

Lęk - jako stan i jako cecha u kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka

Anxiety as a state and trait in women with normal and highly compromised pregnancy

Aleksandra Rutkowska¹, Agnieszka Rolińska², Wojciech Kwaśniewski³,
Marta Makara-Studzińska², Anna Kwaśniewska⁴

¹Gabinet Psychologiczny Aleksandra Rutkowska; ul. Agatowa 15/32, 20-571 Lublin

²Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

³Zakład Immunologii Medycznej i Immunoterapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

⁴Katedra i Klinika Położnictwa i Patologii Ciąży Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Wstęp: Lęk towarzyszy człowiekowi już w życiu prenatalnym. Szczególny jest w kontekście ciąży prawidłowej i zagrożonej, gdy kobieta poza swoim zdrowiem troszczy się też o bezpieczeństwo przyszłego dziecka. Celem badań było stwierdzenie, czy istnieje różnica w natężeniu lęku jako stanu (zależnego od sytuacji) oraz jako cechy (nabytej dyspozycji behawioralnej) w grupie kobiet z ciążą prawidłową i wysokiego ryzyka. Materiał: Przebadano 111 kobiet. Kryteria badawcze: 1/ pierwszotną, 2/ wiek ciążowy do 32 tygodnia trwania ciąży. Grupa badana: 61 kobiet hospitalizowanych w Klinice Położnictwa i Patologii Ciąży Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z patologicznym przebiegiem ciąży. Grupa kontrolna: 50 kobiet w ciąży prawidłowej. Wszystkie kobiety miały około 28 lat, pochodziły z Lublina bądź okolic, w większości były małżonkami z wyższym lub średnim wykształceniem. Metody: Zastosowano Kwestionariusz Stanu i Cechy Lęku (STAI). Pozwala on na wyłonienie osób o zdecydowanie wysokim, lub zdecydowanie niskim poziomie lęku, rozumianego jako stała dyspozycja wewnętrzna (czyli cecha, ma ona charakter lęku wyuczonego X2) oraz daje możliwość rejestrowania nasilenia lęku pojawiającego się na skutek określonych bodźców zewnętrznych (jako stan, X1). Wyniki: Wykazano wyższe, istotnie statystycznie ($p=0,004$), nasilenie lęku jako stanu (X-1) w grupie kobiet z ciążą zagrożoną. Oznacza to, że te kobiety odczuwają wyższy poziom lęku sytuacyjnego, w porównaniu do kobiet w ciąży prawidłowej. Nie stwierdzono różnicy istotnej statystycznie w wartości lęku jako cechy (trwałej dyspozycji behawioralnej). Omówienie wyników: Wyższy lęk – stan (X1) w grupie kobiet z ciążą zagrożoną, przy braku podwyższonego lęku jako cechy (X2), dotyczy kobiet hospitalizowanych. Reagowały one lękiem na zagrożenie ciąży, co wzmocniła między innymi izolacja od bliskich. Wnioski: 1. Ciąża zagrożona wpływa istotnie na poziom lęku stanu (zależnego od bodźców zewnętrznych), nie wpływa natomiast na poziom lęku cechy (trwałej dyspozycji behawioralnej). 2. Hospitalizacja kobiet w ciąży wysokiego ryzyka może wpływać dodatnio na natężenie poziomu lęku jako stanu, nie wpływa na natężenie lęku jako cechy.

Słowa kluczowe: lęk, ciąża wysokiego ryzyka, ciąża prawidłowa

Abstract

Introduction: Anxiety accompanies a man even in his prenatal life. It has a particular form in the context of normal and compromised pregnancy, when a woman, apart from her own health, is also worried about the safety of her future baby. The aim of the study was to find out if there is a difference in the intensity of anxiety as a state (dependent on the situation) and as a trait (an acquired behavioral disposition) in the groups of women with normal pregnancy and with highly compromised pregnancy. Material: The research comprised 111 women. The study criteria: 1) primipara, 2) the stage of pregnancy – up to the 32nd week. The study group: 61 women hospitalized at the Department of Obstetrics and Compromised Pregnancy Medical University of Lublin with an abnormal, pathological course of pregnancy. The control group: 50 women with a normal course of pregnancy. All the women were about 28 years old and came from Lublin or its vicinity; most of them were married and had higher or secondary education. Methods: The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) was used. It allows selecting the persons with a decidedly high or a decidedly low level of anxiety understood as a lasting inner disposition (that is a trait; it has the character of learned anxiety X2), and it makes it possible to record the intensity of anxiety occurring as result of certain defined external stimuli (as a state, X1). Results: A higher, statistically significant ($p=0.004$) intensity of anxiety as a state (X-1) in the group of women with compromised pregnancy was demonstrated. This means that these women experience a higher level of situational anxiety as compared to women with normal pregnancy. No statistically significant difference was found in the value of anxiety (a lasting behavioral disposition). Discussion of the results: A higher anxiety as a state (X1) in the group of women with compromised pregnancy, with a lack of increased anxiety as a trait (X2) concerns hospitalized women. They responded with anxiety to a threat to their pregnancy, which was strengthened by, among others, isolation from their loved ones. Conclusions: 1. A compromised pregnancy significantly influences the level of anxiety as a state (dependent on external stimuli), but it does not influence the level of anxiety as a trait (a lasting behavioral disposition). 2. Hospitalization of women with highly compromised pregnancy may positively influence the intensity of the level of anxiety as a state, but it does not influence the intensity of anxiety as a trait.

Keywords: anxiety, highly compromised pregnancy, normal pregnancy

Wstęp

Lęk to emocja towarzysząca człowiekowi przez całe życie, również w życiu prenatalnym. Sam fakt ciąży, zwłaszcza pierwszej, jest dla kobiety zupełnie nową sytuacją i może wywoływać lęki i obawy w procesie dostosowania się do odmiennej sytuacji. Inne jednak może być oblicze tego uczucia w ciąży wysokiego ryzyka, gdy kobieta odczuwa początki więzi emocjonalnej z dzieckiem, a jednocześnie zaczyna poważnie obawiać się o jego życie i zdrowie [1,2,3]. Wiele badań psychosomatycznych kobiet w ciąży ocenia nasilenie lęku zarówno w ciąży prawidłowej, jak i zagrożonej od strony zarówno lęku jako przyczyny oraz jako skutku powikłań. Trzeba zaznaczyć, że obecność lęku lub jego brak, w znacznym stopniu określa jakość funkcjonowania osobowości jednostki. Wysoki poziom lęku zarówno w znaczeniu sytuacyjnym, jak i trwałej dyspozycji znacząco wpływa na zachowanie i sposób myślenia osoby – utrudniając konfrontację z trudnościami żywymi.

Materiał

Wszystkie zakwalifikowane do badań pacjentki wyraziły zgodę na udział w anonimowych badaniach. Badane pacjentki, wyrażając zgodę na przeprowadzenie badań, zostały dokładnie poinformowane o celu przeprowadzanych badań, jak również o sposobie prawidłowego ich wykonania. Testy psychologiczne wykonywały samodzielnie, w dowolnym dla siebie czasie. Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie na przeprowadzenie badań.

Grupę kontrolną stanowiło 50 kobiet, u których ciąża przebiegała prawidłowo. Były to głównie słuchaczki szkół rodzenia zlokalizowanych na terenie miasta Lublin. Szczegółowym kryterium włączenia pacjentek do grupy kontrolnej był prawidłowy, fizjologiczny przebieg ciąży.

Do grupy badanej zakwalifikowano 61 kobiet hospitalizowanych w Klinice Położnictwa i Patologii Ciąży Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Szczegółowym kryterium włączenia pacjentek do grupy badanej był nieprawidłowy, patologiczny przebieg ciąży, obecność czynników ryzyka, ciąży wysokiego ryzyka. Szczegółowe przyczyny hospitalizacji pacjentek z grupy badanej przedstawiono w tabeli 1.

Wykazano, iż największą liczbę pacjentek z grupy badanej hospitalizowano w oddziale patologii ciąży z powodu poronienia zagrażającego co stanowiło ok. 33%. Kolejna pod względem liczebności to grupa kobiet hospitalizowanych z powodu zagrożenia porodem przedwczesnym (ok. 30%). Kolejno 4 pacjentki hospitalizowano z powodu cukrzycy ciążowej (ok. 7%) zdecydowanie mniej liczne przyczyny hospitalizacji to np. małowodzie, czy infekcja dróg moczowych, cholestaza ciążowa (po ok. 5%). Pojedyncze pacjentki, zakwalifikowane do badań, hospitalizowano z powodu nadciśnienia tętniczego indukowanego ciążą czy też trombocytopenii zgodnie z zestawieniem powyżej (wartości mniejsze niż 4%).

Tab.1. Przyczyna hospitalizacji pacjentek z grupy badanej

Diagnoza	N	%
poronienie zagrażające	20	32,79
poród przedwczesny zagrażający	18	29,51
cukrzyca ciążowa	4	6,56
małowodzie	3	4,92
infekcja dróg moczowych	3	4,92
nadciśnienie tętnicze	3	4,92
cholestaza ciążowa	2	3,28
małopłytkowość	2	3,28
IUGR- wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu płodu	2	3,28
niewydolność cieśniowo – szyjkowa	1	1,64
kamica nerkowa	1	1,64
torbiel jajnika	1	1,64
łożysko przodujące	1	1,64

Średnia wieku w obu badanych grupach nie różniła się statystycznie i wyniosła 27,4 (SD±4,97) dla grupy badanej i 28.13 (SD±4,04) dla grupy kontrolnej, p= 0,15.

Zdecydowana większość kobiet hospitalizowanych z powodu zagrożenia ciąży określiła swoje miejsce zamieszkania jako miasto pow. 50 tys. mieszkańców. Kolejno, blisko 29% pochodziło z terenów wiejskich, natomiast ok. 21% zadeklarowało miejsce zamieszkania, jako miasto do 50 tys. mieszkańców. W grupie kontrolnej, największa liczba badanych kobiet rekrutowała się z terenu miasta o liczebności powyżej 50 tysięcy mieszkańców (66%). Kolejno pod względem liczebności uplasowała się grupa kobiet z terenów wiejskich (20%). Najmniej liczna grupa ochotniczek w tej grupie to ciężarne z miejscowości do 50. tys. (14%). Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy obiema grupami pod względem miejsca zamieszkania.

W aspekcie stanu cywilnego, zdecydowana większość (aż prawie 83%) spośród hospitalizowanych kobiet stanowiły mężatki. Znacznie mniej, bo 6 kobiet określiło swój stan cywilny jako „panna” (ok. 9.9%). 5 pacjentek zadeklarowało, że pozostają w związku nieformalnym (ok. 8,2%). Analogicznie w grupie kontrolnej aż 94% stanowiły mężatki. Dwie kobiety zadeklarowały, iż pozostają w związku nieformalnym (4%), natomiast jedna oświadczyła że jest panną (2%). Pod względem stanu cywilnego badane grupy również nie różniły się statystycznie.

Ponad połowa kobiet grupy badanej posiadała wykształcenie wyższe (ok. 54%). Niewiele mniej (ok. 41%) określiła swój poziom wykształcenia jako średnie. Dwie pacjentki twierdziły, iż posiadają wykształcenie zawodowe (3,27), jedna z kobiet w grupie badanej stwierdziła, że posiada wykształcenie podstawowe (ok. 1,7%). Podobnie w grupie kontrolnej, najwięcej kobiet posiadała wykształcenie wyższe (76%). Na drugim miejscu znalazła się podgrupa kobiet o wykształceniu średnim (22%). Zaledwie jedna kobieta (2%) określiła swoje wykształcenie jako

podstawowe. W grupie kontrolnej nie znalazły się ciężarne posiadające wykształcenie zawodowe. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupami w wymiarze wykształcenia.

Większość kobiet w grupie badanej zadeklarowała, iż pracuje umysłowo (prawie 60%). Spora liczba spośród nich (około 30%) zaznaczyła, że obecnie nie są one zatrudnione. Kolejno 10 kobiet określiło rodzaj wykonywanej pracy, jako fizyczna (ok. 16,4%). Jedna spośród badanych kobiet opisała rodzaj wykonywanej pracy jako „rolnik” (1,67%). Analogicznie największa liczba kobiet w grupie kontrolnej określiła, że pracuje umysłowo (70%). 24% w tej grupie zadeklarowało, że nie są obecnie zatrudnione. Trzy spośród badanych zaznaczyło, iż pracuje fizycznie (6%). Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pod względem rodzaju wykonywanej pracy w obu grupach kobiet.

Pod względem średniej wieku ciąży w tygodniach, w obu badanych grupach wynik nie różnił się statystycznie i wynosił 22,18 (SD $\pm$ 8,38) dla grupy badanej i 23,68 (SD $\pm$ 7,21) dla grupy kontrolnej.

Metoda

Aby zbadać i porównać poziom lęku jako stanu i jako cechy u kobiet w ciąży prawidłowej i zagrożonej zastosowano Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)[4].

Metoda opiera się na koncepcji Spielbergera. Według niego (lęk – stan) charakteryzuje się subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego. Natomiast lęk jako cecha to konstrukt teoretyczny oznaczający „motyw lub nabytą dyspozycję behawioralną”, czyniącą jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku, nieproporcjonalnie silnymi, w stosunku do obiektywnego zagrożenia. Lęk, jako cecha odnosi się do swoistej, wyuczonej reakcji, której formowanie się autor metody umiejscawia już we

wczesnym okresie dzieciństwa, a konkretnie w relacji rodzic – dziecko i systemie karania. Interesujące w tej koncepcji jest również podkreślenie roli, jaką w osobowości lękowej pełnią procesy poznawcze, a mianowicie specyficzne, podporządkowane lękowi spostrzeganie sytuacji. Przeciwnie do lęku stanu, który charakteryzuje się zmiennością w relacji do sytuacji zagrażającej, lęk jako cecha powinna odznaczać się względną stabilnością [4]. Fakt posiadania osobowości lękowej, czyli wysokiego poziomu lęku jako cechy nie oznacza, że osoba przejawia wysoki poziom lęku – stanu permanentnie. Oznacza jednak, że prawdopodobnie w sytuacji zagrażającej osoba ta zareaguje wysokim lękiem – stanem. A zatem na ogół z wyższym poziomem lęku – cechy, koreluje wyższy poziom lęku – stanu. Nie trzeba uzasadniać, jak istotny dla oceny zasobów psychologicznych pacjentek z ciążą zagrożoną jest poziom lęku, zarówno stanu jak i cechy. Omawiany kwestionariusz przeznaczony jest dla młodzieży i dorosłych.

W procesie opracowywania wyników badań, jak również opisywania grupy badawczej i kontrolnej, użyto operacji statystycznej pakietu MS Statistica: test t Studenta (statystyka parametryczna) służąca do porównywania różnic między średnimi w dwóch grupach niezależnych.

Wyniki

W tabeli 2 zestawiono wyniki przeliczone i średnie dla skali x1 i x2 w grupie kobiet z ciążą prawidłową i zagrożoną. Zgodnie z zestawieniem, wartości średnie i przeliczone wskazują na wyższe nasilenie lęku jako stanu (x-1) w grupie kobiet hospitalizowanych z powodu ciąży zagrożonej. Różnica okazała się istotna statystycznie, dla ($p=0,004$). Dostrzegalna jest także różnica wartości przeliczonych, gdzie nasilenie lęku w grupie badanej sięga 7 stena. Oznacza to, że kobiety hospitalizowane z przyczyn zagrożenia ciąży odczuwają istotnie wyższy poziom lęku sytuacyjnego, wyzwolonego przez bodźce zewnętrzne, w porównaniu do kobiet w ciąży prawidłowej. Nie stwierdzono natomiast różnicy istotnej statystycznie w wartości

Tab. 2. Wartości średnie oraz przeliczone określające poziom lęku stanu i cechy w obu grupach

Zmienna	Testy t; Grupująca: Rodzaj badanej grupy: Grupa 1: badana (ciąża zagrożona) Grupa 2 : kontrolna (ciąża prawidłowa)						
	Średnia badana	Średnia kontrolna	Sten badana	Sten kontr.	t	df	p
x-1	41,62	35,80	7	5	2,90	109	0,004
x-2	40,02	38,84	6	6	0,68	109	0,497

X-1- lęk jako stan

X-2- lęk jako cecha

sten – wynik przeliczony wg norm

t – test „t” (wartość t)

p- istotność statystyczna $p<0,05$

średniej i przeliczonej lęku jako cechy, co oznacza, że zarówno kobiety w ciąży zagrożonej, jak i w ciąży prawidłowej nie charakteryzują się nabytą dyspozycją behawioralną, czyli skłonnością do reagowania nieproporcjonalnie silnymi stanami lęku – w stosunku do realnego niebezpieczeństwa [4].

Dyskusja

Wyniki pomiaru lęku wykazują różnice w wartości średniej dla X1 i X2 pomiędzy grupami i wskazują na wyższy poziom lęku stanu i cechy w grupie kobiet hospitalizowanych z powodu zagrożenia ciąży. W przypadku X1 różnica jest istotna statystycznie ($p=0,004$). Wynik dla grupy badanej jest wyższy, jednak zgodnie z normami nie przekracza wartości średniej (7 sten). Nie jest to jednak wynik wysoki w porównaniu np. z dostępnymi w literaturze badaniami mierzącymi lęk w zbliżonych warunkach badawczych [1,2,3].

Oznacza to jednak, że przebywające w oddziale patologii ciąży kobiety odczuwają statystycznie istotny wyższy poziom lęku stanu (X1), w porównaniu z grupą kontrolną. W ujęciu twórcy koncepcji i metody badawczej Spielbergera, lęk stan (X1) należy rozumieć jako odpowiedź autonomicznego układu nerwowego na zaistniałe czynniki sytuacyjne [4]. Są to świadomie postrzegane uczucia obawy i napięcia spowodowane realnie zagrażającymi czynnikami. W przypadku natomiast lęku cechy (X2) mamy do czynienia z „nabytą dyspozycją behawioralną”, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających, co wywołuje reakcje lękowe. Lęk cecha (X2) oznacza zatem utrwaloną cechę osobowości, co jednak nie występuje w znaczeniu istotnym statystycznie w badanej grupie [4].

Obecność wyższego lęku – stanu (X1) w grupie kobiet z ciążą zagrożoną, należy odnieść bezpośrednio do sytuacji, w jakiej pacjentki się znajdują [5]. Badane kobiety reagowały lękiem na rzeczywistość zagrożenia ciąży, co prawdopodobnie wzmacniałaby okoliczności czasowej izolacji od środowiska rodzinnego, dotychczas wykonywanych zajęć, czy obecność innych kobiet z podobnymi problemami. W opisanych warunkach lęk jest zjawiskiem potwierdzonym przez wielu znawców problemu [3,5,6,7,8,9,10].

Lęk w ciąży zagrożonej można też rozpatrywać dwojako: jako skutek zagrożenia ciąży, lub jako przyczynę powikłań. Chociaż istnieje szereg badań potwierdzających współistnienie lęku i niepowodzeń położniczych [1,6,7] wskazujących na lęk jako bezpośrednią przyczynę późniejszych powikłań ciąży, to jednak niniejsze badania nie potwierdzają tej tezy. W wypadku badanej przez autorów grupy, analizę przeprowadzono w sposób porównawczy pomiędzy grupą kobiet z ciążą powikłaną oraz z ciążą prawidłową. Uniemożliwia to stwierdzenie, czy u kobiet hospitalizowanych lęk wystąpił wcześniej przed wystą-

pieniem patologii ciąży. W tym celu należałoby przebadać kobiety psychometrycznie w sposób podłużny, powtarzając pomiary lęku kilkakrotnie w czasie trwania ciąży, a nawet jeszcze przed zajściem. Ponadto badania osobowości pacjentek nie wskazały lęku, jako cechy (X2), co wskazywałoby na osobowościowe uwarunkowania nadmiernego lęku.

Wnioski

1. Ciąża zagrożona wpływa dodatnio na poziom lęku jako stanu (zależnego od bodźców zewnętrznych), nie wpływa natomiast na poziom lęku jako cechy (trwałej dyspozycji behawioralnej)
2. Zwiększenie poziomu lęku jako stanu u kobiet w ciąży zagrożonej może być wzmacniane przez fakt hospitalizacji, nie wpływa to natomiast na natężenie lęku jako cechy (trwałej dyspozycji behawioralnej).

Piśmiennictwo

1. Ciesielski M, Michałek M., Szlapo E., Ścisłowicz K. Typy osobowości a zaburzenia emocjonalne u kobiet z patologicznym przebiegiem ciąży. *Wiad. Lek.*, 1994; 47(1-2): 25-30.
2. Kwaśniewska A., Krackowski J., Wartacz E., Robak J., Semczuk M. Ocena lęku oraz analiza struktury osobowości kobiet zagrożonych porodem przedwczesnym i porodem po terminie. *Post. Psychiatr Neurol.*, 1996; 5: 185-193.
3. Pawełczyk A., Cypriak K., Bielawska-Batorowicz E. Poziom lęku i wień emocjonalna z dzieckiem w okresie ciąży u kobiet zdrowych i z cukrzycą ciążową. *Diabetol. Pol.* 1999; 6(3): 189-192.
4. Wrześniewski K., Sosnowski T., i wsp. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI, polska adaptacja. Warszawa; Pracownia Testów Psychologicznych: 2006.
5. Beisert M., Sęk H., Psychologiczne problemy kobiet w ciąży specjalnej troski. *Gin. Pol.*, 1982; 53(11): 721-732.
6. Motyka M. Psychologiczne uwarunkowania powikłań położniczych. *Gin. Pol.*, 1982; 53(5-6): 431-435.
7. Zdziennicki A. Lęk jako czynnik zagrożenia w perinatologii. *Wiad. Lek.*, 1994; 47(17-18): 698-699.
8. Żrubek H., Czajka R. Czy istnieje zespół niepokoju związanego z ciążą i porodem?, *Gin. Pol.*, 1988; (59) Supl.: 355-358.
9. Krackowski J., Szymona K., Smoleń A., Krzyżanowski A., Nasilenie i struktura niepokoju u kobiet z objawami poronienia zagrażającego a konsekwencje położnicze., *Gin. Pol.*, 2003; 74(supl. 2): 108.
10. Rymaszewska J., Dolna M., Grzyboś M., Kiejna A. Zaburzenia psychiczne okołoporodowe – epidemiologia, etiologia, klasyfikacja, leczenie. *Gin. Pol.*, 2005; 76(4): 323-328.

Correspondence address

Gabinet Psychologiczny Aleksandra Rutkowska
Ul. Agatowa 15/32
20-571 Lublin, alexa_r@wp.pl