

Psychologiczne uwarunkowania wystąpienia depresji poporodowej u kobiet w ciąży o przebiegu prawidłowym i ciąży wysokiego ryzyka

Psychological causative factors in postpartum depression amongst women with normal and high-risk pregnancies

Kossakowska-Petrycka Karolina¹, Wałęcka-Matyja Katarzyna²

¹Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

²Zakład Psychologii Rodziny i Rozwoju Człowieka, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

Streszczenie

Cel pracy: Podejmując badania przedstawione w niniejszym artykule, przyjęto założenie, że stan psychiczny matki w czasie ciąży wiąże się z jej stanem psychicznym po porodzie.

Celem prezentowanych badań było ustalenie czy sytuacja ciąży wysokiego ryzyka i stres z nią związany istotnie różnicuje występowanie depresji poporodowej w odniesieniu do sytuacji ciąży o prawidłowym przebiegu, a także, czy istnieje związek pomiędzy poziomem przeżywanego stresu i depresji w czasie ciąży a występowaniem depresji poporodowej u kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka.

Materiał i metody: W badaniach udział wzięły kobiety w ciąży o prawidłowym przebiegu, które stanowiły grupę kontrolną (35 osób) oraz kobiety w ciąży wysokiego ryzyka, stanowiące grupę badawczą (35 osób).

Szukając odpowiedzi na postawione pytania badawcze zastosowano następujące metody: ankietę demograficzną, Skalę Odczuwanego Stresu, Skalę Depresji Becka i Edynburską Skalę Depresji Poporodowej.

Wyniki: Kobiety w ciąży wysokiego ryzyka doświadczają znacznie wyższego poziomu stresu i negatywnych emocji z nim związanych, z czym gorzej sobie radzą w porównaniu do kobiet w ciąży o przebiegu prawidłowym.

W grupie kobiet z ciążą wysokiego ryzyka odnotowano również większe nasilenie symptomów depresji w trakcie trwania ciąży.

W obu grupach badanych kobiet wyższy poziom stresu i nasilenia depresji w trakcie ciąży wiązał się z występowaniem większego nasilenia objawów depresji poporodowej.

Wnioski: Okres ciąży, w szczególności zagrożony komplikacjami zdrowotnymi matki, a tym samym związany z większym stresem, niepewnością i przygnębieniem, stanowi dodatkowy czynnik ryzyka depresji poporodowej. Stąd konieczne wydaje się podjęcie praktycznych oddziaływań i stworzenie programów terapeutycznych nastawionych na udzielenie wsparcia psychologicznego cierpiącym kobietom.

Słowa kluczowe: **ciąża wysokiego ryzyka / depresja poporodowa / ciąża – psychologia / poród – psychologia / powikłania ciąży – psychologia / ciąża wysokiego ryzyka – psychologia /**

Adres do korespondencji:

Karolina Kossakowska-Petrycka
Uniwersytet Łódzki, Instytut Psychologii, Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej
Łódź 91-433, ul. Smugowa 10/12
e-mail: karolpet@uni.lodz.pl

Otrzymano: 10.01.2007

Zaakceptowano do druku: 14.05.2007

Abstract

Objectives: The study presented in the following article was based on the assumption a state of mind of a mother-to-be directly influences her state of mind after giving birth.

The aim of the study was to determine whether a case of a high-risk pregnancy, and the related stress, can be significant causative factors in postpartum depression, in case of pregnancies with a normal course, as well as whether incidences of postpartum depression among women with normal and high-risk pregnancies are correlated with the level of stress and depression experienced during pregnancy.

Materials and Methods: 70 women were examined in the study: 35 women with normal pregnancies represented the control group and 35 women with high-risk pregnancies represented the study group. The following methods were used to find answers to the posed research questions: a demographic survey, Perceived Stress Scale, the Beck Depression Scale and the Edinburgh Postnatal Depression Scale.

Results: Women with high-risk pregnancies demonstrated a significantly much higher level of stress and related negative emotions; also they handled the stress and emotions worse than women with normal pregnancies.

Also, higher intensity of depression symptoms during pregnancy were observed in the study group of women with high-risk pregnancies.

In both groups, higher intensity of symptoms of post-childbirth depression was correlated with higher level of stress and more severe depression during pregnancy.

Conclusions: Pregnancy – especially high-risk pregnancy, which is associated with health difficulties and complications, and consequently, higher stress level, feelings of uncertainty and depression – is an additional risk factor of postpartum depression.

There exists a necessity to create therapeutic programs aimed at psychological support for suffering women.

Key words: **high-risk pregnancy / depression postpartum – etiology /
pregnancy complications – physiology / pregnancy high risk – physiology /
pregnancy – physiology /**

Wstęp

Rozwój człowieka przebiega od poczęcia aż do śmierci. W ciągu swej egzystencji przechodzi on przez kolejne etapy, na których nabywa i utrzuca nowe zdolności. Jednak nie każdy okres w życiu sprzyja optymalnemu przystosowaniu do środowiska. Istnieją bowiem okresy równowagi, w których brak jest czynników mogących działać niesprzyjająco na funkcjonowanie człowieka, jak i okresy nierównowagi, w których adaptacja jest zakłócona czynnikami wewnętrznymi lub zewnętrznymi. Występują wtedy napięcia, wahania, niepewność i inne zaburzenia zachowania [1].

Jedną z sytuacji w życiu kobiety, w której funkcjonowanie i spełnianie zadań jest trudniejsze niż zwykle stanowi ciąża. Najczęściej stan ten wiąże się z ogromną radością i oczekiwaniem przyścia na świat dziecka. Jednakże dla organizmu to czas wielkiego wysiłku, związany z występowaniem wielu zmian o charakterze biologicznym oraz psychologicznym, które powodują odmienne spostrzeganie siebie w relacji z otaczającym światem. Pojawia się lęk o zdrowie dziecka, zakłóceniu mogą ulec więzi z najbliższymi, mogą wystąpić trudności związane z pracą zawodową, zmiana w postrzeganiu swojej osoby, mogą pojawić się problemy zdrowotne oraz wiele innych sytuacji indukujących u kobiety stan napięcia, a także smutek i depresję.

Szczególnie jest to częste, kiedy ciąża jest wysokiego ryzyka, definiowana jako każda ciąża, w której występują czynniki (powiązane z matką, jak choroby matki lub z płodem – zagrożenie poronieniem, przedwczesnym porodem) potencjalnie niekorzystnie wpływające na rozwiązanie tej ciąży [2].

Inaczej mówiąc istnieje niebezpieczeństwo niepomyślnego

zakończenia ciąży. W tym przypadku kobieta jest narażona na doświadczanie długotrwałego stresu psychologicznego, którego nasilenie może przekraczać jej zdolności adaptacyjne.

Być może ów stres w znacznej mierze wpływa na samopoczucie kobiety podczas ciąży i przed porodem, będąc następnie istotnym predykatorem poporodowych zaburzeń depresyjnych [3].

Po porodzie kobiety mogą doświadczać wielu emocji o różnym zabarwieniu i sile, od euforii po depresję. Jednym z poważniejszych zaburzeń emocjonalnych dotyczącym kobiety po urodzeniu dziecka jest depresja poporodowa (*postpartum depression*, PPD). Pojawia się ona w ciągu pierwszych trzech miesięcy po porodzie u około 10-20% kobiet, które po raz pierwszy podejmują rolę matki.

Depresja poporodowa charakteryzuje się m.in.: drażliwością, obniżeniem nastroju, przygnębieniem, zmęczeniem, osłabieniem zainteresowań (w tym spadkiem zainteresowań seksualnych), lękiem o dziecko, negatywną oceną własnych kompetencji w roli matki i związanym z tym poczuciem winy oraz osłabieniem koncentracji uwagi.

Czas trwania depresji poporodowej jest różnie określany przez badaczy tej problematyki. Najczęściej przyjmuje się, że jest to okres od trzech tygodni do 12 miesięcy po porodzie [4].

Uczeni zajmujący się ustaleniem etiologii depresji poporodowej są zgodni, iż jest ona złożona i wieloczynnikowa [5].

Mimo tego europejskie i amerykańskie badania ostatniego dwudziestolecia zwracają uwagę na cztery najczęściej występujące grupy czynników ryzyka depresyjnych zaburzeń poporodowych. Należą do nich: zmienne demograficzne, czynniki ginekologiczno-położnicze, czynniki biologiczne oraz czynniki o charakterze psychologiczno-społecznym [4].

Do zmiennych demograficznych zaliczane są: wiek, płeć, wykształcenie oraz status społeczno-ekonomiczny.

Wśród czynników ginekologiczno-położniczych, ściśle związanych z sytuacją porodu, wyróżniane są następujące: komplikacje w trakcie ciąży i porodu oraz sposób karmienia [4, 6].

Kolejną grupę czynników, biorących udział w etiologii depresyjnych zaburzeń nastroju, stanowią uwarunkowania biologiczne. Zmiany hormonalne, tj. wahania poziomu: estrogenów, progesteronu, kortyzolu i prolaktyny, wpływają na zmiany nastroju związane z ciążą i porodem, stąd hipoteza, że zachodzi między nimi związek przyczynowo-skutkowy [7].

Ostatnią i najbardziej liczną grupę czynników ryzyka stanowią czynniki psychologiczno-społeczne. Wśród nich wymieniane są: samopoczucie w czasie ciąży, zmiany życiowe po narodzinach dziecka, wsparcie społeczne, cechy osobowości, jakość związku małżeńskiego, a także osobista i rodzinna sytuacja psychiatryczna.

Istotnym jest, by kobieta ciężarna i jej rodzina miała świadomość faktu, iż nastrój i samopoczucie kobiety, dociera na drodze neurohormonalnej do nienarodzonego dziecka, rzutu-jąc na jego rozwój. Zatem można zadać pytanie czy stan psychiczny matki w czasie ciąży wiąże się z jej stanem psychicznym po porodzie. Jest to problem złożony i szczególnie ważny z punktu psychologii: rodziny, rozwoju człowieka oraz klinicznej. Zatem zasadne wydaje się przeprowadzenie badań, które podejmowałyby próbę wyjaśnienia go.

Cel pracy

Celem prezentowanych badań było ustalenie, czy sytuacja ciąży wysokiego ryzyka i stres z nią związany istotnie różnicuje występowanie depresji poporodowej w odniesieniu do sytuacji ciąży o prawidłowym przebiegu, a także, czy istnieje związek pomiędzy poziomem przeżywanego stresu i depresji w czasie ciąży a występowaniem depresji poporodowej u kobiet w ciąży prawidłowej i w ciąży wysokiego ryzyka.

Materiał i metody

W badaniach udział wzięły kobiety, uczestniczki szkół rodzenia w Łodzi. Grupę kontrolną (N=35) stanowiły kobiety w ciąży o prawidłowym przebiegu, zaś grupę badawczą (N=35) kobiety w ciąży wysokiego ryzyka. Kryterium doboru do grupy badawczej stanowiła ciąża wysokiego ryzyka w postaci zagrożenia poronieniem, przedwczesnym porodem i chorobami matki. Dobór do próby badawczej miał charakter nieprobablistyczny.

Kobiety z obu grup badawczych nie różniły się znacząco w zakresie następujących zmiennych: wiek (grupa kontrolna: M=28,63; SD=2,51 oraz grupa badawcza: M=29, 77; SD=2,32), wykształcenie (w obu badanych grupach występowała przewaga kobiet z wykształceniem średnim i studiami licencjackimi) oraz stan cywilny (w obu badanych grupach kobiet znacząco przeważały mężatki).

Analiza w grupie kontrolnej nie uwzględniła podziału pod kątem charakterystyki ciąży wysokiego ryzyka ze względu na niewielką liczebność grup.

Udział w badaniach był anonimowy. Uczestniczki z obu badanych grup otrzymały do wypełnienia trzy kwestionariusze typu *self-report*.

Dwa z nich, wraz z ankietą demograficzną wypełniły będąc w trzecim trymestrze ciąży (Skala Odczuwanego Stresu (SOS), Skala Depresji Becka (BDI), trzeci kwestionariusz – w okresie od 4 do 12 tygodnia po narodzinach dziecka (Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS)). Poniżej zamieszczono krótką charakterystykę wykorzystanych w badaniach metod. Ankieta demograficzna służyła zebraniu danych dotyczących wieku badanych kobiet, stanu cywilnego, wykształcenia oraz dodatkowo w przypadku kobiet z grupy badawczej – charakterystyki ciąży wysokiego ryzyka.

Skala Odczuwanego Stresu (SOS) w adaptacji Z. Juczyńskiego [8] to narzędzie obejmujące 10 twierdzeń. Skala to mierzy globalne odczucie stresu w danej sytuacji życiowej, jak również trudności w radzeniu sobie z nim i natężenie negatywnych emocji. Została zastosowana w celu określenia poziomu stresu u kobiet w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka i ciąży o niezakończonym przebiegu.

Skala Depresji Becka (BDI) to kwestionariusz zawierający 21 stwierdzeń odnoszących się do symptomów charakterystycznych dla depresji, takich jak: smutek, pesymizm, utrata satysfakcji czy tendencje samobójcze. Wykorzystano ją w celu oszacowania natężenia symptomów depresji w trakcie trwania ciąży.

Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS) [9] składa się z 10 twierdzeń, które opisują samopoczucie w ciągu ostatnich 7 dni. Posłużono się nią w celu określenia wskaźnika depresji poporodowej u badanych osób.

Uzyskane, za pomocą przedstawionych powyżej metod, dane poddano analizie statystycznej, wykorzystując program komputerowy SPSS PC+. Przy prezentacji zebranego materiału badawczego o charakterze jakościowym wykorzystano metodę zestawień liczbowych i procentowych.

Rozpatrując wyniki grup porównawczych, tj. kontrolnej i badawczej w zakresie badanych zmiennych psychologicznych (stres, depresja) zastosowano test t- Studenta. Natomiast analizując związek przeżywanego stresu i depresji w trakcie ciąży z występowaniem depresji poporodowej w badanych grupach kobiet posłużono się współczynnikiem korelacji r-Pearsona.

Wyniki

Zgodnie z oczekiwaniami otrzymano istotne statystycznie różnice pomiędzy porównywanymi grupami kobiet w zakresie poziomu odczuwanego stresu. Okazało się, że kobiety, które doświadczyły ciąży wysokiego ryzyka przejawiały wyższy poziom stresu i miały znacząco większe trudności w radzeniu sobie z przeciwnościami wynikającymi z sytuacji życiowej, w jakiej się znajdują. Kobiety z grupy badawczej cechowały się również wyższym poziomem natężenia odczuwanych emocji negatywnych niż kobiety, których ciąża przebiegała prawidłowo. Dane w tym zakresie ilustruje tabela I.

Nasilenie symptomów depresji w czasie trwania ciąży oraz po porodzie również okazało się istotnie wyższe w grupie kobiet w ciąży wysokiego ryzyka w porównaniu z grupą kobiet w ciąży o przebiegu prawidłowym (Tabela II, III).

W obu badanych grupach kobiet stwierdzono także występowanie dodatniego związku pomiędzy globalnym odczuciem stresu i depresją w trakcie ciąży a nasileniem objawów depresji poporodowej. Tabela IV przedstawia otrzymane w tym zakresie wyniki.

Kossakowska-Petrycka Karolina et al.

Tabela I. Zestawienie porównawcze poziomu stresu, trudności w radzeniu sobie i natężeniu negatywnych emocji w dwóch badanych grupach kobiet.

Zmienne psychologiczne	ciąża prawidłowa		ciąża powikłana		t	p
	M	SD	M	SD		
Poziom odczuwanego stresu	21,09	4,02	23,49	3,62	-2,627	0,011
Trudności w radzeniu sobie	10,14	2,02	11,14	1,46	-2,377	0,020
Natężenie negatywnych emocji	8,66	2,634	12,23	2,25	-6,099	0,00

Tabela II. Porównanie nasilenia symptomów depresji podczas trwania ciąży w badanych grupach kobiet.

	ciąża prawidłowa		ciąża powikłana		t	p
	M	SD	M	SD		
Nasilenie symptomów depresji	10,11	2,26	13,06	3,95	-3,828	0,000

Tabela III. Porównanie nasilenia symptomów depresji poporodowej w badanych grupach kobiet.

	ciąża prawidłowa		ciąża powikłana		t	p
	M	SD	M	SD		
Nasilenie symptomów depresji poporodowej	8,26	2,904	11,46	2,65	-4,816	0,0

Tabela IV. Porównanie nasilenia symptomów depresji podczas trwania ciąży w badanych grupach kobiet. (** p < 0,01)

	ciąża prawidłowa		ciąża powikłana	
	PPD	PPD	PPD	PPD
Globalne odczucie stresu	0,58**	0,67**		
Symptomy depresji w ciąży	0,61**	0,66**		

Dyskusja

W przeprowadzonych badaniach własnych potwierdzono założone hipotezy, a uzyskane wyniki badań są zgodne z dotychczasowymi rezultatami.

Ciąża bywa niezwykle stresującym wydarzeniem w życiu kobiety. Stres ten wpływa w znacznej mierze na samopoczucie w czasie ciąży i przed porodem, będąc istotnym predykatorem poporodowych zaburzeń depresyjnych [3].

Glasser i wsp. [10] wśród czynników najbardziej predysponujących do wystąpienia PPD wymieniają symptomy depresji w trakcie ciąży.

Dotychczasowe badania wskazują także, że poziom stresu u kobiet w ciąży o prawidłowym przebiegu jest mniejszy aniżeli w przypadku kobiet w ciąży wysokiego ryzyka [11].

Ponadto reakcje emocjonalne charakterystyczne dla kobiet w ciąży o prawidłowym przebiegu mają wyraźną tendencję do nasilania się w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka. Z obserwacji wynika również, że z ciążą powikłaną wiąże się wyższy poziom symptomów depresyjnych [12].

Wnioski

1. Stan ciąży zagrożonej nasila przeżywany stres i negatywne emocje z nim związane oraz utrudnia radzenie sobie z tą trudną psychologicznie sytuacją.
2. Wstępowanie większego nasilenia objawów depresji poporodowej u kobiet w ciąży wysokiego ryzyka wskazuje na fakt, że ciąża powikłana stanowi dodatkowy czynnik ryzyka depresji poporodowej.
3. Wyższy poziom stresu i depresji w trakcie ciąży związany z występowaniem większego nasilenia objawów depresji poporodowej wskazuje, że zarówno stres w ciąży, jak i zaburzenia emocjonalne w postaci symptomów depresyjnych stanowią istotny czynnik ryzyka w etiologii depresji poporodowej.
4. Specyfika zaburzeń nastroju w tym szczególnym dla kobiety okresie ciąży wymaga podjęcia praktycznych oddziaływań terapeutycznych skierowanych do kobiet cierpiących na PPD. Możliwość udziału w spotkaniach grupy wsparcia, pozwoliłaby na wymianę doświadczeń, zdobycie umiejętności przewartościowywania sytuacji, korzystania z zasobów wsparcia społecznego, na naukę kontroli nad emocjami oraz na budowanie relacji międzyludzkich. Kontakt z innymi osobami, doświadczającymi podobnych problemów często stanowi bowiem dodatkowy czynnik podnoszący jakość ludzkiego życia.
5. Ze względu na pilotażowy charakter przeprowadzonych badań istotne wydaje się podjęcie dalszych poszukiwań warunkowań wystąpienia depresji poporodowej, zwłaszcza pod kątem różnorodnej charakterystyki ciąży wysokiego ryzyka.
6. Proponowane wskazówki praktyczne do oddziaływań terapeutycznych w tym obszarze dotyczyłyby udziału kobiet cierpiących na PPD w spotkaniach grupy wsparcia, umożliwiających wymianę doświadczeń, zdobycie umiejętności przewartościowywania sytuacji, korzystania z zasobów wsparcia społecznego, zdobywania kontroli nad emocjami oraz nabywania umiejętności budowania relacji międzyludzkich. Kontakt z innymi osobami, doświadczającymi podobnych problemów często stanowi bowiem dodatkowy czynnik wpływający na podniesienie jakości życia.

Psychologiczne uwarunkowania wystąpienia depresji poporodowej...

Piśmiennictwo

1. Hurlock E. Rozwój dziecka. T. 1-2 [Wyd. 3 zm.]. Warszawa: Państw Wydaw Naukowe, 1985.
2. Lechtentritt R, Blumental N, Elyassi A, [et al.]. High-risk pregnancy and hospitalization : the women's voice. *Health Soc Work.* 1985, 30, 39-47.
3. Steuden S, Szymona K. Psychologiczne aspekty macierzyństwa i ojcostwa w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka. W: Problemy zdrowia psychicznego kobiet. Pod red. Meder J. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, 2003, 109-121.
4. Wasilewska-Pordes M. Depresja porodowa u kobiet. Kraków: Radamsa, 2000.
5. Pużyński S. Depresje. Wyd. 2 usup. Warszawa: Państw Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1988.
6. Łukasik A, Błaszczak K, Wojcieszyn M, [et al.]. Charakterystyka zaburzeń afektywnych u położnic w 1 tygodniu połogu. *Ginekol Pol.* 2003, 74, 1194-1199.
7. Steiner M, Yonkers K. Zaburzenia nastroju związane z porodem. W: Depresja u kobiet. Steiner M, Yonkers K. Gdańsk: Wyd. Via Medica, 1999, 30-51.
8. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP, 1996.
9. 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.
10. Glasser S, Barell V, Boyko V, [et al.]. Postpartum depression in an Israeli cohort: demographic, psychosocial and medical risk factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2000, 21, 99-108.
11. Besser A, Priel B, Wiznitzer A. Childbearing depressive symptomatology in high-risk pregnancies: the role of working models and social support. *Pers-Relatsh.* 2000, 9, 395-413.
12. Mercer R, Ferketich S. Stress and social support as predictors of anxiety and depression during pregnancy. *ANS Adv Nurs Sci.* 1988, 10, 83-95.