

## Wpływ wybranych zmiennych socjodemograficznych i medycznych na nasilenie objawów lękowych i depresyjnych w poszczególnych trymestrach ciąży

### The influence of sociodemographic and medical variables on severity of anxiety and depressive symptoms during particular trimesters of pregnancy

Justyna Moryłowska-Topolska<sup>1</sup>, Marta Makara-Studzińska<sup>2</sup>,  
Jan Kotarski<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Katedra Psychiatrii UM w Lublinie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Czernikiewicz

<sup>2</sup> Zakład Psychologii Stosowanej UM w Lublinie

Kierownik: prof. dr hab. n. o zdrowiu M. Makara-Studzińska

<sup>3</sup> I Katedra i Klinika Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii UM w Lublinie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Kotarski

#### Summary

**Aim.** The aim of the study was to research the effect of selected socio-demographic and medical variables on the severity of symptoms of anxiety and depression in different trimesters of pregnancy.

**Materials and methods.** The study was prospective, longitudinal, the group consisted of 314 adult pregnant women. To assess the prevalence of depressive and anxiety symptoms the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used. The results were statistically analyzed. To assess the normal distribution the Shapiro-Wilk test was used. Non-parametric tests: Mann Whitney U test and Kruskal Wallis ANOVA were used due to the distribution of the variables tested against the intergroup comparisons that deviate from the normal distribution.

**Results.** Only the assessment of the financial and housing situation given by the respondents was related to the severity of symptoms of anxiety and depression in the course of the entire pregnancy. The unmarried respondents had greater severity of depressive symptoms in the first and third trimesters. Other socio-demographic variables were not associated with the severity of symptoms of anxiety and depression in different trimesters of pregnancy. Medical variables (associated with an obstetric-gynecological history), such as a history of miscarriage, complications in a previous pregnancy, the mode of delivery in a previous pregnancy, generally did not affect the severity of symptoms of anxiety and depression during pregnancy. Only major symptoms of depression during the third trimester were associated with complications in a previous pregnancy. An unplanned pregnancy turned out to be one of the most crucial variables determining higher severity of anxiety and depression during pregnancy.

**Conclusions.** The knowledge of socio-demographic and medical factors associated with the severity of symptoms of anxiety and depression during pregnancy may facilitate better monitoring the groups of women being particularly vulnerable to the occurrence of these disorders. The introduction of screening tests regarding anxiety and depression during pregnancy, being carried out systematically in the course of pregnancy provides an opportunity for earlier diagnosis and more rapid implementation of good practice.

**Słowa klucze:** lęk, depresja, ciąża

**Key words:** anxiety, depression, pregnancy

## Wstęp

Badania wykazują, że przeciwnie do tego, co sądzono do niedawna, ciąża nie chroni kobiet przed zachorowaniem na depresję [1]. Nadal jednak powszechnie uważa się, że problemy zdrowia psychicznego w okresie ciąży są znacznie rzadsze w porównaniu z okresem poporodowym, co skutkuje tym, że zaburzenia lękowe i depresyjne w ciąży są niedostatecznie często rozpoznawane [2, 3].

Okolo połowa chorych na depresję wykazuje współistnienie objawów spełniających kryteria zespołów lękowych, natomiast dane na temat zaburzeń lękowych występujących w ciąży są jeszcze bardziej ograniczone.

Przeprowadzone do tej pory badania wskazują na znaczenie czynników psychospołecznych w rozwoju perinatalnych zaburzeń nastroju, należy jednak podkreślić, że większość przeprowadzonych badań odnosiła się do okresu poporodowego lub jedynie jednego z trymestrów ciąży, a przede wszystkim trzeciego [4, 5].

Celem naukowym pracy jest analiza występowania objawów lęku i depresji w poszczególnych trymestrach ciąży oraz próba wyjaśnienia ich uwarunkowań z uwzględnieniem wybranych czynników ryzyka.

## Metoda

Badanie przeprowadzono w poradniach ginekologiczno-położniczych w województwach lubelskim oraz mazowieckim w okresie od stycznia 2011 r. do maja 2012 r. Były to zarówno państwowe, jak i prywatne gabinety w miastach powiatowych (Zamość, Tarnobrzeg, Janów Lubelski, Nowy Dwór Mazowiecki, Legionowo) i mieście wojewódzkim (Lublin). Grupę badaną stanowiły kobiety w wieku od 19 do 44 roku życia zgłaszające się do poradni ginekologiczno-położniczej w pierwszym trymestrze ciąży.

Projekt badania uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (KE-0254/77/2011).

Badanie miało charakter prospektywny, longitudinalny. Każda z kobiet była badana trzykrotnie: w pierwszym, drugim i trzecim trymestrze ciąży podczas wizyt kontrolnych w gabinecie ginekologiczno-położniczym. Wykorzystano następujące narzędzia badawcze: Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (HADS) oraz Kwestionariusz Socjodemograficzny.

Szpitalna Skala Lęku i Depresji składa się z dwóch niezależnych podskal mierzących poziom lęku i depresji. Każda z nich zawiera siedem stwierdzeń dotyczących

aktualnego stanu badanego. Nasilenie określonych cech ocenia sam pacjent, mając do wyboru czterostopniową skalę oceny. Osiągnięcie w każdej podskali 0–7 punktów uważane jest za normę, 8–10 za łagodne, 11–14 punktów – umiarkowane, a 15–21 – za ciężkie zaburzenia [6].

Kwestionariusz demograficzno-epidemiologiczny konstrukcji własnej uwzględniał następujące dane: wiek, stan cywilny, tydzień ciąży, wykształcenie, miejsce zamieszkania, rodzaj wykonywanej pracy, ocenę sytuacji materialnej i mieszkaniowej oraz dane związane z wywiadem ginekologiczno-położniczym (przebieg poprzedniej ciąży, rodzaj porodu, liczba dzieci, poronienie w wywiadzie, fakt planowania obecnej ciąży).

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Parametry jakościowe scharakteryzowano za pomocą licznosci i rozkładów procentowych. Do oceny normalności rozkładu został wykorzystany test W Shapiro-Wilka. Ze względu na odbiegający od rozkładu normalnego rozkład badanych zmiennych do porównań międzygrupowych zastosowano testy nieparametryczne: test U Manna-Whitneya oraz test ANOVA Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności  $p(\alpha) = 0,05$ . Analizy statystyczne przeprowadzono w oparciu o program Statistica 6.

W badaniu wzięło udział 314 ciężarnych kobiet. Średnia wieku badanych kobiet wyniosła 28,64 ( $\pm 4,77$ ) roku. Najmłodsza badana miała 19 lat, najstarsza 44 lata.

Średnia wieku ciążowego w pierwszym trymestrze wynosiła 11,22 ( $\pm 1,8$ ) tygodnia, w drugim trymestrze 21,05 ( $\pm 2,9$ ) tygodnia, w trzecim trymestrze 32,99 ( $\pm 2,8$ ) tygodnia. Charakterystykę grupy badanej z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych i medycznych szczegółowo przedstawiają tabele 1 i 2.

Tabela 1. Struktura badanej grupy z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych

Zmienna	Wartość zmiennej	N	%
Stan cywilny	panna	34	10,83
	mężatka	254	80,89
	rozwidziona	1	0,32
	związek nieformalny	25	7,96
Wykształcenie	wyższe	123	39,17
	średnie	151	48,09
	zawodowe	32	10,19
	podstawowe	8	2,55
Miejsce zamieszkania	miasto wojewódzkie	85	27,07
	miasto powiatowe	99	31,53
	wieś	130	41,40
Wykonywana praca zawodowa	umysłowa	163	51,91
	fizyczna	73	23,25
	nie pracuje	62	19,75
	uczy się	16	5,09

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Dochód	< 500	37	11,78
	500–1000	142	45,22
	1000–2000	99	31,53
	> 2000	36	11,47
Ocena sytuacji materialnej	bardzo dobra	15	4,78
	dobra	172	54,78
	średnia	116	36,94
	zła	11	3,50
Ocena sytuacji mieszkaniowej	bardzo dobra	71	22,61
	dobra	169	53,82
	średnia	66	21,02
	zła	8	2,55

N – liczba badanych

Tabela 2. Struktura badanej grupy z uwzględnieniem zmiennych medycznych

Zmienna	Wartość zmiennej	N	%
Ciąża	pierwsza	146	46,50
	druga	101	32,16
	trzecia	38	12,10
	czwarta	23	7,32
	piąta	2	0,64
	szósta	2	0,64
	siódma	2	0,64
Posiadanie dzieci	tak	156	49,68
	nie	158	50,32
Liczba dzieci	1	119	76,28
	2	26	16,67
	3	11	7,05
Ciąża planowana	tak	221	70,38
	nie	93	29,62
Przebieg ostatniej ciąży	prawidłowy	113	67,26
	komplikacje	55	32,74
Rodzaj komplikacji w poprzedniej ciąży	poronienie	24	48,98
	poronienie zagrażające	14	28,57
	poród przedwczesny	3	6,12
	obumarła ciąża	2	4,08
	zatrucie ciążowe	2	4,08
	krwawienie	1	2,04
	wymioty	3	6,12

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Rodzaj porodu	drogami natury	109	69,87
	cięcie cesarskie	47	30,13
Rodzaj cięcia cesarskiego	nagle	36	76,60
	planowane	11	23,40
Poronienie	tak	51	30,36
	nie	117	69,64

N – liczba badanych

## Wyniki

W pierwszym trymestrze ciąży 86 kobiet (27,4%) uzyskało dodatni wynik w podskali lęku Szpitalnej Skali Lęku i Depresji. Przeważał lęk o łagodnym (N = 44; 14,0%) i umiarkowanym nasileniu (N = 38; 12,1%). Jedynie u 4 badanych kobiet (1,3%) występował lęk o ciężkim nasileniu. Nieco mniejsza liczba kobiet (N = 75; 23,9%) w drugim trymestrze uzyskała dodatni wynik w podskali lęku HADS. Również przeważał lęk o łagodnym (N = 52; 16,6%) i umiarkowanym nasileniu (N = 20; 6,4%). Zaledwie u 3 badanych kobiet (0,9%) występował lęk o ciężkim nasileniu. W trzecim trymestrze ciąży 29,9% (N = 94) badanych uzyskało dodatni wynik w podskali lęku HADS. Najczęściej był to lęk o łagodnym (N = 48; 15,3%) i umiarkowanym nasileniu (N = 40; 12,8%). Tylko u 6 badanych kobiet (1,9%) występował lęk o ciężkim nasileniu. Najczęściej objawy lękowe występowały w trzecim trymestrze ciąży, najrzadziej w drugim. Średnia punktacja uzyskana przez badane w podskali lęku HADS wynosiła odpowiednio dla pierwszego, drugiego i trzeciego trymestru: 6,13 ( $\pm 3,44$ ), 5,70 ( $\pm 3,09$ ) oraz 6,30 ( $\pm 3,55$ ).

W podskali depresji Skali HADS w pierwszym trymestrze ciąży dodatni wynik uzyskało 48 badanych kobiet (15,3%). Przeważały objawy depresyjne o nasileniu łagodnym (N = 43; 13,7%). Jedynie u 4 badanych (1,3%) stwierdzono występowanie objawów depresyjnych o nasileniu umiarkowanym, a u jednej badanej (0,3%) o nasileniu ciężkim. W drugim trymestrze 40 badanych (12,7%) uzyskało dodatni wynik w podskali depresji Skali HADS. Przeważały również objawy depresyjne o nasileniu łagodnym (N = 35; 11,1%). Tylko u 5 kobiet (1,6%) stwierdzono umiarkowane nasilenie objawów depresyjnych. W trzecim trymestrze ciąży 14% (N = 44) badanych uzyskało dodatni wynik w podskali depresji Skali HADS. Objawy depresyjne o nasileniu łagodnym występowały u 35 badanych kobiet (11,1%), u 8 – o nasileniu umiarkowanym (2,6%), u jednej (0,3%) – o nasileniu ciężkim. Najczęściej objawy depresyjne występowały w pierwszym trymestrze ciąży, najrzadziej w drugim. Średnia punktacja uzyskana przez badane w podskali depresji HADS wynosiła odpowiednio dla pierwszego, drugiego i trzeciego trymestru: 3,96 ( $\pm 2,89$ ), 3,81 ( $\pm 2,78$ ) oraz 4,12 ( $\pm 2,98$ ).

Tabele 3 i 4 – *na następnej stronie* – przedstawiają zależności między średnimi wynikami uzyskanymi przez badane w Skali Lęku i Depresji HADS w kolejnych trymestrach ciąży a zmiennymi socjodemograficznymi.

Tabela 3. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach ciąży w zależności od zmiennych socjodemograficznych

Charakterystyka demograficzna		HADS lęk – I trymestr				HADS lęk – II trymestr				HADS lęk – III trymestr			
		M	SD	H	p	M	SD	H	p	M	SD	H	p
Wiek	≤ 25	6,55	3,44	0,444	0,800	5,72	3,25	0,092	0,954	6,42	3,58	0,431	0,806
	26–35	6,02	3,32			5,63	2,96			6,22	3,63		
	≥ 36	6,17	3,67			5,94	3,36			6,36	3,07		
Miejsce zamieszkania	Miasto wojewódzkie	5,60	2,96	2,500	0,286	5,32	2,96	2,522	0,283	5,65	2,54	2,561	
	Miasto powiatowe	6,11	3,46			5,69	2,75			6,15	3,28		
	Wieś	6,50	3,68			5,94	3,39			6,83	6,83		
Wykształcenie	Wyższe	5,95	3,08	1,844	0,605	5,56	2,74	1,182	0,757	5,56	3,21	2,335	
	Średnie	5,96	3,62			5,46	2,92			6,19	3,80		
	Podstawowe	6,90	3,92			5,56	2,74			7,22	4,28		
Stan cywilny	Panna	7,35	4,84	2,533	0,281	5,14	2,69	2,449	0,293	7,58	4,62	3,490	0,174
	Mężatka	6,04	3,06			5,80	3,03			6,22	3,35		
	Związek nieformalny	5,60	4,37			5,60	3,91			5,48	3,40		
Rodzaj aktywności zawodowej	Umysłowa	6,34	3,50	1,487	0,475	5,72	2,79	0,620	0,733	6,12	3,35	5,274	0,071
	Fizyczna	5,79	3,33			5,83	3,63			5,83	3,70		
	Nie pracuje	6,01	3,40			5,51	3,16			7,07	3,70		
Dochód	< 500	6,10	3,31	1,807	0,613	6,40	2,20	7,615	0,045	6,78	3,98	0,645	0,886
	500–1000	6,31	3,53			5,54	3,26			6,31	3,44		
	1000–2000	6,11	3,25			5,88	3,01			6,24	3,58		
	> 2000	5,50	3,72			5,05	3,31			5,88	3,47		
Sytuacja materialna	Bardzo dobra	3,53	1,12	24,667	0,000	3,60	1,59	23,544	0,000	3,73	2,01	15,768	0,000
	Dobra	5,58	2,97			5,13	2,65			5,90	3,09		
	Średnia/zła	7,18	3,85			6,71	3,45			7,13	4,01		
Sytuacja mieszkaniowa	Bardzo dobra	5,15	2,89	11,110	0,003	4,60	2,74	15,882	0,000	5,35	2,92	7,092	0,028
	Dobra	6,10	3,38			5,83	3,13			6,48	3,82		
	Średnia/zła	7,13	3,78			6,44	3,04			6,78	3,31		

Tabela 4. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS w poszczególnych trymestrach ciąży w zależności od zmiennych socjodemograficznych

Charakterystyka demograficzna		HADS depresja – I trymestr				HADS depresja – II trymestr				HADS depresja – III trymestr			
		M	SD	H	P	M	SD	H	p	M	SD	H	p
Wiek	≤ 25	4,65	2,67	4,074	0,130	3,78	2,64	0,413	0,813	3,91	2,74	4,074	0,130
	26–35	3,81	2,91			3,77	2,84			4,24	3,13		
	≥ 36	3,97	2,93			4,07	2,86			4,02	2,83		
Miejsce zamieszkania	Miasto wojewódzkie	3,98	2,76	0,252	0,882	3,82	2,73	0,469	0,791	3,70	2,44	1,651	0,438
	Miasto powiatowe	4,10	3,14			3,58	2,52			4,47	3,40		
	Wieś	3,84	2,79			3,97	3,00			4,12	4,12		
Wykształcenie	Wyższe	3,72	2,59	1,243	0,742	3,56	2,68	4,071	0,253	3,56	2,68	2,133	0,545
	Średnie	3,82	2,59			3,55	2,50			4,00	2,86		
	Podstawowe	4,30	3,14			3,56	2,68			4,72	3,28		
Stan cywilny	Panna	5,14	3,28	13,347	0,001	3,88	2,48	0,618	0,733	4,85	2,92	5,942	0,049
	Mężatka	3,90	2,66			3,84	2,85			4,12	2,96		
	Związek nieformalny	3,12	4,04			3,40	2,50			3,28	3,06		
Rodzaj aktywności zawodowej	Umysłowa	4,12	2,99	1,059	0,588	3,78	2,69	1,520	0,467	4,05	2,99	2,068	0,355
	Fizyczna	3,73	2,85			3,61	2,99			3,91	3,01		
	Nie pracuje	3,83	2,75			4,05	2,78			4,44	2,95		
Dochód	< 500	3,78	2,27	3,312	0,345	4,40	2,69	3,609	0,306	4,64	3,05	2,710	0,438
	500–1000	3,96	2,91			3,68	2,73			4,07	2,87		
	1000–2000	4,18	2,88			3,80	2,70			3,87	3,09		
	> 2000	3,55	3,46			3,72	3,28			4,41	3,09		
Sytuacja materialna	Bardzo dobra	1,86	1,24	30,295	0,000	1,86	1,80	29,699	0,000	2,40	1,40	16,642	0,000
	Dobra	3,43	2,56			3,29	2,54			3,74	2,89		
	Średnia/zła	4,93	3,14			4,74	2,90			4,83	3,08		
Sytuacja mieszkaniowa	Bardzo dobra	2,92	2,14	12,454	0,002	2,54	1,85	18,667	0,000	3,11	2,34	11,448	0,003
	Dobra	4,11	2,86			4,08	2,92			4,34	3,22		
	Średnia/zła	4,60	3,35			4,40	2,85			4,58	2,76		

Badane ze wszystkich grup wiekowych uzyskały zbliżone wyniki w obu podskalach HADS. Dla wykształcenia, miejsca zamieszkania, rodzaju aktywności zawodowej również nie otrzymano różnic co do średnich wyników uzyskanych przez badane w obu podskalach.

Badane będące pannami uzyskały wyższe wyniki w skali lęku w pierwszym i trzecim trymestrze ciąży w porównaniu z kobietami będącymi mężatkami i żyjącymi w związku nieformalnym, dla depresji podobne wyniki uzyskano dla wszystkich trymestrów. W odniesieniu do depresji różnica była istotna statystycznie ( $p < 0,05$ ), ale jedynie w pierwszym i trzecim trymestrze. Najniższy wynik w podskali lęku HADS we wszystkich trymestrach uzyskały kobiety o najwyższych dochodach, jednak tylko w drugim trymestrze osiągnięto istotność statystyczną ( $p < 0,05$ ), dla objawów depresyjnych nie osiągnięto różnicy istotnej statystycznie.

We wszystkich trymestrach ciąży niższe wyniki w obu podskalach Skali HADS uzyskały kobiety, które wyżej oceniały swoją sytuację materialną i mieszkaniową ( $p < 0,05$ ).

Tabele 5 i 6 przedstawiają szczegółowe wyniki oceny zależności między średnimi wynikami w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji a następującymi zmiennymi medycznymi związanymi z wywiadem ginekologiczno-położniczym: pierwsza ciąża/kolejna ciąża, posiadanie dzieci, przebieg ostatniej ciąży, rodzaj ostatniego porodu (naturalny/cięcie cesarskie), poronienie w wywiadzie, fakt planowania obecnej ciąży.

Tabela 5. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali lęku HADS w poszczególnych trymestrach ciąży w zależności od zmiennych związanych z wywiadem położniczym

		HADS lęk – I trymestr				HADS lęk – II trymestr				HADS lęk – III trymestr			
		M	SD	H	p	M	SD	H	p	M	SD	H	p
Pierwsza ciąża	Tak	6,68	3,73	-0,389	0,693	5,33	3,11	-2,273	0,023	6,07	3,53	-1,201	0,229
	Nie	6,10	3,16			6,02	3,04			6,53	3,55		
Posiadanie dzieci	Tak	6,08	3,12	-0,289	0,771	5,98	3,06	-1,956	0,051	6,41	3,51	-0,944	0,345
	Nie	6,18	3,72			5,41	3,10			6,18	3,59		
Przebieg poprzedniej ciąży	Prawidłowy	6,23	3,25	-0,622	0,533	6,00	3,09	-0,017	0,986	6,34	3,69	1,188	0,234
	Nieprawidłowy	6,25	2,99			5,94	2,97			6,81	3,26		
Poród w poprzedniej ciąży	Naturalny	5,95	3,47	0,722	0,469	6,22	2,88	1,951	0,051	6,26	3,15	-0,100	0,919
	Cięcie cesarskie	6,08	2,96			5,42	3,43			6,72	4,25		
Poronienie w wywiadzie	Tak	6,56	3,33	0,886	0,375	6,01	3,04	-0,380	0,703	6,56	3,27	0,379	0,704
	Nie	5,90	3,09			6,01	3,06			6,47	3,68		
Planowanie obecnej ciąży	Tak	5,57	3,09	-3,944	0,000	5,33	2,88	-2,872	0,004	5,71	3,16	-3,983	0,000
	Nie	7,45	3,84			6,56	3,40			7,68	4,01		



Tabela 6. Różnice średnich wyników uzyskanych w podskali depresji HADS w poszczególnych trymestrach ciąży w zależności od zmiennych związanych z wywiadem położniczym

		HADS depresja – I trymestr				HADS depresja – II trymestr				HADS depresja – III trymestr			
		M	SD	H	p	M	SD	H	p	M	SD	H	p
Pierwsza ciąża	Tak	3,84	2,98	-1,00	0,316	3,36	2,49	-2,49	0,012	3,67	2,53	-1,90	0,056
	Nie	4,07	2,82			4,19	2,96			4,51	3,28		
Posiadanie dzieci	Tak	4,07	2,83	-0,81	0,41	4,15	2,98	-1,95	0,05	4,39	3,23	-0,74	0,45
	Nie	3,86	2,96			3,47	2,53			3,85	2,70		
Przebieg poprzedniej ciąży	Prawidłowy	4,17	2,98	-0,08	0,933	4,00	3,01	1,17	0,241	4,07	3,03	2,41	0,015
	Nieprawidłowy	3,87	2,47			4,49	2,87			5,40	3,63		
Poród w poprzedniej ciąży	Naturalny	3,70	3,03	1,390	0,164	4,52	2,91	2,727	0,006	4,42	3,25	0,461	0,644
	Cięcie cesarskie	4,19	2,74			3,31	3,01			4,23	3,22		
Poronienie w wywiadzie	Tak	4,33	2,74	0,96	0,33	3,98	2,50	-0,12	0,89	4,76	2,85	1,19	0,23
	Nie	3,96	2,86			4,29	3,15			4,40	3,46		
Planowanie obecnej ciąży	Tak	3,48	2,67	-4,35	0,000	3,42	2,60	-3,63	0,000	3,81	2,98	-3,14	0,001
	Nie	5,10	3,09			4,72	2,99			4,84	2,88		

Kobiety będące w pierwszej ciąży uzyskały wyższe wyniki w podskali depresji Szpitalnej Skali Lęku i Depresji w porównaniu z kobietami będącymi w kolejnej ciąży. Różnica była istotna statystycznie ( $p < 0,05$ ) w drugim trymestrze ciąży. Występowanie komplikacji w poprzedniej ciąży wiązało się z wyższymi wynikami w podskali depresji w trzecim trymestrze. Kobiety, które rodziły drogami natury, uzyskały istotnie statystycznie ( $p < 0,05$ ) wyższe wyniki w podskali depresji HADS w drugim trymestrze ciąży. Ciąża nieplanowana wiązała się z wyższymi wynikami w podskali depresji we wszystkich trymestrach ciąży ( $p < 0,05$ ). Pozostałe wymienione powyżej zmienne medyczne nie wpływały na wyniki uzyskane przez badane w Skali Lęku i Depresji (tab. 5 i 6).

### Omówienie wyników

Współczesne badania epidemiologiczne szacują częstość depresji w okresie ciąży na 4% do nawet 20% [7, 8]. Odsetki te są bardzo zróżnicowane, co można wiązać między innymi ze stosowaną metodologią w danym badaniu, sposobem rekrutacji grupy badanej, wielkością tej grupy, ale również z momentem ciąży, kiedy było ono przeprowadzane.

Objawów lękowych w pierwszym trymestrze ciąży doświadczyło 27,4% badanych, w drugim trymestrze 23,9%, w trzecim – 29,9%. Objawy depresyjne występowały znacznie rzadziej: w pierwszym trymestrze u 15,3 % badanych, w drugim u 12,7%, w trzecim u 14% badanych kobiet.

Następnie określano korelacje wybranych zmiennych socjodemograficznych z nasileniem objawów lęku i depresji w poszczególnych trymestrach ciąży. Do czynników socjodemograficznych zaliczono: wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, rodzaj aktywności zawodowej, dochód na jednego członka rodziny, ocenę sytuacji materialnej i mieszkaniowej przez badaną.

Wyższe wyniki w skali lęku uzyskały kobiety z najmłodszej i najstarszej grupy wiekowej. Co do depresji nie wykazano istotności statystycznej, można jedynie powiedzieć, że w pierwszym trymestrze najwyższe wyniki w skali depresji uzyskały kobiety z najmłodszej grupy wiekowej, w drugim trymestrze z najstarszej grupy wiekowej, a w trzecim – ze środkowej grupy wiekowej. Z kolei w badaniu Faisala-Cury'ego i wsp., gdzie grupę badaną stanowiły kobiety w drugim i trzecim trymestrze ciąży, wskazywano na to, że częściej depresja występowała u młodszych kobiet [9]. Podobne wyniki w odniesieniu do drugiego trymestru uzyskali Lee i wsp. [10].

Wyniki badania własnego wykazały, że stan cywilny w istotny statystycznie sposób wiąże się z wynikami w skali depresji, ale nie w skali lęku, ponieważ kobiety będące pannami uzyskały wyższe wyniki w skali depresji w pierwszym i w trzecim trymestrze w porównaniu z mężatkami. Na podobną zależność w drugim i w trzecim trymestrze wskazywali wspomniani wyżej Faisal-Cury i wsp. [9].

W badaniu własnym kobiety z wykształceniem podstawowym uzyskały wyższe wyniki w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji w pierwszym i w trzecim trymestrze w porównaniu z kobietami z wykształceniem średnim i wyższym. Podobnie Bunevicius i wsp. w badaniu przeprowadzonym w 2009 roku wykazali dodatni związek gorszego wykształcenia z ryzykiem pojawienia się depresji we wczesnej ciąży [11]. Z kolei Giardinelli i wsp. wskazywali na wyższy poziom wykształcenia jako na czynnik ochronny zarówno dla objawów lęku, jak i depresji [12].

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w wynikach uzyskanych przez badane w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji w zależności od miejsca zamieszkania i rodzaju wykonywanej pracy.

Jedynie ocena sytuacji materialnej i mieszkaniowej przez badane wiązały się z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych w przebiegu całej ciąży. Pozostałe zmienne socjodemograficzne nie wiązały się z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych w poszczególnych trymestrach ciąży.

Następnie analizowano zależności między średnimi wynikami w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji a następującymi zmiennymi medycznymi związanymi z wywiadem ginekologiczno-położniczym: pierwsza ciąża/kolejna ciąża, posiadanie dzieci, przebieg ostatniej ciąży, rodzaj porodu (naturalny/cięcie cesarskie), poronienie w wywiadzie, fakt planowania obecnej ciąży.

W pierwszym trymestrze wyższe wyniki w skali lęku uzyskały kobiety, które były po raz pierwszy w ciąży. Podobną zależność wykazali w swoim badaniu Lee i wsp. [10]. Odwrotne wyniki uzyskano dla podskali depresji, tzn. wyższe dotyczyły kobiet, dla których była to kolejna ciąża. Należy jednak podkreślić, że różnice w wynikach nie były istotne statystycznie. W drugim i trzecim trymestrze uzyskano bardziej zgodne wyniki, tzn. wyższy wynik w skali lęku i depresji dla kobiet w kolejnej ciąży, przy czym w drugim trymestrze wynik był istotny statystycznie.

W pierwszym i w drugim trymestrze ciąży kobiety, które miały komplikacje podczas poprzedniej ciąży, nie różniły się co do wyników uzyskanych w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji od kobiet z prawidłowym przebiegiem poprzedniej ciąży. W trzecim trymestrze wyższe wyniki uzyskały kobiety z komplikacjami w poprzedniej ciąży. Dotyczyło to obu podskal, lecz jedynie dla objawów depresji różnica w wynikach była istotna statystycznie. Należy jednak podkreślić ograniczoną wartość tego wyniku, ponieważ zbyt mała liczba kobiet z komplikacjami podczas poprzedniej ciąży uniemożliwiła ich podział na podgrupy w zależności od rodzaju tych komplikacji, co potencjalnie mogłoby mieć wpływ na wystąpienie u nich objawów lęku i depresji obecnie.

Analizowano również wpływ poronienia w wywiadzie na wyniki uzyskane przez badane w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji w poszczególnych trymestrach. Co prawda wyższe średnie wyniki uzyskały kobiety z poronieniem w wywiadzie, jednak w żadnym momencie ciąży różnice nie były istotne statystycznie, co może stanowić zaskoczenie w kontekście wyników w skali lęku w pierwszym trymestrze, zwłaszcza że w kilku badaniach potwierdzono wpływ poronienia w wywiadzie na pojawienie się zaburzeń emocjonalnych w ciąży [13].

Jedyną zmienną związaną z wywiadem położniczym, która wiązałaby się z większym nasileniem objawów depresyjnych, były powikłania w ostatniej ciąży. Jednak istotność statystyczna dotyczyła tylko trzeciego trymestru. Żadna z wymienionych wyżej zmiennych nie wpływa na nasilenie objawów lękowych w ciąży.

Najistotniejszą zmienną wśród tej grupy pytań kwestionariusza socjodemograficznego okazało się pytanie o fakt planowania obecnej ciąży, ponieważ we wszystkich trymestrach kobiety, które nie planowały ciąży, uzyskały w badaniu własnym istotnie wyższe wyniki w obu podskalach Szpitalnej Skali Lęku i Depresji. Podobne wyniki wykazali Bunevicius i wsp. [11]. Jednak dla grupy badanej przez Lee i wsp. nieplanowana ciąża okazała się istotna dla pojawienia się objawów lęku i depresji jedynie w pierwszym trymestrze [10]. Autorzy tłumaczyli to tym, że początkowo kobieta będąca w nieplanowanej ciąży z trudnością akceptuje tę rzeczywistość i to predysponuje do pojawienia się u niej objawów depresyjnych. Jednak z czasem szok zmniejsza się, umacnia się więź z płodem, co ułatwia akceptację sytuacji. W badaniu własnym, o czym już wspomniano powyżej, nie zaobserwowano zmniejszania się wpływu nieplanowanej ciąży na nasilenie objawów lęku i depresji w drugim i trzecim trymestrze. Być może odpowiedzialne za to są różnice kulturowe.

## Wnioski

1. Ciąża nieplanowana wiązała się z większym nasileniem objawów lękowych i depresyjnych w przebiegu całej ciąży.
2. Zmienne medyczne (związane z wywiadem położniczo-ginekologicznym), takie jak poronienie w wywiadzie, powikłania w poprzedniej ciąży, rodzaj porodu w poprzedniej ciąży, zasadniczo nie wpływały na nasilenie objawów lękowych i depresyjnych w przebiegu całej ciąży. Jedynie nieprawidłowy przebieg poprzedniej ciąży wiązał się z większym nasileniem objawów depresyjnych w trzecim trymestrze.

3. Jedynie ocena sytuacji materialnej i mieszkaniowej przez badane wiązała się z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych w przebiegu całej ciąży. Badane będące pannami miały większe nasilenie objawów depresyjnych w pierwszym i trzecim trymestrze. Pozostałe zmienne socjodemograficzne nie wiązały się z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych w poszczególnych trymestrach ciąży.

### **Влияние некоторых социодемографических и медицинских изменчивых на усиление фобийных и депрессивных симптомов в отдельных триместрах беременности**

#### **Содержание**

**Задание.** Научным заданием работы был анализ влияния избранных социодемографических и медицинских изменчивых на усиление фобийных и депрессивных синдромов в очередных триместрах беременности

**Метод.** Исследование носило проспективный и длительный характер. Группа обследованных состояла из 314 полнолетних беременных женщин. Для оценки появления фобии и депрессии использована Больничная шкала фобии и депрессии (ХАДС). Полученные результаты подвергнуты статистическому анализу. Для оценки правильности расположения был использован тест В. Шапиро-Вилька. Для межгрупповых сравнений использованы непараметричные тесты: тест У Манна-Вхитнея и тест Крускала-Валлиса.

**Результаты.** Оценка материальной и жилищной ситуации исследованных связывалась с утяжелением фобийных и депрессивных симптомов в течение всей беременности. Незамужние беременные проявляли большие депрессивные симптомы в первом и третьем триместре беременности. Медицинские изменчивые (связанные с опросом акушерско-гинекологическим), таких как выкидыш в анамнезе, осложнения предыдущей беременности, как правило не влияли на утяжеление фобийных и депрессивных симптомов. Единственно большее утяжеление депрессивных симптомов в третьем триместре беременности связывалось с осложнениями предыдущей беременности. Непланированная бевеменность оказалась одной из наиболее существенных изменчивых обуславливающих большее утяжеление фобийных и депрессивных симптомов при беременности.

**Выводы.** Изучение социодемографических и медицинских факторов, связанных с утяжелением фобии и депрессии при беременности может обусловить лучшее проведение беременности групп женщин особенно подверженных к появлению таких нарушений. Введение скрининговых исследований в направлении фобии и депрессии, систематически проводимых во время беременности, дает возможность раннего диагноза и быстрого введения соответственного терапевтического поведения.

**Ключевые слова:** фобия, депрессия, беременность

### **Einfluss von ausgewählten soziodemographischen und medizinischen Faktoren auf Intensität der Angst- und Depressionssymptomen in einzelnen Trimestern der Schwangerschaft**

#### **Zusammenfassung**

**Ziel.** Das wissenschaftliche Ziel der Studie war die Analyse der ausgewählten soziodemographischen und medizinischen Variablen auf die Intensität der Angst- und Depressionssymptomen in einzelnen Schwangerschaft - Trimestern.

**Methode.** Es war eine prospektive, longitudinale Studie. Die untersuchte Gruppe bildeten 314 erwachsene schwangere Frauen. Zur Bewertung der Symptome der Angst und Depression wurde die HADS – Skala eingesetzt. Die Ergebnisse wurden statistisch analysiert. Zur Bewertung der Normalität der Verteilung wurde der W Shapiro – Wilk - Test eingesetzt. Zum Vergleich unter den Gruppen wurden die nicht parametrischen Testen eingesetzt: U – Mann - Whitney und Kruskal – Wallis.

**Ergebnisse.** Die Bewertung der materiellen Lage und Wohnlage der Befragten hing mit der Intensität der Angst- und Depressionssymptome im ganzen Schwangerschaftsverlauf. Die

Untersuchten, die ledig waren, wiesen eine größere Intensität der depressiven Symptome im ersten und dritten Trimester auf. Die medizinischen Variablen (verbunden mit der Anamnese), solche wie Fötus in der Anamnese, Komplikationen bei der vorigen Schwangerschaft, Art der Geburt bei der früheren Schwangerschaft, hatten grundsätzlich keinen Einfluss auf die Intensität der Angst- und Depressionssymptome. Nur eine höhere Intensität der depressiven Symptome im dritten Trimester hing mit den Komplikationen bei der früheren Schwangerschaft zusammen. Eine nicht geplante Schwangerschaft erwies sich als die signifikanteste Variable, die die höhere Intensität der Angst- und Depressionssymptomen in der Schwangerschaft bedingte.

**Schlussfolgerungen.** Die Kenntnisse der soziodemographischen und medizinischen Faktoren, die mit der Intensität der Angstsymptome und depressiven Symptome in der Schwangerschaft verbunden sind, können die wirksamste Beobachtung der Gruppen von Frauen ermöglichen, die mit diesen Störungen bedroht sind. Die Einführung der Screening – Tests im Hinblick auf die Angst und Depression in der Schwangerschaft, die systematisch im ganzen Schwangerschaftsverlauf durchgeführt werden, bildet eine Chance für frühere Diagnosestellung und eine schnellere Anwendung der entsprechenden Therapie.

**Schlüsselwörter:** Angst, Depression, Schwangerschaft

### L'influence des variables sociodémographiques et médicales choisies sur la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux durant les trimestres particuliers de la grossesse

#### Résumé

**Objectif.** Analyser l'influence des variables choisies – sociodémographiques et médicales sur la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux durant les trimestres particuliers de la grossesse.

**Méthode.** C'est l'étude prospective et longitudinale, le groupe examiné contient 314 femmes adultes prégnantes. Pour évaluer la prévalence des symptômes dépressifs et anxieux on use the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Les résultats obtenus sont analysés statistiquement. Pour évaluer la distribution normale on use le teste Shapiro-Wilk, pour les comparaisons entre les groupes on use les testes : U de Mann-Whitney et de Kruskal Wallis ANOVA.

**Résultats.** L'évaluation de la situation financière et du logement par les femmes se lie avec la sévérité des symptômes anxieux et dépressifs durant toute la grossesse. Chez les femmes non mariées la sévérité des symptômes dépressifs est plus forte durant les trimestres : le premier et le troisième. Les variables médicales (liées avec l'histoire obstétrique -gynécologique de la patiente) telles que : fausse couche, complication durant la grossesse précédente, mode d'accouchement précédent, en général n'influent pas sur la sévérité des symptômes anxieux et dépressifs. Seulement la plus grande sévérité des symptômes dépressifs durant le troisième trimestre se lie avec les complications durant la grossesse précédente. La grossesse non planifiée est la variable la plus importante conditionnant la plus forte sévérité des symptômes anxieux et dépressifs durant la grossesse.

**Conclusions.** La connaissance des facteurs sociodémographiques et médicaux liés avec la sévérité des symptômes anxieux et dépressifs durant la grossesse peut faciliter le monitoring des femmes les plus vulnérables à ces troubles. L'introduction des testes de screening durant la grossesse donne chance au diagnostic précoce et à la thérapie nécessaire.

**Mots clés :** anxiété, dépression, grossesse

#### Piśmiennictwo

1. Ryan D, Milis L, Misri N. *Depression during pregnancy*. Can. Fam. Physician 2005; 51: 1087–1093.
2. O'Hara MW. *Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium*. Arch. Gen. Psychiatry 1986; 43: 569–573.
3. Podolska M, Majkowicz M, Sipiak-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: 201–206.

4. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. *Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample*. Arch. Womens Ment. Health 2005; 8(2): 97–104.
5. Silva RA, Jansen K, Souza LD, Moraes IG, Tomasi E, Silva Gdel G i wsp. *Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system*. Rev. Bras. Psiquiatr. 2010; 32(2): 139–144.
6. Karakuła H, Grzywa A, Śpila B, Baszak J, Gieroba A, Kosikowski W i wsp. *Zastosowanie Skali Leku i Depresji – HADS w chorobach psychosomatycznych*. Psychiatr. Pol. 1996; 30(4): 653–668.
7. Johanson R, Chapman G, Murray D, Johnson I, Cox J. *The Northern Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression*. J. Psych. Obstet. Gynecol. 2000; 21(2): 93–97.
8. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson T. *Prevalence of depression during pregnancy: systematic review*. Obstet. Gynecol. 2004; 103(4): 698–709.
9. Faisal-Cury A, Rossi Menezes P. *Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample*. Arch. Womens Ment. Health 2007; 10(1): 25–32.
10. Lee AM, Keung Lam S, Sze Mun Lau SM, Shiu Yin Chong C, Yee Tang Fong D. *Prevalence, course risk factors for antenatal anxiety and depression*. Obstet. Gynecol. 2007; 110(5): 1102–1112.
11. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ. *Psychosocial risk factors for depression during pregnancy*. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2009; 88(5): 599–605.
12. Giardinelli L, Innocenti A, Benni L, Stefanini MC, Lino G, Lunardi C i wsp. *Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample*. Arch. Womens Ment. Health 2012; 15(1): 21–30.
13. Rubertsson C, Waldenström U, Wickberg B. *Depressive mood in early pregnancy: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample*. J. Repr. Inf. Psychology. 2003; 21(3): 113–123.

Adres: Justyna Moryłowska-Topolska  
Katedra Psychiatrii UM w Lublinie  
20-439 Lublin, ul. Głuska 2

Otrzymano: 14.11.2012  
Zrecenzowano: 29.03.2013  
Otrzymano po poprawie: 15.04.2013  
Przyjęto do druku: 4.12.2013