

Charakterystyka negatywnych emocji występujących u kobiet w ciąży wysokiego ryzyka

Characteristics of negative emotions in women at high-risk pregnancy

dr n. med. Magdalena Lewicka¹,
mgr Małgorzata Wójcik²

¹ Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa
Położniczo-Ginekologicznego,
Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Polska

² Międzynarodowe Naukowe Towarzystwo
Wspierania i Rozwoju Technologii Medycznych

**European Journal
of Medical Technologies**
2013; 1(1): 60-67

Copyright © 2013 by ISASDMT
All rights reserved
www.medical-technologies.eu
Published online 14.10.2013

Streszczenie

Ciąża wysokiego ryzyka stanowi wydarzenie medyczne, psychiczne i społeczne w życiu kobiety. Występowanie zwiększonego ryzyka nieprawidłowości rozpoznanych u matki, płodu oraz noworodka związane jest z podwyższonym ryzykiem zdiagnozowanych chorób lub nieprawidłowości występujących przed ciążą, w trakcie ciąży lub po porodzie.

Rozpoznanie u kobiety ciąży wysokiego ryzyka powoduje zwiększone nasilenie występowania negatywnych emocji, takich jak lęk, niepokój, stres, depresja. Ciężarne wymagają wówczas wnikliwej obserwacji i badań psychologicznych. Dlatego szczególnie ważne jest w tym okresie podejmowanie praktycznych działań psychoterapeutycznych skierowanych na obniżanie nasilenia zaburzeń emocjonalnych oraz wzmocnienie prawidłowego radzenia sobie ciężarnej z zaistniałą sytuacją stresową.

**Adres do
korespondencji:**
m.lewicka@umlub.pl

Słowa kluczowe:

emocje, lęk, stres,
depresja, ciąża

Abstract

Pregnancy is an event of high-risk medical, psychological and social a woman's life. Are at increased risk of irregularities identified in the mother, fetus and newborn is associated with an increased risk of diagnosed diseases or abnormalities occurring before pregnancy, during pregnancy or after childbirth.

Identification of high-risk pregnant women to an increased intensity of negative emotions, such as fear, anxiety, stress and depression. Pregnant require the careful observation and psychological tests.

Therefore, it is especially important during this period to take practical measures aimed at reducing the psychotherapeutic severity of emotional distress, and to strengthen the proper coping pregnant with the situation stressful.

Key words:

emotions, anxiety, stress, depression, pregnancy

Wprowadzenie

Ciąża wysokiego ryzyka stanowi wydarzenie medyczne, psychiczne i społeczne w życiu kobiety. Występowanie zwiększonego ryzyka nieprawidłowości rozpoznanych u matki, płodu oraz noworodka związane jest z podwyższonym ryzykiem zdiagnozowanych chorób lub nieprawidłowości występujących przed ciążą, w trakcie ciąży lub po porodzie [1].

Według Klimka R. [2 s. 230] „populację, która z różnych przyczyn jest narażona na rozwój określonej choroby, a ryzyko jej wystąpienia jest znacznie wyższe niż u innych osób, nazywamy grupą wysokiego ryzyka”. Z kolei Widomska-Czekajska T. i Górajek-Jóźwik J. [3 s. 136] definiują ciążę wysokiego ryzyka jako ciążę, w której występuje podwyższone ryzyko wystąpienia stanu zagrożenia matki oraz dziecka od rozpoznanego w populacji kobiet ciężarnych. Dembek [4] jest zdania, że ciąża wysokiego ryzyka występuje wówczas, jeżeli istnieje zwiększone ryzyko zagrożenia poronieniem, porodem przedwczesnym oraz w przypadku choroby matki. Olszak-Wąsik i wsp. [5] uważają, że ciąża wysokiego ryzyka występuje w związku z późniejszym macierzyństwem oraz schorzeniami uogólnionymi: otyłością, cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym.

Występowanie ciąży wysokiego ryzyka powoduje zwiększone nasilenie występowania negatywnych emocji, takich jak lęk, niepokój, stres, depresja. Po-

nad 80% kobiet ciężarnych doświadcza negatywnych emocji podczas ciąży oraz po porodzie, jednakże niewiele jest opracowań poruszających zagadnienia dotyczące występowania lęku, stresu oraz depresji u kobiet z rozpoznaną ciążą wysokiego ryzyka.

Dość trudno jest zdefiniować emocje, ponieważ każda jednostka ma indywidualne odczucia, które rozumie według własnej intuicji. Według J. Strelau [6] emocja stanowi wynik świadomej oraz nieświadomej oceny zdarzenia, które istotnie może wpłynąć na cel bądź interesy podmiotu. Dość często odbierana jest jako pozytywna, jeśli zdarzenie jest zgodne z celem oraz interesami, a negatywnie, jeśli zdarzenie jest niezgodne z naszym celem i interesami. Istotą każdej emocji jest uruchomienie do realizacji założonego programu działania. Emocje zwykle występują jako szczególny rodzaj stanu psychicznego u każdego człowieka. Emocjom towarzyszą lub następują po nich zmiany pantomimiczne, ekspresje mimiczne, zmiany somatyczne lub reakcje o charakterze behawioralnym.

Zdaniem K. Oatley [7] emocja jest wywołana przez świadome bądź nieświadome odczuwanie jakiegoś zdarzenia, które ma istotny wpływ na osiągnięcie celu. Każda emocja doznawana jest jako odrębny stan umysłowy, któremu towarzyszą zmiany somatyczne, akty ekspresji oraz działania. Z kolei według J. Heitman [8] emocje mają określony kierunek działania

i charakteryzują się określonym natężeniem oraz ciążością. Wśród emocji można wyróżnić:

1) emocje podstawowe, do których zalicza się lęk, strach, złość, gniew, żal, smutek, przygnębienie, wstyd, ciekawość, radość;

2) emocje dodatnie, które są odczuwane jako przyjemne, powodujące odczuwanie satysfakcji oraz budzące chęć ich podtrzymywania, na ogół zwiększają one aktywność życiową człowieka;

3) emocje ujemne – tego rodzaju emocje są niepożądane, budzące chęć ich usunięcia, sprzyjają ucieczce i agresji oraz tłumią energię życiową.

Krokowski [9] definiuje emocje jako doświadczenia, które przyczyniają się do odczuwania doznań spowodowanych przez bodziec. Emocje wywołują w człowieku wewnętrzny stan, który ingeruje w reagowanie oraz działanie organizmu.

Celem pracy jest przedstawienie negatywnych emocji występujących u kobiet z ciążą wysokiego ryzyka.

Rozwinięcie

Ciąża wysokiego ryzyka wymaga wnikliwej obserwacji i badań psychologicznych, ponieważ stres, lęk i depresja powodują powstawanie błędnego koła wzajemnych negatywnych oddziaływań somatopsychicznych oraz psychosomatycznych [10]. Występowanie ciąży o nieprawidłowym przebiegu przyczynia się do utrudnienia realizacji planów, zamierzeń, uniemożliwienie zaspokojenia potrzeb biologicznych i społecznych, w konsekwencji doprowadzając do pojawienia się stresu. Pojawienie się sytuacji stresowych obniża wytrzymałość psychiczną i fizyczną pod wpływem zmniejszenia odporności organizmu. Zmniejszenie odporności powoduje zaś pojawienie się objawów lęku, którym człowiek reaguje na sytuację trudną. Utrzymywanie się silnego lęku oraz poczucia winy przyczynia się do występowania objawów depresji u kobiety ciężarnej. W przypadku pojawienia się stresujących wydarzeń, do których zalicza się ciążę wysokiego ryzyka, rozpoznaje się podwyższone ryzyko występowania objawów depresyjnych wpływających negatywnie na prawidłowe funkcjonowanie jednostki w życiu społecznym bądź rodzinnym [8,11].

Lęk

Emocjonalne i fizyczne zmiany zachodzące w czasie ciąży są następstwem występowania takich reakcji, jak lęk, depresja, drażliwość, zmęczenie, zaburzenia snu, trudności w koncentracji. Dość często kobiety boją się mówić o swoich uczuciach, co jest niekorzystnym zjawiskiem, ponieważ może prowadzić do zwiększonego występowania stresu pourazowego, wysokich wskaźników objawów lęku i depresji, zaburząc prawidłowy przebieg rozwoju ciąży. Lęk jest zarówno cechą, jak i stanem psychologicznym powszechnie występującym podczas ciąży [12].

Freud dokonując psychoanalizy, opisał trzy grupy reakcji lękowych [13]: lęk realny, lęk neurotyczny, lęk moralny. Lęk realny stanowi reakcję na niebezpieczeństwo zewnętrzne, motywuje organizm do podjęcia odpowiednich działań w celu pokonania przeciwności. Lęk neurotyczny odnosi się do wyobrażeń, które mają wpływ na człowieka. Lęk moralny jest obawą przed własnym sumieniem. Rodzi się w przypadku sprzecznego postępowania z normami, zasadami. Z kolei Horney [13] porównuje lęk do reakcji emocjonalnej organizmu na pojawiające się niebezpieczeństwo ukryte oraz subiektywne. Zauważył, że pojawia się jako niepokój lub nieokreślony stan wpływający na uruchomienie mechanizmów obronnych. Murray [13] charakteryzując lęk, opisał, że jest on objawem dezorientacji, która doprowadza do zwiększania siły wpływającej niekorzystnie na ludzkie zdrowie oraz samopoczucie. Pojawiający się lęk jest sygnałem wewnętrznego niebezpieczeństwa, który stanowi informacje o podejmowanych wewnętrznych mechanizmach obronnych. Stanley R. [14 s. 10-11] opisuje pojęcie lęku jako „pełne napięcia oczekiwanie na pojawienie się zagrażającego, ale niejasnego zdarzenia; to uczucie niepokojącej niepewności. Ta negatywna emocja jest tak blisko spokrewniona ze strachem, że w wielu przypadkach oba terminy używane są zamiennie. Lęk jest nieprzyjemny i uciążliwy, działa z mniejszą siłą niż strach. Trudno jest określić moment jego wzbudzenia i ustania”.

Według definicji Reber & Reber [15 s. 359] lęk jest nieprzejrzystym stanem emocjonalnym, który charakteryzuje się odbieraniem nieprzyjemnych sy-

gnałów strachu, stresu i przykrości. „Lęk jest często przeciwstawny strachowi ze względu na to, że lęk jest stanem pozbawionym obiektu, natomiast strach jest zawsze strachem przed czymś, kimś lub zdarzeniem”, występuje jako napięcie oczekiwane na pojawienie się zagrażającego zdarzenia, jest to uczucie narastającej niepewności. Lewis i wsp. [16 s. 721] określają lęk jako „przewidywanie przyszłych wydarzeń, zagrożeń, nieszczęść, któremu towarzyszą uczucia dysfotyczne lub somatyczne objawy napięcia”. Lęk jest określany jako reakcja przedbodźcowa wywołana przez bodźce zagrażające.

Powstawanie lęku u kobiety ciężarnej należy rozpatrywać w aspekcie wieloczynnikowych zależności, powstających głównie z powodu [17]: ogólnego niepokoju ciążowego, obawy o fizyczne aspekty płodu, lęku o zdrowie i dobrostan płodu, niepokoju porodowego, niepokoju o rutynową opiekę nad noworodkiem, lęku o zdolność karmienia piersią dziecka.

Do objawów lęku należą: blada lub zarumieniona twarz, pocenie się, przyspieszona czynność serca, płytki oddech, rozszerzenie źrenic, mobilizacja organizmu do działania, dyskomfort w jamie brzusznej, wyschnięte usta, trudności w połykaniu śliny, odczuwanie parcia na mocz i odbytnicę, częste oddawanie moczu, martwienie się, niepokój, natrętne myśli, cierpienie, mdłości, trudności z przełykaniem, dezintegracja psychiczna [16].

U kobiet ciężarnych, u których występuje nadmierne zatroskanie o przebieg ciąży, może pojawić się zespół lęku uogólnionego, który charakteryzuje się ciągłym zamartwianiem się drobnymi sprawami życia codziennego i utrzymuje się przynajmniej przez 6 miesięcy. Lęk uogólniony jest trudny do opanowania, stale utrzymuje się wysoki poziom pobudzenia, który dezorganizuje funkcjonowanie społeczne oraz zawodowe. Towarzyszy mu stałe uczucie zdenerwowania, napięcia mięśniowego, drażliwości [14].

Spielberger dokonał podziału na lęk rozumiany jako stan przejściowy i lęk rozumiany jako stała cecha – wprowadził podział na Lęk-stan oraz Lęk-cechę. Lęk-stan charakteryzuje się według Spielbergera „subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami obaw i napięć, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenie autonomicznego

układu nerwowego”. Lęk-cecha jest utrwaloną cechą osobowości, która ma charakter wyuczony, stabilny i utrwalony w okresie wczesnego dzieciństwa, oznacza „motywy lub nabytą dyspozycję behawioralną, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku, nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa” [18 s. 6].

Ciąża wysokiego ryzyka wpływa dodatnio na występowanie zwiększonego poziomu lęku jako stanu, nie wpływa natomiast na poziom lęku jako cechy. Zwiększony poziom lęku jako stanu w ciąży o nieprawidłowym przebiegu jest wzmacniany przez hospitalizację. Hospitalizacja nie wpływa natomiast na nasilenie lęku jako cechy u ciężarnych z ciążą zagrożoną [19].

Stres

Pojęcie „stres” (ang. *stress*) początkowo było używane tylko przez specjalistów, jednak obecnie jest terminem używanym w języku potocznym. Oznacza oddziaływanie fizyczne na jakiś przedmiot, na przykład ciśnienie, nacisk, nadmierne obciążenie. W naukach społecznych pojęcia stresu używa się w celu opisanie stanu zmęczenia fizycznego, psychicznego oraz emocjonalnego, jakie może występować u każdego człowieka. Odpowiedź ludzkiego organizmu w postaci stresu fizjologicznego lub psychologicznego zależy od indywidualnej tolerancji na działające stresory. W psychologii termin stresu pojawił się dzięki naukom biologicznym, co zostało zapoczątkowane przez Hansa Selye, który wprowadził pojęcie stresu biologicznego (fizjologicznego). Autor określił stres jako stan, który może zostać wywołany w organizmie przez takie czynniki, jak wstrząs, nagła utrata krwi, wysokie lub niskie temperatury, przyjmowane antybiotyki [20]. Humeniuk [21] podaje definicję stresu przedstawioną przez Sheridana i Rodmachera stanowiącą o tym, iż stres powstaje wtedy, jeżeli zaistniała sytuacja przekroczy możliwości poradzenia sobie ze stresem.

Organizm człowieka może przeciwdziałać wymienionym czynnikom w sposób specyficzny, na

przykład poprzez nadmierne pocenie się, gorączkę, przyspieszone tętno. Takie zachowanie organizmu na działające czynniki określa się terminem „lokalnego zespołu adaptacyjnego” (LAS). W przypadku sytuacji, które wymagają dodatkowej mobilizacji organizmu poprzez zastosowanie mechanizmów nerwowych, hormonalnych i metabolicznych, powstają zmiany nieswoiste określane „ogólnym zespołem adaptacyjnym” (GAS). Zmiany zachodzące w ogólnym zespole adaptacyjnym, wpływające na nasilenie występowania stanu stresu biologicznego, opisywane są w trzech stadiach [20,21,22]:

- Stadium reakcji alarmowej – objawia się mobilizacją sił obronnych organizmu do uzupełnienia przez organizm niezbędnych składników odżywczych dla podtrzymywania równowagi biologicznej organizmu. Działające na organizm człowieka stresory powodują fazę szoku, która ma bezpośrednio szkodliwy wpływ na organizm. Czynnikiem szkodliwym mogą być: zmęczenie, nieprawidłowe odżywianie, uszkodzenie tkanki, poczucie zagrożenia. Ludzki organizm reaguje na powyższe sytuację poprzez spadek ciśnienia tętniczego, obniżenie temperatury ciała. W kolejnej fazie przeciwdziałania szokowi jest podejmowanie przez organizm reakcji obronnych, które powodują przywrócenie funkcjonowania organizmu przed zadziałaniem stresora (wzrost ciśnienia tętniczego krwi, podwyższenie temperatury ciała).
- Stadium reakcji odporności – organizm wytwarza odporność na stresory, które działały dłuższy czas szkodliwie, natomiast jest gorsza tolerancja na te czynniki, które wcześniej były mniej szkodliwe. Jeśli zasoby przystosowawcze organizmu wyczerpią się lub są ograniczone, pojawia się ostatnie stadium przebiegu stresu – wyczerpania.
- Stadium reakcji wyczerpania – pojawia się w przypadku działania na organizm ludzki zbyt długo i intensywnie stresorów. Powoduje rozregulowanie funkcji fizjologicznych oraz zmniejszoną zdolność obronną organizmu. W niektórych przypadkach długiego i inten-

sywnego działania stresorów może dojść do przewlekłego uszkodzenia organizmu, rozwoju procesów patologicznych oraz śmierci organizmu.

W teoretycznym ujęciu koncepcji stresu według R.S. Lazarusa stres jest reakcją zachodzącą pomiędzy podmiotem a otoczeniem. Zespół zachodzących interakcji oceniany jest przez człowieka jako zakłócający, obciążający jego zasoby oraz zagrażający jego bytowi. Odczuwany jest wtedy stres psychiczny, który powoduje zmiany w psychicznych mechanizmach regulacji zachowań człowieka pod wpływem bodźców szkodliwych. Występuje dopiero wtedy, gdy relacje zachodzące między jednostką a środowiskiem są uznane za zagrażające lub doszło do utraty części zasobów. Reakcją na zachodzące sytuacje jest stres. Warto jednak zauważyć, iż nie tylko bodziec wpływa na człowieka, ale podmiot zwrotnie wpływa na sytuację poprzez różne emocje i czynności, które podejmowane są w celu usunięcia różnego rodzaju obciążenia psychicznego [21].

Ciąża wysokiego ryzyka wywołuje u kobiety obciążającą sytuację stresową, która wpływa niekorzystnie na funkcjonowanie psychiczne [23].

Według Lazarusa i Folkmana radzenie sobie ze stresem określane jest jako stale zmieniające się poznawcze oraz behawioralne wysiłki, mające na celu pokonanie zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, które są oceniane jako obniżające lub przekraczające zasoby człowieka. W literaturze opisano następujące sposoby radzenia sobie ze stresem:

- poszukiwanie informacji – zdobycie potrzebnej wiedzy na temat sytuacji stresowej w celu przewartościowania zagrożenia i podjęcia odpowiednich działań;
- bezpośrednie działania – działania podejmowane przez jednostkę, które mają doprowadzić do pokonania lub zminimalizowania zmian w obrębie jednostki oraz jej otoczenia wywołanych przez stresujące wydarzenia;
- powstrzymanie się od działania – działający stresor może przewyższyć możliwości jednostki, dlatego niepodjęcie działań może być korzystniejsze od podejmowanej aktywności;
- procesy intrapsychiczne – działania mające na celu ustabilizowanie emocji.

Inne wymieniane w literaturze style radzenia sobie ze stresem to:

- Styl skoncentrowany na zadaniu jest opisywany jako działania podejmowane przez człowieka w celu przekształcenia sytuacji trudnej w łatwiejszą do rozwiązania. Wykorzystywane są tutaj procesy poznawcze zmieniające cechy sytuacji stresowej.
- Styl skoncentrowany na emocjach dotyczy osób, które rozwiązują sytuację stresową za pomocą koncentrowania się na własnej osobie oraz emocjach, takich jak: złość, poczucie winy, fantazjowanie, wypieranie. Dość często podejmowane działania powodują wzrost napięcia, stresu.
- Styl skoncentrowany na unikaniu występuje u osób, u których zauważa się tendencję do unikania przemyśleń, przeżywania lub analizowania stresu. Proces ten najczęściej może przebiegać w dwóch etapach:
 - ◇ angażowania się w czynności zastępcze – praca, spożywanie posiłków, czytanie książek, jazda rowerem, oglądanie telewizji, spożywanie alkoholu lub innych używek – które podejmowane są częściej niż to miało miejsce przed zaistniałą sytuacją stresową;
 - ◇ poszukiwania kontaktów towarzyskich – przebywanie z innymi osobami powoduje, że człowiek zapomina o stresie, przez co unika konieczności rozwiązywania zaistniałej sytuacji. Zwrócenie się do innych osób o pomoc powoduje, iż inni rozwiążą zagrażającą sytuację [20-24].

Każdy człowiek, u którego występuje sytuacja stresowa, jest narażony na działanie czynników zewnętrznych oraz wewnętrznych, które powodują zaistniałą niekorzystną sytuację i negatywne doświadczenie emocji. W konsekwencji wzbudzana jest motywacja do podejmowania działań zmierzających do zwalczania występujących czynników stresowych oraz uwolnienia się od negatywnych przeżyć emocjonalnych [22].

Proces radzenia sobie ze stresem obejmuje dwie funkcje:

- zorientowaną na problemie, który stanowił źródło stresu – podmiot powinien skoncentrować się na pokonaniu problemu poprzez dążenie do celu, który chce osiągnąć, lub ochronić swoją osobę, zmieniając środowisko, w którym przebywa;
- uregulowanie emocji – osoba powinna dążyć do zminimalizowania odczuwania negatywnych emocji (strachu, lęku, zmartwienia) w celu stymulowania pozytywnych emocji (nadziei, entuzjazmu, radości, zadowolenia), które będą mobilizowały [22]. W przypadku ciąży wysokiego ryzyka pacjentka ma podwyższone ryzyko występowania stresu, ponieważ pojawia się u niej obawa o rozwijającą się ciążę.

Depresja

Zmiany na podłożu biologicznym oraz psychologicznym u kobiet z rozpoznaną ciążą wysokiego ryzyka stanowią źródło rozwoju depresji. Hammen [25 s. 12] odwołuje się do definicji podanej przez Kraepelina, który jako pierwszy opisał system klasyfikacji zaburzeń depresyjnych i scharakteryzował go jako: „nastrój zdominowany przez przemożne wewnętrzne przygnębienie i ponurą beznadziejność, a czasem bardziej przez nieokreślony lęk i niepokój. Pacjent czuje ciężar na sercu, nic nie jest w stanie na dłużej go zainteresować ani zapewnić mu przyjemności”.

Depresja w „Słowniku psychologii” autorstwa Reber & Reber [15 s. 145] określana jest jako: „stan usposobienia, który charakteryzuje się poczuciem nieodpowiedzialności, przygnębienia, obniżenia aktywności i reaktywności oraz objawami pesymizmu, smutku. Dość często objawy te utrzymują się krótki czas”. Z kolei Jarząbek i wsp. [26] przytaczają definicję depresji podaną przez Sillamego, który określił ją jako stan chorobowy objawiający się smutkiem i zanikiem energii. U osób cierpiących na depresję występuje lęklivość, brak inicjatywy oraz trudności w rozwiązywaniu problemów. Osoba z rozpoznaną depresją zwraca uwagę na pogarszającą się pamięć, która dodatkowo powoduje pogłębiającą się u pacjentów melancholię. Natomiast Weiss [27] podaje, iż rozpoznanie depresji wymaga utrzymywania się

nastroju depresyjnego, który występuje przez dłuższy czas, oraz zauważa się brak lub spadek zainteresowania wykonywaniem zwykłych czynności.

Termin depresja używany jest do opisanego nastroju, który oznacza przejściowy stan dysforii trwający od kilku chwil, godzin lub nawet dni. Określa zachowania człowieka na trudne wydarzenia. Dość często termin ten rozumiany jest jako nastrój, doświadczenia fizyczne, psychiczne, behawioralne, które opisują długotrwały, szkodliwy oraz poważny stan pojmowany jako zespół depresyjny [25].

Częstość występowania depresji podczas ciąży oraz zdiagnozowania jej wpływu na zakończenie ciąży są nadal nieznane. Obecnie podaje się, że ok. 20-25% kobiet cierpi z powodu depresji przedporodowej, która jest dość często zbyt późno rozpoznana z powodu bagatelizowania wczesnych symptomów, które utożsamiane są ze zmianami fizycznymi i hormonalnymi występującymi podczas prawidłowo przebiegającej ciąży.

Do charakterystycznych czynników wpływających na powstawanie depresji należą: występowanie depresji w rodzinie, ciąża w młodym wieku (<20. roku życia), brak partnera, brak wsparcia rodzinnego, społecznego, niezadowolony ze związku małżeńskiego, przemoc w rodzinie, niski status socjoekonomiczny, nadużywanie alkoholu, nikotyny, środków odurzających, stres podczas ciąży, obciążony wywiad położniczo-ginekologiczny, ciąża nieplanowana, ciąża wysokiego ryzyka [25-27].

W celu rozpoznania depresji podczas ciąży należy uważnie obserwować pacjentkę. Do najczęstszych objawów osiowych występujących podczas zaburzeń należą: obniżenie nastroju, utrzymujący się stan przygnębienia, obniżenie sprawności fizycznej, poczucie winy, wzrost nasilenia lęku, obsesyjne myśli na temat rozwijającej się ciąży, drażliwość, brak nadziei, negatywne myśli na temat przyszłości, krytycyzm wobec własnych czynów, niska samoocena, spadek zainteresowania codziennymi czynnościami, poczucie pustki i bezradności, smutek, płaczliwość, zniechęcenie, zaburzenia apetytu, trudności z zasypianiem [11,12].

Podsumowanie

Ciąża wysokiego ryzyka powoduje szczególny przykład wystąpienia silnych, negatywnych emocji. Dlatego szczególnie ważne jest w tym okresie podejmowanie praktycznych działań psychoterapeutycznych skierowanych na obniżanie nasilenia zaburzeń emocjonalnych oraz wzmocnienie prawidłowego radzenia sobie ciężarnej z zaistniałą sytuacją stresową.

Piśmiennictwo

1. Libera A, Oleszczuk J. Psychological aspects of high risk pregnancy vs. Psychical support. Ann UMCS Sect D 2006; 61(1): 576-580.
2. Klimek R.: Położnictwo. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1998.
3. Widomska-Czekajska T, Górajek-Jóźwik J. Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych tom I. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2010.
4. Dembek B. Kiedy pobyt w szpitalu staje się trudny. Mag Pielęg Położ 2012; 5: 32-34.
5. Olszak-Wąsik K i wsp. Późne macierzyństwo. Ginekol Pol 2012; 23(1): 35-41.
6. Strelau J. Psychologia. Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2000.
7. Oatly K, Jenkins JM. Zrozumieć emocje. Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 2003.
8. Heitzman J. Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2007.
9. Krokowski M, Rydzewski P. Zarządzanie emocjami- inteligencja emocjonalna. Wyd. Imperia, Łódź 2002.
10. Ciesielski M, Michałek E, Szłapo E, Ścisłowicz K. Typy osobowości a zaburzenia emocjonalne u kobiet z patologicznym przebiegiem ciąży. Wiad Lek 1994; vXLVII (1-2): 25-30.
11. Lewicka M, Wdowiak A, Sulima M, Wójcik M, Makara-Studzińska M. Ocena nasilenia negatywnych emocji przy użyciu Skali DASS w grupie ciężarnych hospitalizowanych w oddziale patologii ciąży. Probl Hig Epidemiol 2013; 3.
12. Makara-Studzińska M, Moryłowska J, Sidor K. Zaburzenia depresyjne i lękowe w ciąży. Prz Ginekol Położ 2009; 9(2): 63-66.
13. Makara-Studzińska M. Zaburzenia psychiczne u kobiet w okresie okołoporodowym, [w:] Makara-

- Studzińska M, Iwanowicz-Palus G. (red.). Psychologia położnictwie i ginekologii. Wyd. Nauk. PZWL, Warszawa 2009.
14. Stanley R. Zaburzenia lękowe. Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2005.
 15. Reber AS, Reber ES. Słownik psychologii. Wyd. Nauk. Scholar, Warszawa 2008.
 16. Lewis M. Psychologia emocji. Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2005.
 17. Pawłowska B i wsp. Poziom niepokoju u kobiet z komplikacjami w czasie ciąży. *Fam Med Primary Care Rev* 2011; 13, 3: 480-482.
 18. Wrześniewski K i wsp. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI, polska adaptacja. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2006.
 19. Rutkowska A i wsp. Lęk – jako stan i jako cecha u kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka. *Probl Psychiatrii* 2011; 12(1): 56-59.
 20. Rybakiewicz J. Człowiek i psychologia. Wyd. Park, Bielsko-Biała 2004.
 21. Humeniuk E. Stres i jego wpływ na organizm i zachowanie się człowieka, [w:] Górajek-Jóźwik J (red.). *Filozofia i teorie pielęgniarstwa*. Wyd. Czelej, Lublin 2007.
 22. Terelak JF. *Psychologia stresu*. Branta, Bydgoszcz 2001.
 23. Mariańczyk K, Libera A, Oleszczuk J. Poczucie beznadziejności a style radzenia sobie ze stresem u kobiet po porodzie przedwczesnym. *Ginekol Pol* 2010.
 24. Zimbardo R i wsp. *Psychologia – kluczowe koncepcje*. Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 2010.
 25. Hammen C. *Depresja*. Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2004.
 26. Jarząbek G i wsp. Cięża młodocianych a depresja okołoporodowa. *Now Lek* 2002; 71: 277-282.
 27. Weiss BD. *Medycyna Rodzinna*. Centrum Wydawnictw Medycznych, Warszawa 2004.