zaburzeń depresyjnych w okresie okołoporodowym [4-8].

W grupie kobiet z depresją w wywiadzie przed ciążą, obserwuje się nasilenie jej występowania w okresie okołoporodowym; również kobiety bez wcześniejszych epizodów depresyjnych doświadczają jej w kryzysowym momencie zakończenia ciąży, a nawet kilka tygodni-miesięcy po porodzie [2]. Oprócz czynników medycznych znaczący wpływ na pojawienie się objawów depresji okołoporodowej mają czynniki psychologiczne i społeczne [9-11].

Depresja może dotknąć pacjentki w ciąży fizjologicznej, a jej źródłem może być ogromny wysiłek związany ze zmianami biologicznymi i psychologicznymi, mogącymi wpływać na zdolność postrzegania własnej osoby, kontakty z otoczeniem, jak również przyczyniającymi się do wystąpienia obaw o zdrowie mającego się narodzić dziecka [1]. Bezspornie, dodatkowym obciążeniem jest każde powikłanie ciąży, wpływające na jej przebieg oraz rzutujące na czas i drogę jej zakończenia. Cały ten biologiczno-psychologiczny kontekst ciąży u części kobiet doprowadza do wystąpienia zaburzeń psychicznych opisywanych jako depresja okołoporodowa. Czynniki współodpowiedzialne za wystąpienie depresji lub chroniące przed nią, mogą leżeć w obszarze psychologicznym bądź w okolicznościach zewnętrznych związanych z etapem sytuacji ciąży-połogowej.

W psychologii dość powszechnie podkreśla się znaczenie stylów radzenia sobie z trudnościami życiowymi a zapadalnością na zaburzenia psychiczne jako wyraz pewnej dekompenсации związanej z mało skutecznym sposobem radzenia sobie ze stresem [12-16]. Wspomniane okoliczności zewnętrzne są związane z dynamiką przebiegu procesu okołoporodowego. W tym kontekście wyróżniono dwa naturalne okresy: ciążowy oraz połogowy. Obydwa te okresy stanowią obciążenie emocjonalne kobiet, ale rodzaj tego obciążenia jest nieco inny w sytuacji oczekiwania na urodzenie dziecka i „wsluchiwanie się” w przebieg ciąży, a inny wówczas kiedy dziecko urodzi się i następuje pewna konfrontacja oczekiwań z rzeczywistością oraz następuje cały szereg innych wyzwań dla położnicy.

Niemal każda z wymienionych okoliczności jest trudną sytuacją dla kobiet i uruchamia wiele sposobów radzenia sobie z nimi.

Style radzenia sobie w sytuacjach stresowych...

Istnieją dane, które wskazują na to, że niektóre ze stosowanych, czy też preferowanych stylów radzenia sobie ze stresem są bardziej lub mniej efektywne. Na tę efektywność może wpływać między innymi odczuwanie lęku doświadczanego przez kobiety. Lęk ten może utrudniać w wielu przypadkach adaptację do nowej i dynamicznie zmieniającej się sytuacji związanej z okresem okołoporodowym. Spielberg [17] różni dwa stany: lęk rozumiany jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki oraz lęk rozumiany jako względnie stała cecha osobowości. Dlatego dokonał on podziału na *Lęk-stan* i *Lęk-cechę* [18]. W tym rozumieniu lęk jest to stan, który charakteryzuje się subiektywnymi i świadomie postrzeganymi obawami oraz napięciem wynikającym z aktywacji i pobudzenia autonomicznego układu nerwowego. Natomiast lęk jako cecha, jest wynikiem dotychczasowych doświadczeń głównie zdobytych w okresie wczesnego dzieciństwa, co świadczy o jego wyuczonym charakterze [18].

Cel pracy

Celem pracy było zbadanie, czy istnieje zależność między nasileniem się lęku doświadczanego przez kobiety w okresie ciąży i położu a stylami radzenia sobie przez nie w sytuacji stresowej, a także czy te czynniki wpływają na zwiększenie ryzyka występowania objawów depresji okołoporodowej w badanej populacji.

Materiał i metody

W badaniach wzięło udział 229 pacjentek hospitalizowanych w Klinice Medycyny Matczyno-Płodowej Pomorskiej Akademii Medycznej (PAM) w Szczecinie w latach 2006-2007. Badaniem objęto 128 ciężarnych (w wieku ciążowym 32-40 tygodni) i 101 położnic (w 2-5 dniu położu). Autorzy uzyskali zgodę Komisji Bioetycznej PAM na przeprowadzenie badań oraz świadomą zgodę wszystkich pacjentek na udział w badaniach.

Poza szczegółową oceną kliniczną pacjentek przeprowadzoną przez lekarzy w ramach rutynowego wywiadu położniczo-ginekologicznego, zastosowano kwestionariusz EPDS (Edynburska Skala Depresji Okołoporodowej) – jako test skrinigowy w kierunku obecności objawów depresji okołoporodowej [19]. Na podstawie wyniku uzyskanego w kwestionariuszu EPDS (>12 punktów w 30 punktowej skali) 76 kobiet zakwalifikowano do grupy badanej (B) z objawami depresji okołoporodowej; grupę kontrolną (K) stanowiło 153 kobiet bez objawów depresji okołoporodowej (≤12 punktów).

Pacjentki z grupy badanej i kontrolnej podzielono na cztery podgrupy:

- CB – 50 kobiet ciężarnych z grupy badanej z objawami depresji okołoporodowej,
- PB – 26 położnic z grupy badanej z objawami depresji okołoporodowej,
- CK – 78 kobiet ciężarnych z grupy kontrolnej – bez objawów depresji okołoporodowej,
- PK – 75 położnic z grupy kontrolnej – bez objawów depresji okołoporodowej.

Oprócz kwestionariusza EPDS oraz ankiety demograficznej pacjentkom przedłożono do wypełnienia dwa inne kwestionariusze typu self-report:

- CISS – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach

Stresowych (*Coping Inventory for Stressful Situations*) Endlera i Parkera w polskiej adaptacji Strelaua, Jaworowskiej, Wrześniewskiego i Szczepanika [20],

- STAI – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (*State-Trait Anxiety Inventory*) autorstwa Spielberga, Gorsucha i Lushene'a [17] w polskiej adaptacji Spielberga, Strelaua, Tesarczyk i Wrześniewskiego [18].

Kwestionariusz CISS składa się z 48 stwierdzeń odnoszących się do różnych zachowań, jakie są podejmowane przez ludzi w sytuacjach trudnych, stresowych. Endler i Parker wyodrębnili trzy style radzenia sobie ze stresem: skoncentrowany na zadaniu (SSZ), skoncentrowany na emocjach (SSE) i skoncentrowany na unikaniu (SSU), z którego wyodrębnili dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ) i poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT). Nasilenie stylu radzenia sobie ze stresem było ocenione za pomocą skali punktowej (od 1 do 5).

Inwentarz STAI składa się z dwóch odrębnych podskal, oznaczonych symbolami X-1 i X-2. Podskala X-1 służy do pomiaru lęku jako stanu i zawiera 20 prostych twierdzeń; podobnie podskala X-2, badająca lęk jako cechę, składa się z 20 twierdzeń odnoszących się do subiektywnej oceny odczuć osoby badanej. Nasilenie *Lęku-stanu* i *Lęku-cechy* było oceniane za pomocą skali punktowej (od 1 do 4).

Wyniki surowe (punktowe) w obu kwestionariuszach zostały przeliczone na steny.

Analiza statystyczna

Na podstawie uzyskanych wyników indywidualnych obliczono wartości średnie \pm SD dla każdego stylu radzenia sobie ze stresem i porównano je między poszczególnymi grupami pacjentek. Na podstawie częstości występowania poszczególnych stylów ocenionych kwestionariuszami CISS i STAI obliczono ryzyko wystąpienia objawów depresji u ciężarnych i położnic z grupy badanej przy użyciu analizy odds ratio (OR, 95% CI).

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej, korzystając z programu STATISTICA 6.0 PL. Do obliczeń został wykorzystany test analizy wariancji oraz nieparametryczny test U Manna-Whitney'a dla zmiennych ciągłych takich jak: styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ), styl skoncentrowany na emocjach (SSE), styl skoncentrowany na unikaniu (SSU), angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ), poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT) oraz *Lęk-cecha*, *Lęk-stan*.

Wyniki

Zebrane w toku badań dane demograficzne nie wykazały statystycznie istotnych różnic pomiędzy analizowanymi grupami pacjentek w zakresie wieku (średnia 28,2 lat), wykształcenia oraz miejsca zamieszkania.

Z tabeli I wynika, że w zakresie stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na zadaniu, kobiety ciężarne różniły się istotnie statystycznie pomiędzy sobą ($p < 0,05$). Kobiety ciężarne z grupy badanej, u których stwierdzono obecność objawów depresyjnych, miały niższe nasilenie stylu skoncentrowanego na zadaniu w porównaniu do grupy kontrolnej. Natomiast nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w zakresie stylu skoncentrowanego na zadaniu u położnic z grupy badanej w porównaniu do grupy kontrolnej.

Podolska Magdalena Z, et al.

Tabela I. Wartości średnie \pm SD (wyrażone w stenach) skal stylów radzenia sobie ze stresem w grupie badanej (CB, PB) i w grupie kontrolnej (CK, PK).

Wymiary stylów radzenia sobie	Kobiety ciężarne CB (M/SD)	Kobiety ciężarne CK (M/SD)	p	Kobiety położnice PB (M/SD)	Kobiety położnice PK (M/SD)	p
SSZ	5,27/ \pm 1,75	6,07/ \pm 2,04	<0,05	5,77/ \pm 1,73	5,97/ \pm 2,18	ns
SSE	5,98/ \pm 1,72	4,62/ \pm 1,65	<0,001	5,58/ \pm 1,88	4,37/ \pm 1,90	<0,01
SSU	5,75/ \pm 1,90	5,81/ \pm 1,78	ns	6,04/ \pm 1,76	5,24/ \pm 1,86	ns
ACZ	5,92/ \pm 1,77	5,66/ \pm 2,02	ns	6,27/ \pm 1,64	5,20/ \pm 2,02	<0,05
PKT	5,35/ \pm 2,01	6,14/ \pm 1,80	<0,001	5,54/ \pm 1,86	5,47/ \pm 1,49	ns

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu
SSE – styl skoncentrowany na emocjach
SSU – styl skoncentrowany na unikaniu
ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze
PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

Tabela II. Wartości średnie \pm SD (wyrażone w stenach) skali *Lęku-cechy* i *Lęku-stanu* w grupie badanej (CB, PB) i w grupie kontrolnej (CK, PK).

Skale lęku	Kobiety ciężarne CB (M/SD)	Kobiety ciężarne CK (M/SD)	p	Kobiety położnice PB (M/SD)	Kobiety położnice PK (M/SD)	p
Lęk-stan	50,38/ \pm 9,99	37,94/ \pm 7,55	<0,001	44,19/ \pm 8,14	36,70/ \pm 8,63	<0,001
Lęk-cecha	46,92/ \pm 8,25	36,86/ \pm 5,91	<0,001	45,23/ \pm 7,48	35,57/ \pm 8,06	<0,001

Tabela III. Ryzyko wystąpienia depresji okołoporodowej w grupie kobiet ciężarnych (CB) i w grupie położnic (PB) w zależności od różnych stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych oraz *Lęku-stanu* i *Lęku-cechy*.

Style radzenia sobie i skale lęku	Kobiety ciężarne CB		p<	Kobiety położnice PB		p<
	OR	(95% CI)		OR	(95% CI)	
SSZ	0,80	(0,66 ; 0,98)	0,029	0,95	(0,77 ; 1,19)	ns
SSE	1,62	(1,27 ; 2,07)	0,000	1,40	(1,09 ; 1,81)	0,009
SSU	0,98	(0,80 ; 1,20)	ns	1,27	(0,99 ; 1,64)	ns
ACZ	1,07	(0,89 ; 1,29)	ns	1,34	(1,05 ; 1,72)	0,021
PKT	0,80	(0,65 ; 0,97)	0,025	1,03	(0,77 ; 1,36)	ns
Lęk-stan	1,18	(1,11 ; 1,25)	0,000	1,10	(1,04 ; 1,17)	0,001
Lęk-cecha	1,23	(1,14 ; 1,33)	0,000	1,15	(1,08 ; 1,23)	0,000

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu
SSE – styl skoncentrowany na emocjach
SSU – styl skoncentrowany na unikaniu
ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze
PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

Style radzenia sobie w sytuacjach stresowych...

W zakresie emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem u kobiet ciężarnych z grupy badanej stwierdzono statystycznie istotne różnice w porównaniu do grupy kontrolnej ($p < 0,001$). Podobnie w grupie badanych położnic stwierdzono istotne różnice w porównaniu do grupy kontrolnej ($p < 0,01$).

W obszarze unikowego stylu radzenia sobie ze stresem zarówno w grupie kobiet ciężarnych jak i w grupie położnic, nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic ze względu na obecność lub brak cech depresji okołoporodowej. Natomiast w zakresie stylu skoncentrowanego na zaangażowaniu się w czynności zastępcze, stwierdzono istotne różnice ($p < 0,005$) uwarunkowane obecnością objawów depresyjnych w grupie badanych położnic w porównaniu do grupy kontrolnej. Położnice z obecnością cech depresji okołoporodowej wykazywały większe zaangażowanie się w czynności zastępcze niż położnice, u których objawów depresyjnych nie stwierdzano.

Kobiety ciężarne z obecnością cech depresji okołoporodowej w stosunku do grupy kontrolnej w istotnie mniejszym stopniu radziły sobie ze stresem poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich ($p < 0,001$). Natomiast w grupie położnic pod względem tego samego rodzaju stylu radzenia sobie ze stresem, nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy kobietami z depresją okołoporodową i bez depresji.

W tabeli II dokonano porównania poziomu lęku u badanych kobiet. I tak w grupie kobiet ciężarnych i położnic z objawami depresji stwierdzono istotnie wyższy poziom *Lęku-stanu* i *Lęku-cechy* ($p < 0,001$).

Z tabeli III wynika, że ryzyko wystąpienia objawów depresji okołoporodowej u ciężarnych istotnie wzrasta wraz ze wzrostem nasilenia stosowania stylu skoncentrowanego na emocjach ($OR = 1,61$; $p < 0,000$), natomiast ciężarne, które wykorzystują styl skoncentrowany na rozwiązaniu zadania oraz w poszukiwaniu kontaktów towarzyskich mają zmniejszone ryzyko wystąpienia objawów depresji okołoporodowej (odpowiednio: $OR = 0,80$; $p < 0,029$ i $OR = 0,80$; $p < 0,025$).

W grupie położnic z objawami depresji okołoporodowej zaobserwowano, że ryzyko wystąpienia objawów depresji okołoporodowej istotnie wzrasta wraz ze wzrostem nasilenia stosowania stylu skoncentrowanego na emocjach ($OR = 1,40$; $p < 0,009$) oraz angażowaniu się w czynności zastępcze ($OR = 1,34$; $p < 0,021$).

Stwierdzono także, że *Lęk-stan* i *Lęk-cecha* nasilają istotnie ryzyko wystąpienia objawów depresji okołoporodowej zarówno u ciężarnych (odpowiednio: $OR = 1,18$ i $OR = 1,23$), jak i położnic (odpowiednio: $OR = 1,10$ i $OR = 1,15$).

Dyskusja

Depresja okołoporodowa jest uwarunkowana wieloma czynnikami: biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi. Zidentyfikowanie tych czynników u kobiet ciężarnych i położnic jest niezwykle istotne pod kątem profilaktyki i wczesnego wykrywania objawów depresji w okresie okołoporodowym, ale także wdrożenia ukierunkowanej i efektywnej terapii.

W niniejszej pracy wykazano, że występowanie objawów depresji okołoporodowej ma związek z preferowanym stylem radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Pacjentki ciężarne doświadczające objawów depresji okołoporodowej statystycznie istotnie częściej w porównaniu z grupą ciężarnych bez

objawów depresji stosowały styl skoncentrowany na emocjach oraz poszukiwaniu kontaktów towarzyskich jako sposobu unikania sytuacji stresowej. Podobnie położnice, u których stwierdzono objawy depresji okołoporodowej miały w większości tendencje do wykorzystywania stylów reagowania opartych na emocjach lub unikaniu rozwiązywania problemu przez wykonywanie czynności zastępczych. Stosowanie przez kobiety tych stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych podnosiło ryzyko wystąpienia objawów depresji okołoporodowej.

Uzasadniony wydaje się pogląd, że te mało konstruktywne sposoby reagowania w sytuacjach stresowych mogą przyczynić się do nasilenia komplikacji okołoporodowych lub też opóźnić podjęcie przez lekarzy odpowiednich działań terapeutycznych. Jak zauważyli Endler i Parker [13, 15] najbardziej pożądanym stylem radzenia sobie w sytuacji stresowej byłby styl skoncentrowany na zadaniu, które należy rozwiązać. W tym kontekście takim zadaniem dla kobiety ciężarnej powinno być urodzenie zdrowego dziecka. Podobnie uważa Fijałkowski [20], zwracający uwagę na aktywne i konstruktywne podchodzenie do porodu przez rodzące jak do zadania, które mają wykonać. Postawa taka zmniejsza poziom lęku przed porodem, a tym samym zmniejsza między innymi dolegliwości bólowe, co powoduje zazwyczaj skrócenie I i II okresu porodu [21, 22].

Podczas rozmów z psychologiem prowadzonych w ramach niniejszej pracy zdecydowana większość badanych w okresie ciąży jak i po porodzie kobiet deklarowała, iż doświadczała lęku przed porodem niezależnie od tego, czy miałby on przebiegać drogami natury, czy za pomocą cięcia cesarskiego oraz lęku przed brakiem poczucia kontroli przebiegu porodu i braku pewności co do stanu zdrowia rodzącego się dziecka. Podobnego zdania jest Hansell i Damour [23] oraz Allen [24], opisujący poród jako wydarzenie w życiu kobiety, które może być postrzegane przez nią jako doświadczenie traumatyczne niezależnie od sposobu jego zakończenia.

W zaprezentowanych badaniach własnych stwierdzono, że wraz z nasileniem *Lęku-stanu* i *Lęku-cechy* przez kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu wzrasta ryzyko wystąpienia objawów depresji. Zarówno kobiety ciężarne jak i położnice z objawami depresji miały istotnie statystycznie wyższy poziom *Lęku-stanu* oraz *Lęku-cechy*. Uzyskane wyniki potwierdzają doniesienia Zar i wsp. [25], którzy zaproponowali rozpatrywanie lęku przed porodem jako stanu i jako cechy, gdzie lęk przed porodem jako stan byłby przejściową reakcją kobiety ciężarnej na mający nastąpić poród, u podłoża którego mają leżeć obawy o przebieg porodu i jego następstwa. Miałyby on występować wyłącznie przed samym porodem, a jego nasilenie może wynikać z indywidualnych doświadczeń kobiety, w tym również posiadanej wiedzy na temat porodu.

Natomiast natężenie *Lęku-cechy* ma charakter utrwalonej tendencji do reagowania lękiem na wszystkie wydarzenia związane z porodem, stąd też będzie się utrzymywać także po porodzie. Konsekwencją tego jest silniejsze przeżywanie i odczuwanie dolegliwości bólowych związanych z jego przebiegiem, co prowadzi do nieadekwatnych reakcji emocjonalnych kobiety rodzącej.

Jednocześnie na uwagę zasługuje fakt, iż wysokie natężenie *Lęku-cechy* sprzyja większej intensywności przeżywania

Podolska Magdalena Z, et al.

Lęku-stanu, co w konsekwencji prowadzi do stosowania niekonstruktywnych stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych.

Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, iż konieczne jest podjęcie działań profilaktycznych, mających na celu obniżenie poziomu lęku przed i po porodzie oraz w jego trakcie a także naukę konstruktywnego radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Podobnego zdania są Saisto i wsp. [26] wykazujący skuteczność intensywnych programów terapeutycznych mających na celu zmniejszenie natężenia lęku przed porodem. Stąd też, kobiecie ciężarnej można zaproponować w zależności od potrzeb: udział w szkole rodzenia, psychoedukację lub też skorzystanie z pomocy psychologa.

Pomoc psychologa może mieć różny charakter – od nauki technik relaksacyjnych do podjęcia psychoterapii. Wydaje się, że najbardziej odpowiedni moment do tego rodzaju działań to pierwszy trymestr ciąży, tak aby można było w odpowiednim stopniu dokonać zmian w funkcjonowaniu emocjonalnym kobiety ciężarnej i uniknąć potencjalnej klinicznej depresji okołoporodowej.

W pracy wykazano także użyteczność zastosowania takich narzędzi, jak kwestionariusze CISS i STAI, które pozwalają na wykrycie indywidualnych predyspozycji psychologicznych zwiększających ryzyko depresji okołoporodowej. Ich zastosowanie jako uzupełnienie rutynowego skriningu depresji okołoporodowej (np. przy pomocy skali EPDS) może pozwolić na bardziej efektywną, zindywidualizowaną terapię pacjentek z objawami depresji.

Wnioski

1. Ryzyko wystąpienia objawów depresji okołoporodowej związane jest ze stylami radzenia sobie w sytuacjach stresowych oraz *Lękiem-stanem* i *Lękiem-cechą*.
2. Ryzyko wstąpienia objawów depresji okołoporodowej u ciężarnych wzrasta w przypadku stosowania stylu radzenia sobie w sytuacjach stresowych skoncentrowanego na emocjach.
3. Ryzyko wstąpienia objawów depresji okołoporodowej u położnic wzrasta w przypadku stosowania stylu skoncentrowanego na emocjach i angażowaniu się w czynności zastępcze.
4. Analiza przeprowadzonych badań wskazuje na celowość wdrażania wczesnej diagnostyki stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych u kobiet ciężarnych, celem podjęcia odpowiedniej terapii ukierunkowanej na zmniejszenie ryzyka rozwoju depresji okołoporodowej.

Piśmiennictwo

1. Podolska M, Majewska A. Lęk jako stan i jako cecha w grupie kobiet u których zakończono ciążę za pomocą cięcia cesarskiego. *Klin Perinat Ginekol*. 2007, 43, 4, 60-63.
2. Steiner M, Yonkers K. Depresja u kobiet. Gdańsk: *Via Medica*, 1999, 30-48.
3. Kossakowska-Petrycka K, Wałęcka-Matyja K. Psychologiczne uwarunkowania występowania depresji poporodowej u kobiet w ciąży o przebiegu prawidłowym i ciąży wysokiego ryzyka. *Ginekol Pol*. 2007, 78, 544-548.
4. Buist A, Condon J, Brooks J, [et al.]. Acceptability of routine screening for perinatal depression. *J Affect Disord*. 2006, 93, 233-237.
5. O'Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *Int Rev Psych*. 1996, 8, 37-54.
6. Bennett H, Einarson A, Taddio A, [et al.]. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004, 103, 698-709.
7. Gavin N, Gaynes B, Lohr K, [et al.]. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005, 106, 1071-1083.
8. Josefsson A, Berg G, Nordin C, [et al.]. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001, 80, 251-255.
9. Yong-Ku K, Ji-Won H, Kye-Hyun K, [et al.]. Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: A prospective study. *Psychiatr Clin Neurosci*. 2008, 62, 331-340.
10. Verkerk G, Denollet J, Van Heck G, [et al.]. Personality factors as determinants of depression in postpartum women: a prospective 1-year follow-up study. *Psychosom Med*. 2005, 67, 632-637.
11. Rich-Edwards J, Kleinman K, Abrams A, [et al.]. Sociodemographic predictors of antenatal and postnatal depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health*. 2006, 60, 221-227.
12. Parker J, Endler N. Coping with coping assessment: a critical review. *Eur J Pers*. 1992, 6, 321-344.
13. Folkman S, Lazarus R. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*. 1980, 21, 219-239.
14. MacLeod A, Williams J. Moderate levels of chronic mood disturbance are associated with increased cognitive complexity about the self. *Br J Med Psychol*. 2003, 59, 1371-1385.
15. Endler N, Parker J. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J Pers Soc Psychol*. 1990, 58, 844-854.
16. Tomczak-Witych A. Strategie pacjentek depresyjnych radzenia sobie ze stresem. *Psychiatr Pol*. 2006, 40, 3, 491-502.
17. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, California: *Consulting Psychologist Press*, 1970.
18. Wrześniewski K, Sosnowski T. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku /ISCU/. Polska adaptacja STAI. Podręcznik. Warszawa: *Pracownia Testów Psychologicznych. Polskie Towarzystwo Psychologiczne*, 1996.
19. Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987, 150:782-786.
20. Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K, [et al.]. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Podręcznik. Warszawa: *Pracownia Testów Psychologicznych. Polskie Towarzystwo Psychologiczne*, 2005.
21. Fijałkowski W. Poród naturalny po przygotowaniu w szkole rodzenia. Warszawa: *PZWL*, 1989.
22. Macy C, Falkner F. Pregnancy and birth. Pleasures and problems. London: *Harper & Row*, 1979.
23. Hansell J, Damour L. Abnormal psychology. Chichester: *John Wiley & Sons*O. 2005.
24. Allen S. A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *J Reprod Infant Psychol*. 1998, 16, 107-132.
25. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scand J Behav Ther*. 2001, 30, 75-84.
26. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J, [et al.]. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol*. 2001, 98, 820-826.