



Urszula Kłosińska

Wydział Psychologii Uniwersytetu SWPS we Wrocławiu

Jagoda Sikora

Zakładzie Psychologii Klinicznej i Sądowej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

Czynniki ryzyka i czynniki ochronne dla zaburzeń depresyjnych i lękowych w ciąży / *Risk and protective factors for depression and anxiety disorders during pregnancy*

Abstract

Researchers are more and more interested in mood disorders among pregnant women. The aim of this study was to identify the risk and protective factors for the discussed disorders. The research was conducted using the questionnaire method on a group of 165 pregnant women. Multiple hierarchical regression analysis with dominance analysis conducted for the received results have shown that such variables as: coexisting anxiety disorders, low subjective quality of life as well as abnormal pregnancy and patients image of low maternal care intensify the symptoms of depression in pregnant women. In turn, such variables as: depression during pregnancy, abnormal pregnancy, experience of a dead childbirth and ambivalent/anxious attachment style favor increased anxiety symptoms in pregnant women. Protective factors for depression during pregnancy are high quality of life and subjective image of caring mother.

Keywords: pregnancy, depression, anxiety disorders, risk factors, protective factors

1. WSTĘP

Badacze interesują się tematyką zaburzeń depresyjnych i lękowych w ciąży stosunkowo od niedawna. Jak wskazują Deirdre Ryan, Lisa Milis i Nicholas Misri (2005), badania nad tą tematyką były traktowane od lat ,80 jako drugorzędne względem badań nad zaburzeniami psychicznymi wśród kobiet w okresie postnatalnym, a w szczególności nad depresją poporodową i psychozą poporodową. Stanowisko to wynikało z ówczesnie dominującego przekonania, że ciężarne nie zapadają na zaburzenia psychiczne, z uwagi na ochronę hormonalną, a także postrzeganie ciąży jako czasu uogólnionego dobrostanu emocjonalnego (Hofberg, Ward, 2003). Pogląd ten nie został jednak nigdy potwierdzony, co więcej, obecnie niektórzy badacze uważają,

że okres ciąży może wręcz wywoływać lub nasilać depresję oraz stany lękowe (Biaggi et al., 2015). Badania, wskazują, że obecnie odsetek ciężarnych z objawami depresyjnymi wynosi od 1,8% do nawet 15,3%, a położnic z objawami depresyjnymi ok. 2,9%-9,1% (por. Evans et al., 2001; Bennett et al., 2004; Heron et al., 2004; Banti et al., 2011; Bowen et al., 2012; Moryłowska-Topolska et al., 2014). Z kolei odsetek ciężarnych cierpiących z powodu zaburzeń lękowych jest jeszcze wyższy, i może dotyczyć aż 24-30% kobiet (Moryłowska-Topolska et al., 2014).

Zainteresowania badaczy zajmujących się problematyką depresji i zaburzeń lękowych w ciąży często oscylują wokół próby identyfikacji czynników ryzyka i czynników ochronnych. Do najbardziej istotnych czynników socjodemograficznych, których wpływ na występowanie depresji i lękowości ciężarnych, zaliczyć można takie zmienne jak: czynny nikotynizm, samotne rodzicielstwo, wykształcenie niższe niż średnie, oraz niesatysfakcjonujący stan finansowy rodziny (Bansil et al., 2010; Banti et al., 2011; Hyun-Ghang et al., 2013; Fadzil et al., 2013; Rahman et al., 2014; Räisänen et al., 2014; Rubertsson et al., 2014; Sidebottom et al., 2014). Wcześniejsze i aktualne doświadczenia prokreacyjne kobiet mają także ogromne znaczenie dla przeżywania przez nie bieżącej ciąży. Potwierdzono, że jednym z najsilniejszych predyktorów wystąpienia zaburzeń nastroju wśród ciężarnych jest nieplanowane poczęcie. W grupie zmiennych związanych z wcześniejszymi doświadczeniami położniczymi wyróżnia się także: poprzednie komplikacje okołoporodowe, poronienie wcześniejszych ciąż - szczególnie więcej niż dwóch, dokonanie zabiegu aborcji, urodzenie martwego dziecka, problemy z bezpłodnością lub poczęcie dziecka metodą in-vitro, obecne/przeszłe powikłania ciążowe, lęk przed porodem, cesarskie cięcie w przeszłości - szczególnie to o charakterze nieplanowanym, nacięcie krocza przy porodzie, zespół napięcia przedmiesiączkowego, pierwszą ciążę czy doświadczenie porodu waginalnego (dla kobiet w krajach rozwijających się) (Lancaster et al., 2010; Størksen et al., 2012; Fadzil et al., 2013; Hyun-Ghang et al., 2013; Yanikkerem et al., 2013; Räisänen et al., 2014; Moryłowska-Topolska et al., 2014; Biaggi et al., 2015; Waqas et al., 2015; Abajobir et al., 2015; Martini et al., 2015; Bayrampour et al. 2015). Badacze udowodnili także, że istotnym czynnikiem ryzyka dla nasilonej depresyjności i lękowości w ciąży, jest występowanie chorób psychicznych w przeszłości na dowolnym etapie życia, a w szczególności zaburzeń nastroju lub zaburzeń lękowych oraz występowanie chorób psychicznych w rodzinie (Bansil et al., 2010; Lancaster et al., 2010; Bowen et al., 2012; Fadzil et al., 2013; Hyun-Ghang et al., 2013; Rubertsson et al., 2014; Räisänen et al., 2014; Biaggi et al., 2015; Martini et al., 2015; Waerden van der J., 2015; Bayrampour et al. 2015). Sugeruje się, że do czynników ryzyka należy zaliczyć także brak wsparcia ze strony partnera, przemoc domową, nadużycia seksualne w dzieciństwie, ekspozycja na silnie stresujące wydarzenia życiowe w roku poprzedzającym zajście w ciążę (Pereira et al., 2009; Lancaster et al., 2010; Hyun-Ghang et al., 2013; Rahman et al., 2014; Sidebottom et al., 2014; Biaggi et al., 2015; Waqas et al., 2015; Martini et al., 2015; Waerden van der J. et al., 2015; Bayrampour et al. 2015). Do grupy indywidualnych czynników psychologicznych, można zaliczyć: posiadanie subiektywnego obrazu matki kontrolującej (Chrzan-Dętkoś et al., 2012), posiadanie unikającego lub lękowo-ambiwalentnego stylu przywiązania (Simpson et al., 2003), niską samoocenę, niskie przekonanie o własnej skuteczności, wysoką neurotyczność, wysoką psychotyczność oraz pesymizm (Lee et al., 2007; Biaggi et al., 2015; Martini et al., 2015; Bayrampour et al. 2015).

Badacze poświęcają znacznie mniej uwagi czynnikom ochronnym. Do tej pory udało się zidentyfikować takie czynniki jak: uczestnictwo w szkole rodzenia (Podolska et al., 2009; Błaszczak et al., 2011; Bhatia, Jhanjee, 2012; Kowalska et al., 2014), posiadanie obrazu troskliwego obiektu matczynego (Hyun-Ghang et al., 2013), posiadanie bezpiecznego stylu przywiązania, posiadanie stylu radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu (Bussel van et al., 2009), wysokie spostrzegane wsparcie społeczne i satysfakcja małżeńska (Whisman et al., 2011; Bayrampour et al. 2015). Niezależnie od motywacji badaczy, należy podkreślić ogromne znaczenie czynników ochronnych dla planowania wszelkich działań zmierzających do zmniejszenia ilości zachorowań na depresję lub zaburzenia lękowe w ciąży.

2. METODA

Celem przeprowadzonego badania było zidentyfikowanie tych czynników ryzyka oraz czynników ochronnych, które wpływają na nasilenie lub osłabienie symptomów lękowych i depresyjnych u ciężarnych w Polsce. Na tej podstawie sformułowano hipotezę, że takie czynniki, jak: wybrane zmienne socjodemograficzne, wcześniejsze doświadczenia położnicze, wcześniejsze doświadczenia psychiatryczne, posiadany subiektywny obraz własnej matki, subiektywne zadowolenie z własnego życia oraz styl przywiązania mają istotny wpływ na natężenie depresyjności oraz lękowości w wymienionej grupie badawczej.

Procedura i próba badawcza

Badanie było prowadzone od grudnia 2015 roku do kwietnia 2016 roku na terenie Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Bytomiu, Bytomskiej Szkoły Świadomego Rodzicielstwa oraz drogą internetową. Łącznie wzięło w nim udział 165 kobiet. Kryteriami kwalifikującymi do grupy badawczej były: dobra znajomość języka polskiego, ukończony 16 rok życia, ciąża nie pochodząca z przestępstwa oraz bycie w drugim lub trzecim trymestrze ciąży. Wszystkie uczestniczki zostały poinformowane o celu i metodzie badania, anonimowości uzyskanych rezultatów, możliwości wycofania zgody na udział w badaniu w dowolnym momencie jego trwania, oraz wyraziły świadomie i dobrowolnie zgodę na udział w nim. Odrzucono 6 wypełnionych wyników kwestionariuszowych z uwagi na nieprawidłowe wypełnienie lub niespełnienie kryteriów kwalifikowalności do próby badawczej. Ostatecznie próba badawcza składała się ze 159 kobiet będących w drugim lub trzecim trymestrze ciąży.

Badane kobiety miały od 16 do 42 lat. Średni wiek dla próby wyniósł 29 lat. Badane były średnio w 29 tygodniu ciąży ($M=28,84$). Posiadały one wykształcenie wyższe (50,32%) lub średnie (41,51%). Samotne macierzyństwo dotyczyło 19 kobiet (11,95%), a pozostałe z nich (88,05%) były w związku małżeńskim lub partnerskim. Zwykle badane kobiety godziły pracą zawodową z opieką nad domem (67,92%), przy czym prawie jedna trzecia z nich deklarowała (32,08%), że nie jest aktywna zawodowo. Jako dobrą lub bardzo dobrą swoją sytuację materialną określało 72,96% badanych, a warunki mieszkaniowe – 89,31% z nich. 12 badanych zadeklarowało palenie papierosów od początku ciąży, a dwie – picie alkoholu. 76,1% ciężarnych zadeklarowała, że ich ciąża była planowana. Ponad połowa z nich oczekiwała na pierwsze dziecko (50,94%), a pozostałe miały już jedno (37,74%), albo dwoje lub troje potomków (16,98%). Do szkoły rodzenia uczęszczały 44 kobiety (27,76%). Wcześniejsze ciążę poroniło 30,82% badanych, a martwego porodu doświadczyło aż 12 z nich (7,55%).

17 kobiet (10,69%) miało zdiagnozowaną depresję przed zajściem w ciążę, a 9 (5,66%) – jakiś rodzaj zaburzeń lękowych. Ciąża przebiegała w sposób nieprawidłowy u 42 badanych (26,42%), a powikłania ciążowe wystąpiły u 39 z nich (24,53%). Z ich powodu 49 ciążarnych było w bieżącej ciąży hospitalizowanych (30,82%).

Narzędzia badawcze

W badaniu wykorzystano następujące psychologiczne narzędzia kwestionariuszowe: skala HADS-M (Majkowicz, 2000, s. 34-36, 69-72), Skala Satysfakcji z Życia SWLS (Juczyński, 2009, s. 128-132), Parental Bonding Instrument (Popiel, Pragłowska, 2006, s. 35), Kwestionariusz Stylów Przywiązania (Plopa, 2008, s. 269-321). Na potrzeby badania została także skonstruowana ankieta własna, której celem było zebranie danych umożliwiających określenie charakterystyki grupy badawczej oraz zidentyfikowanie zmiennych socjodemograficznych, położniczych i psychiatrycznych. Badane kobiety były pytane o wiek, wykształcenie, stan cywilny, posiadanie pracy zawodowej, ocenę sytuacji materialnej i mieszkaniowej, ilość posiadanych dzieci, nikotynizm lub spożywanie alkoholu w trakcie ciąży. Proszone były również o udzielenie informacji na temat bieżącej ciąży oraz wcześniejszych doświadczeń położniczych, tj.: tygodnia ciąży, uczestnictwa w szkole rodzenia, przebiegu ciąży (prawidłowy/nieprawidłowy), wcześniejszych ciąż powikłanych, rodzaju poprzednich i aktualnych komplikacji ciążowych, hospitalizacji z powodu powikłań ciążowych w bieżącej ciąży, planowania obecnej ciąży, doświadczenia poronienia lub martwego porodu. Uczestniczki badania były także pytane o to, czy kiedykolwiek zdiagnozowano u nich depresję lub zaburzenia lękowe.

3. WYNIKI

Nasilenie objawów depresyjnych i lękowych w ciąży badano za pomocą testu HADS-M. 15% badanych (n=24) uzyskało wyniki wskazujące na możliwą obecność u nich zaburzeń depresyjnych, a 33% badanych ciążarnych (n=53) – nasilonej lęklivości. Wszystkie badane, u których stwierdzono występowanie zwiększonej depresyjności (HADS-M > 7), miały również podwyższoną lęklivość (n=24). Dla pozostałych 29 kobiet, nasiloną lęklivość była jednym występującym zaburzeniem.

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytanie badawcze o to, jakie zmienne wpływają na nasilenie zaburzeń lękowych i depresyjnych u ciążarnych, przeprowadzono dla obu czynników odrębne analizy regresji wielorakiej hierarchicznej. Otrzymane wyniki przedstawiono w Tabeli 1 oraz Tabeli 2. Zmiennymi wyjaśnianymi w omawianym modelu były depresyjność i lęklivość wśród ciążarnych. Z kolei jako zmienne wyjaśniające potraktowano: subiektywną jakość życia ($r_{\text{depresja}} = -0,509$, $r_{\text{lęk}} = -0,472$), bezpieczny styl przywiązania ($r_{\text{depresja}} = -0,232$, $r_{\text{lęk}} = -0,198$), lękowo-ambivalentny ($r_{\text{depresja}} = 0,271$, $r_{\text{lęk}} = 0,271$) oraz unikowy ($r_{\text{depresja}} = 0,249$, $r_{\text{lęk}} = 0,222$), obraz matki kontrolującej ($r_{\text{depresja}} = 0,189$, $r_{\text{lęk}} = 0,180$) i troskliwej ($r_{\text{depresja}} = -0,296$, $r_{\text{lęk}} = -0,179$), a także status związku ($r_{\text{lęk}} = 0,312$), planowanie ciąży ($r_{\text{depresja}} = -0,307$), doświadczenie martwego porodu ($r_{\text{depresja}} = 0,349$, $r_{\text{lęk}} = 0,529$), wcześniej zdiagnozowaną depresję ($r_{\text{depresja}} = 0,349$), prawidłowy przebieg ciąży ($r_{\text{depresja}} = -0,474$, $r_{\text{lęk}} = -0,473$), aktualne powikłania w ciąży ($r_{\text{depresja}} = 0,398$, $r_{\text{lęk}} = 0,436$), a także hospitalizację z ich powodu ($r_{\text{depresja}} = 0,343$, $r_{\text{lęk}} = 0,398$). Z uwagi na wysokie korelacje pomiędzy prawidłowym przebiegiem ciąży a aktualnymi powikłaniami ($r = -0,961$) i hospitalizacją ($r = -0,947$), oraz aktualnymi powikłaniami a hospitalizacją ($r = 0,970$), przed

wprowadzeniem tych zmiennych do modelu regresji, zdecydowano się na przeprowadzenie dla nich eksploracyjnej analizy czynnikowej metodą składowych głównych. Otrzymane rezultaty sugerowały zredukowanie tych trzech zmiennych do jednego czynnika (wyjaśniają one 80,64% jego wariancji), który na potrzeby badania został nazwany „przebiegiem ciąży” ($r_{\text{depresja}} = -0,37$, $r_{\text{łek}} = -0,41$).

Analiza regresji dla zaburzeń depresyjnych

Do modelu regresji zaburzeń depresyjnych wśród ciężarnych wprowadzono pięć bloków zmiennych. Pierwszy z nich został utworzony ze składowych obrazu własnej matki. Drugi był zbudowany z trzech stylów przywiązania. Trzeci obejmował czynniki związane z wywiadem położniczym, tj. przebieg ciąży, doświadczenie martwego porodu oraz planowanie ciąży. Czwarty stanowiły wyniki subiektywnej jakości własnego życia. Ostatni blok mieścił w sobie czynniki psychiatryczne, czyli wcześniejszą diagnozę depresji oraz zaburzenia lękowe w ciąży. Z uwagi na wprowadzone do modelu zmienne dychotomiczne, poddano kontroli założenie o nieskorelowaniu ze sobą predyktorów. Współczynnik tolerancji był dla wszystkich wprowadzonych zmiennych wyższy niż 0,1, co pozwala stwierdzić, że założenie to zostało spełnione.

Testowany model był istotny statystycznie na każdym etapie wprowadzania zmiennych. Łącznie wprowadzone grupy zmiennych wyjaśniały 65% wariancji depresyjności w ciąży (Poprawione $R^2 = 0,65$). Pierwsza grupa zmiennych, style przywiązania, wyjaśniały łącznie 8% wariancji zmiennej zależnej (Poprawione $R^2 = 0,08$). Istotnymi predyktorami na tym etapie okazał się styl bezpieczny ($b^* = 0,21$, $p < 0,01$) oraz styl lękowo-ambiwalentny ($b^* = -0,16$, $p < 0,05$). Po wprowadzeniu do modelu skal PBI, zanotowano przyrost wyjaśnionej wariancji o 3% ($\Delta R^2 = 0,03$). Na tym etapie istotnym predyktorem był tylko obraz matki troskliwej ($b^* = -0,18$, $p < 0,05$). W trzecim kroku wprowadzono zmienne otrzymane z wywiadu położniczego. Ich dodanie wiązało się z 15% przyrostem wyjaśnianej wariancji zmiennych ($\Delta R^2 = 0,15$). Istotnymi predyktorami były bezpieczny styl przywiązania ($b^* = -0,21$, $p < 0,01$) oraz przebieg ciąży ($b^* = -0,40$, $p < 0,001$). W kolejnym etapie do modelu wprowadzono wyniki subiektywnej jakości życia. Wiązało się to z przyrostem wyjaśnianej wariancji o 33%. Istotnymi dla zmiennej wyjaśnianej predyktorami były obraz matki kontrolującej ($b^* = 0,13$, $p < 0,05$), przebieg ciąży ($b^* = -0,27$, $p < 0,001$) oraz zadowolenie z własnego życia ($b^* = -0,43$, $p < 0,001$). W piątym kroku do modelu wprowadzono zmienne związane z posiadanymi doświadczeniami psychiatrycznymi. Finalnie, istotnymi predyktorami dla depresyjności w ciąży były subiektywna jakość życia ($b^* = -0,23$, $p < 0,001$) oraz zaburzenia lękowe w ciąży ($b^* = 0,61$, $p < 0,001$). Ciężarne, które nie są zadowolone ze swojego życia, a także odczuwają wyższą lękliwość, są bardziej narażone na wystąpienie depresji w ciąży.

Analiza regresji dla zaburzeń lękowych

Do modelu regresji zaburzeń lękowych w ciąży również wprowadzono pięć bloków zmiennych. Pierwsze dwa były analogiczne jak w modelu regresji dla depresji. Trzeci obejmował zmienne położnicze, jak przebieg ciąży oraz doświadczenie martwego porodu, a także zmienną socjodemograficzną – status związku (w związku/ samotne macierzyństwo). Czwarty blok składał się z wyników subiektywnej jakości własnego życia, a piąty obejmował zaburzenia depresyjne w ciąży. Z powodu wprowadzenia do

Tabela 1. Analiza regresji wielorakiej hierarchicznej dla depresji wśród ciężarnych

Zmienne wyjaśniające	Depresja w ciąży															
	Krok 1			Krok 2			Krok 3			Krok 4			Krok 5			
	b*	SE	b	b*	SE	b	b*	SE	b	b*	SE	b	b*	SE	b	Współliniowość
Grupa 1 - KSP																
Styl bezpieczny	-0,16**	0,08	-0,06**	-0,13	0,08	-0,05	-0,21**	0,07	-0,08**	0,07	-0,03	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,75
Styl lek. - amb.	0,21*	0,08	0,07*	0,16	0,08	0,05	0,12	0,08	0,04	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,76
Styl unikowy	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,77
Grupa 2 - PBI																
Troska			-0,18*	0,08	-0,07*	-0,10	0,08	0,08	-0,04	n.s.	n.s.	n.s.	-0,07	0,05	-0,03	0,86
Kontrola			n.s.	n.s.	n.s.	0,11	0,08	0,05	0,13*	0,06	0,03*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,77
Grupa 3 – Położnicze																
Przebieg ciąży						-0,40***	0,07	-1,37***	-0,27***	0,07	-0,95***	-0,07	0,05	-0,23	0,82	
Martwy poród						0,12	0,07	1,55	0,10	0,06	1,24	n.s.	n.s.	n.s.	0,92	
Planowanie ciąży						n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,90	
Grupa 4 - SLWS																
Subiektywna jakość życia									-0,43***	0,07	-0,28***	-0,23***	0,05	-0,15***	0,70	
Grupa 5 - Psychiatryczne																
Zaburzenia lekowe w ciąży												0,61***	0,06	0,54***	0,68	
Diagnoza depresji												0,05	0,05	0,60	0,93	
F	7,88***		6,99***		10,88***		21,60***		58,39***							
R ²	0,09		0,12		0,30		0,42		0,66							
Poprawione R ²	0,08		0,10		0,28		0,40		0,65							
Δ R ²	-		0,03		0,15		0,33		0,26							

* dla p < 0,05, ** dla p < 0,01, *** dla p < 0,001; n.s. - otrzymane wyniki były nieistotne statystycznie dla testowanego modelu regresji.

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 2. Analiza regresji wielorakiej hierarchicznej dla zaburzeń lękowych wśród ciężarnych

Zmienne wyjaśniające	Zaburzenia lękowe w ciąży																
	Krok 1			Krok 2			Krok 3			Krok 4			Krok 5			Współ-liniowość	
	b*	SE	b	b*	SE	b	b*	SE	b	b*	SE	b	b*	SE	b	b	Tolerancja
Grupa 1 - KSP																	
Styl bezpieczny	-0,13	0,08	-0,06	-0,13	0,08	-0,05	-0,21*	0,10	-0,09*	-0,13	0,07	-0,05	-0,06	0,05	-0,02		0,83
Styl lęk. - amb.	0,23**	0,08	0,08**	0,19*	0,09	0,07*	0,15*	0,08	0,05*	n.s.	n.s.	n.s.	0,08	0,05	0,03		0,86
Styl unikowy	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-0,009	0,11	-0,005	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		0,38
Grupa 2 - PBI																	
Troska				n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		0,79
Kontrola				0,10	0,08	0,05	0,15*	0,07	0,08*	0,16*	0,06	0,08*	n.s.	n.s.	n.s.		0,82
Grupa 3 – Położnicze																	
Przebieg ciąży				-0,42***	0,07	-1,63***	-0,34***	0,07	-1,30***	-0,15**	0,06	-1,30***	-0,15**	0,06	-0,60**		0,78
Martwy poród				0,19**	0,07	2,73**	0,17*	0,06	2,42*	0,11*	0,05	2,42*	0,11*	0,05	1,57*		0,95
Status związku				0,16*	0,07	1,94*	0,17**	0,06	2,00**	0,11*	0,05	2,00**	0,11*	0,05	1,29*		0,99
Grupa 4 - SLWS																	
Subiektywna jakość życia							-0,30***	0,07		-0,22***	0,07		n.s.	n.s.	n.s.		0,55
Grupa 5 - Psychiatryczne																	
Zaburzenia depresyjne w ciąży																	
F	7,47***				5,53**			11,77***			16,82***			44,56***			0,72
R ²	0,09				0,10			0,36			0,40			0,64			
Poprawione R ²	0,08				0,08			0,33			0,38			0,63			
Δ R ²	-				0,009			0,22			0,05			0,25			

* dla p < 0,05, ** dla p < 0,01, *** dla p < 0,001; n.s. - otrzymane wyniki były nieistotne statystycznie dla testowanego modelu regresji.

Źródło: Opracowanie własne.

modelu kilku zmiennych dychotomicznych, zbadano, czy założenie o nieskorelowaniu predyktorów zostało spełnione. Jako, że współczynnik tolerancji był dla wszystkich wprowadzonych zmiennych wyższy niż 0,1, to można stwierdzić, że założenie to zostało spełnione.

Model regresji dla zaburzeń lękowych był istotny statystycznie na każdym etapie analizy. Wprowadzone zmienne wyjaśniają łącznie 63% wariacji zmiennej zależnej (Poprawione $R^2 = 0,63$). Pierwsza grupa zmiennych – style przywiązania, wyjaśniały łącznie 8% wariacji zmiennej wyjaśnianej (Poprawione $R^2 = 0,08$). Spośród tej grupy, istotnym predyktorem okazał się styl lękowo-ambiwalentny ($b^* = 0,23$, $p < 0,01$). Następnie wprowadzono do modelu obie skale testu PBI, co nie wpłynęło na zmianę całkowitej wyjaśnianej przez model wariacji zmiennej zależnej. Żadne z nowo wprowadzonych zmiennych nie okazały się istotnymi predyktorami. Natomiast na tym etapie istotna była zależność lękowo-ambiwalentnego stylu przywiązania ($b^* = 0,19$, $p < 0,05$) z lęklivością wśród ciężarnych. W trzecim kroku do modelu wprowadzono zmienne położnicze oraz socjodemograficzne. Zanotowano 22% przyrost wyjaśnianej wariacji zmiennej zależnej ($\Delta R^2 = 0,22$). Wszystkie wprowadzone na tym etapie zmienne okazały się istotnymi predyktorami dla zaburzeń lękowych wśród ciężarnych. Nieprawidłowy przebieg ciąży ($b^* = -0,42$, $p < 0,001$), doświadczenie martwego porodu ($b^* = 0,19$, $p < 0,01$) wpływały na nasilenie objawów lękowych w badanej grupie kobiet. Były one większe również u tych kobiet, które były w stałych związkach ($b^* = 0,16$, $p < 0,05$). Oprócz tego, odnotowano, że istotnym predyktorem nasilającym objawy lękowe jest posiadanie obrazu matki kontrolującej ($b^* = 0,15$, $p < 0,05$) oraz lękowo-ambiwalentnego stylu przywiązania ($b^* = 0,15$, $p < 0,05$), a obniżającym je – bezpieczny styl przywiązania ($b^* = -0,21$, $p < 0,05$). W czwartym kroku do modelu wprowadzono wyniki subiektywnego zadowolenia z własnego życia, i odnotowano 5% przyrost wyjaśnianej wariacji ($\Delta R^2 = 0,05$). Istotnymi predyktorami na tym etapie wszystkie wprowadzone poprzednio zmienne położnicze i socjodemograficzne, obraz matki kontrolującej ($b^* = 0,16$, $p < 0,05$) oraz subiektywna jakość życia ($b^* = -0,30$, $p < 0,001$). W ostatnim kroku do modelu włączono występowanie depresji w ciąży, co dało 25% przyrost wyjaśnianej wariacji ($\Delta R^2 = 0,25$). W ostatecznej wersji testowanego modelu, czynnikami które wpływają na nasilenie lęklivości wśród ciężarnych okazały się nieprawidłowy przebieg ciąży ($b^* = -0,15$, $p < 0,01$), posiadane doświadczenie martwego porodu ($b^* = 0,11$, $p < 0,05$), bycie w stałej relacji partnerskiej ($b^* = 0,11$, $p < 0,05$) oraz depresyjność w ciąży ($b^* = 0,65$, $p < 0,001$).

Analiza dominacji

W ostatnim kroku przeprowadzono analizę dominacji, której celem było znalezienie najbardziej znaczących predyktorów dla lęklivości i depresyjności wśród ciężarnych. Do analizy włączono wszystkie te zmienne, które były istotne statystycznie na dowolnym etapie wcześniej przeprowadzonej analizy regresji hierarchicznej. Wyniki analizy dominacji dla depresyjności przedstawia Tabela 3, a dla lęklivości Tabela 4.

Na poziomie istotności $p < 0,01$ i mniejszym można stwierdzić, że wszystkie wprowadzone do modelu predyktory pozostają w istotnej relacji do zmiennej zależnej, o czym świadczą wyniki wartości bety standaryzowanej uzyskane w analizie regresji dla pojedynczych zmiennych niezależnych. Jak wynika z danych przedstawionych

w Tabeli 3, zaburzenia lękowe w ciąży oraz satysfakcja z własnego życia zdominowały wszystkie inne wprowadzone do modelu predyktory. Wyjaśniają one odpowiednio 42% i 18% zmienności zmiennej zależnej. Przyjmując kryterium, że wartości średniego R^2 wyższe niż 0,04 oznaczają, że dany predyktor jest istotny dla wariancji zmiennej zależnej (por. Budescu, 1993), można stwierdzić, że oprócz wymienionych dwóch zmiennych, również przebieg ciąży (średnie $R^2 = 0,074$) oraz subiektywny obraz matki troskliwej (średnie $R^2 = 0,040$) istotnie wpływają na wariancję zmiennej objaśnianej. Otrzymane rezultaty pozwalają stwierdzić, że pomiędzy takimi zmiennymi jak obraz matki kontrolującej (średnie $R^2 = 0,020$), styl bezpieczny (średnie $R^2 = 0,025$) oraz styl lękowo-ambiwalentny (średnie $R^2 = 0,034$), a depresyjnością kobiet w ciąży nie ma istotnej statystycznie zależności.

Tabela 3. Wyniki analizy dominacji dla predyktorów depresyjności wśród ciężarnych

	Depresja wśród ciężarnych			
	b*	R ² dla jednej zmiennej	Dodatkowe R ² po wprowadzeniu pozostałych zmiennych	Średnie R ²
Zaburzenia lękowe w ciąży	0,769***	0,592	0,248	0,420
SWLS	-0,573***	0,328	0,035	0,181
Przebieg ciąży	-0,382***	0,147	0,001	0,074
Matka troskliwa	-0,276***	0,076	0,003	0,040
Styl lęk. - amb.	0,261***	0,068	0,000	0,034
Styl bezpieczny	-0,227**	0,052	-0,002	0,025
Matka kontrolująca	0,206**	0,042	-0,002	0,020

b – wartość beta standaryzowane dla modelu z jedną zmienną niezależną;
* dla $p < 0,05$, ** dla $p < 0,01$, *** dla $p < 0,001$

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 4. Wyniki analizy dominacji dla predyktorów lęklivosti wśród ciężarnych

	Zaburzenia lękowe wśród ciężarnych			
	b	R ² dla jednej zmiennej	Dodatkowe R ² po wprowadzeniu pozostałych zmiennych	Średnie R ²
Depresja w ciąży	0,761***	0,578	0,356	0,439
Przebieg ciąży	-0,416***	0,173	0,047	0,110
Styl lęk. - amb.	0,269***	0,072	0,027	0,050
Martwy poród	0,240**	0,057	0,034	0,046
Styl bezpieczny	-0,196*	0,039	0,026	0,033
Status związku	0,157*	0,025	0,037	0,031
Matka kontrolująca	0,187*	0,035	0,025	0,030

b – wartość beta standaryzowane dla modelu z jedną zmienną niezależną;
* dla $p < 0,05$, ** dla $p < 0,01$, *** dla $p < 0,001$

Źródło: Opracowanie własne.

W przypadku analizy dominacji dla predyktorów lęklivosti wśród ciężarnych wszystkie wprowadzone do modelu zmienne były istotne dla zmiennej wyjaśnianej, gdyż poziom istotności dla wszystkich wartości bety standaryzowanej był równy lub

niższy $\alpha = 0,05$. Zmienne depresja w ciąży oraz przebieg ciąży zdominowały pozostałe czynniki wprowadzone do analizy dominacji. Wyjaśniają one 44% i 11% wariancji zaburzeń lękowych wśród ciężarnych. Zauważono również, że lękowo-ambiwalentny styl przywiązania (średnie $R^2 = 0,050$) oraz doświadczenie martwego porodu (średnie $R^2 = 0,040$) nasilają lękliwość wśród ciężarnych. Bezpieczny styl przywiązania (średnie $R^2 = 0,033$), bycie w związku (średnie $R^2 = 0,031$) oraz obraz matki intruzywnej (średnie $R^2 = 0,030$) okazały się mało istotnymi predyktorami do przewidywania wariancji zamiennej zależnej.

4. Dyskusja wyników

Otrzymane wyniki pozwoliły na pozytywne zweryfikowanie postawionej hipotezy badawczej. Sugerują one, że istnieją takie czynniki, które wpływają na nasilenie lub osłabienie symptomów lękowych i depresyjnych w badanej grupie ciężarnych.

Przeprowadzona analiza statyczna wykazała, że istotne znaczenie dla nasilenia objawów depresyjnych mają: zaburzenia lękowe w ciąży, niskie zadowolenie z własnego życia, nieprawidłowy przebieg ciąży oraz posiadanie subiektywnego obrazu matki nie-troskliwej. Rezultaty te podkreślają kilka kwestii. Po pierwsze, istnieje duża współzależność pomiędzy zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi w ciąży. W badaniach własnych wszystkie kobiety, u których stwierdzono obecność depresji, miały współwystępujące zaburzenia lękowe. Zależność ta nie była jednak odwrotna, gdyż ponad połowa kobiet ciężarnych z powodu nasilonej lękowości nie miała stanów depresyjnych. Można zatem stwierdzić, że obecność zaburzeń lękowych u ciężarnej wzmacnia ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych. Drugim istotnym zidentyfikowanym czynnikiem była jakość zadowolenia z własnego życia. Wiadomo, że posiadanie negatywnych schematów na temat siebie i własnej rzeczywistości może predysponować jednostki do zachorowania na depresję. Z drugiej strony osoby depresyjne częściej formułują oceny rzeczywistości na podstawie aktualnego stanu emocjonalnego (Leahy, 2008, s. 193). Dlatego kobiety, które prezentowały więcej silniejszych objawów depresyjnych, częściej dokonywały niższej oceny własnych dokonań, przeszłości czy warunków życiowych, co pozostaje spójne z obrazem klinicznym zaburzenia. Zidentyfikowana zależność ma też charakter odwrotny. Te ciężarne, które wysoko oceniały jakość własnego życia, prezentowały mniej symptomów depresyjnych. A zatem można wysunąć wniosek, że wysokie zadowolenie z siebie i swojego życia jest czynnikiem ochronnym wobec depresji w ciąży. Drugim z powodów, dla którego należy traktować otrzymany rezultat jako spójny ze stanem wiedzy, odwołuje się do procesu godzenia się z własnym macierzyństwem. Zmiany te zaburzają wewnętrzną harmonię, aby możliwe było włączenie do obrazu siebie nowej lub zmodyfikowanej matczynej tożsamości. Kobiety, u których ten stan zaburzenia równowagi ma charakter przewlekły, czyli innymi słowy trudniej im się pogodzić z pełnieniem roli matki, częściej obwiniają się za zaistniały stan rzeczy, identyfikując go jako osobistą porażkę. Sytuacja ta ujawnia się w postaci obniżonego zadowolenia z siebie, własnych dokonań oraz własnego życia, czyli niższej subiektywnej jakości życia. O tym, jak istotną rolę dla nasilenia objawów depresyjnych odgrywa adaptacja do pełnienia roli matki, świadczy też fakt, że wśród jej predyktorów znalazł się subiektywny obraz matki troskliwej. Ciężarne, które pozbawione są pozytywnych wzorców realizowania roli macierzyńskiej, gdyż identyfikują swój obiekt matczynej jako chłodny emocjonalnie, nieakceptujący, nieempatyczny i niekochający, częs-

kiej cierpią z powodu nasilonej depresyjności. Brak obrazu matki troskliwej może przedłużać zatem proces adaptacji do pełnienia roli matczynej. Ostatnim ze zidentyfikowanych jako istotne predyktorów depresyjności wśród ciężarnych jest przebieg ciąży. Badane, których ciąża nie przebiegała w sposób prawidłowy, wiązała się z powikłaniami i możliwą z tego powodu hospitalizacją, częściej prezentowały objawy depresyjne. Kobiety w ciąży powikłanej częściej mogą obwiniać się za zaistniały stan rzeczy, odczuwać bezradność oraz interpretować zaistniały stan jako porażkę prokreacyjną lub nawet macierzyńską. W efekcie nasilone mogą być u nich obawy dotyczące nieprawidłowego wywiązywania się z roli matki. Z drugiej strony, silne poczucie winy wobec nienarodzonego dziecka, związane z przekonaniem o dokonanych względem niego zaniechaniach opiekuńczych i narażeniu go na utratę zdrowia lub życia, połączone z mechanizmem wyparcia, może predysponować ciężarne do wypierania faktu własnego macierzyństwa do momentu narodzin oraz przyjmowania biernej pozycji w procesie leczenia.

Czynniki, które wpływają na stopień nasilenia objawów lękowych wśród ciężarnych, zidentyfikowane w badaniu własnym, to: depresja w ciąży, przebieg ciąży, doświadczenie martwego porodu oraz lękowo-ambiwalentny styl przywiązania. Pierwszy z wymienionych czynników, współwystępujące zaburzenia depresyjne, okazał się najistotniejszym predyktorem dla przywidywania stopnia nasilenia lęklivosti wśród badanych kobiet. Uzyskane tym samym wyniki są spójne z przedstawionymi powyżej rezultatami. Drugim najbardziej istotnym predyktorem okazał się przebieg ciąży. Te kobiety, których ciąża przebiega w sposób nieprawidłowy, zdecydowanie częściej odczuwają nasiloną lęklivość. Powikłania ciążowe i hospitalizacja z ich powodu może zwiększać poczucie zagrożenia wobec możliwej porażki prokreacyjnej i niepewność co do pozytywnego zakończenia ciąży (Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 165). Sprzyja to nadmiernemu wyczuleniu na drobne objawy somatyczne, które są interpretowane jako zagrażające dziecku, i tym samym prowadzi do przewlekłej stresogennej sytuacji, co istotnie nasila ryzyko komplikacji ciążowych i okołoporodowych. Zgodnie z mechanizmem błędnego koła lęku, im dłuższa będzie ekspozycja na czynniki stresogenne (w tym przypadku powikłania i hospitalizację), tym więcej będzie pojawiało się coraz to silniejszych symptomów lękowych. Dlatego też istotnym jest, aby hospitalizowane ciężarne miały możliwość kontaktu z psychologiem, gdyż tylko oddziaływania psychologiczne mogą przerwać spiralę lęku. A zatem, z jednej strony nieprawidłowy przebieg ciąży nasila obecność negatywnych przekonań na temat własnej skuteczności oraz odpowiedzialności za stan zdrowia, i tym samym zwiększa depresyjność wśród ciężarnych, a z drugiej strony sprzyja odczuwaniu przewlekłego stresu i silniejszemu natężeniu obaw, powodując wzrost lęklivosti wśród ciężarnych. Zależność ta ma też charakter odwrotny. Kobiety, których ciąża przebiega w sposób prawidłowy, i tym samym spójny z ich oczekiwaniami, rzadziej doświadczają zaburzeń nastroju w ciąży. Biorąc to pod uwagę, należy podkreślić wagę regularnych badań ginekologicznych oraz dobrej opieki medycznej nad ciężarną, dbającej o poprawny przebieg ciąży, i tym samym pośrednio przyczyniającym się do wzrostu komfortu psychicznego u ciężarnych. Trzecim predyktorem dla lęklivosti, który pozostaje istotnie powiązany z poprzednim, jest posiadanie traumatycznego doświadczenia narodzin martwego dziecka. Kobiety, które doświadczyły tak traumatycznej sytuacji, częściej antycypują będąc w ciąży możliwość ponownego jej wystąpienia, stąd obecność u nich nasilonej lęklivosti. Ostatnim zidentyfikowanym predyktorem jest lękowo-ambiwalentny styl przywiązania. Wynika z tego, że

kobiety, które mają silny lęk przed rozłąką oraz często prezentują wzajemnie sprzeczne i silne emocje w relacjach z bliskimi, częściej chorują z powodu zaburzeń lękowych w ciąży, aniżeli te, które cechuje wycofanie emocjonalne oraz unikanie bliskości. A zatem patologiczna lękliwość u ciężarnych mogłaby wynikać z wykształconych w relacji z osobami znaczącymi wzorców do nadmiernego emocjonalnego reagowania w sytuacjach nieprzewidywalnych oraz postrzeganych jako potencjalnie zagrażające. Taką sytuacją jest zawsze ciąża, gdyż wiąże się ona z niepewnością co do pozytywnego jej rozwiązania, zdrowia i życia dziecka oraz własnych oddziaływań wobec niego. Stąd kobiety, które posiadają lękowo-ambiwalentny styl przywiązania mogą mniej skutecznie radzić sobie z tymi powszechnymi wśród ciężarnych obawami, co prowadzi do częstszego występowania u nich zaburzeń lękowych.

Do słabych stron badania należy zaliczyć poleganie tylko i wyłącznie na kwestionariuszach samoopisowych w określaniu występowania i stopnia nasilenia zaburzeń klinicznych oraz cech psychologicznych, które opierają się one w całości na danych introspekcyjnych. Drugą słabą stroną badania, była stosunkowo niewielka liczba osób badanych (n=159) w odniesieniu do ilości analizowanych zmiennych. Trzecią słabą stroną były duże dysproporcje między porównywanymi grupami ciężarnych w ramach badanych zjawisk (np. doświadczenie martwego porodu).

LITERATURA

- Ryan D., Milis L., Misri N. (2005). Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 51, 1087-1093.
- Abajobir A.A., Maravilla J.C., Alati R., Najman J.M. (2015). A systematic review and meta-analysis of the association between unintended pregnancy and perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 192, 56-63.
- Bansil P., Kuklina E.V., Meikle S.F., Posner S.F., Kourtis A.P., Ellington S.R., Jamieson D.J. (2010). Maternal and Fetal Outcomes Among Women with Depression. *Journal of Women's Health*, 19(2), 329-334.
- Banti S., Mauri M., Oppo A., Borri C., Rambelli C., Ramacciotti D., Montagnani M.S., Camilleri V., Cortopassi S., Rucci P., Cassano G.B. (2011). From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit study. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 343-351.
- Bayrampour H., McDonald Sh., Tough S. (2015). Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*, 31(6), 582-589.
- Bennett H.A., Einarson A., Taddio A., Koren G., Enarson T.R. (2004). Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 698-709
- Bhatia M.S., Jhanjee A. (2012). Tokophobia: A dread of pregnancy. *Industrial Psychiatry Journal*, 21(2), 158-159.
- Biaggi A., Conroy S., Pawlby S., Pariante C.M. (2015). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62-77.
- Błaszczak A., Pilch D., Szamlewska B. (2011). Badanie poziomu lęku kwestionariuszem STAI C.D. Spielbergera u kobiet w okresie okołopłodowym. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 4(3), 163-168.
- Bowen A., Bowen R., Butt P., Rahman K., Nazeem M. (2012). Patterns of Depression and Treatment in Pregnant and Postpartum Women. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(3), 161-168.

- Bussel van J.C.H., Spitz B., Demyttenaere K. (2009). Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *Journal of Affective Disorders*, 114, 232-242.
- Chrzan-Dętkoś M., Dyduch-Maroszek A., Humięcka A., Karasiewicz K. (2012). Uwarunkowania i konsekwencje depresji poporodowej. *Psychoterapia*, 2(161), 55-63.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ: British Medical Journal*, 323(7307), 257-260.
- Fadzil A., Balakrishnan K., Razali R., Sidi H., Malapan T., Japaraj R.P., Midin M., Jaafar N.R.N., Das S. (2013). Risk factors for depression and anxiety among pregnant women in Hospital Tuanku Bainun, Ipoh, Malaysia. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5, 7-13.
- Heron J., O'Connor T.G., Evans J., Golding J., Glover V. (2004) The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 65-73.
- Hofberg K., Ward M.R., (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79, 505-510.
- Hyun-Ghang J., Jeung-Suk L., Moon-Soo L., Seung-Hyun K., In-Kwa J., Sook-Haeng J. (2013). The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support. *General Hospital Psychiatry*, 35, 354-358.
- Juczyński Z. (2009). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia* (s. 128-132).
- Kowalska J., Olszowa D., Markowska D., Teplik M., Rymaszewska J. (2014). Aktywność fizyczna i szkoła rodzenia a poziom postrzeganego stresu i objawów depresyjnych u kobiet po porodzie. *Psychiatria Polska*, 48(5), 889-900.
- Lancaster Ch., A., Gold K.J., Flynn H.A., Yoo H., Marcus S.M., Davis M.M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002(1), 5-14. DOI:10.1046/j.ajog.2009.09.007.
- Lee, A.M., Lam, S.K., Sze Mun Lau, S.M., Shiu Yin Chong, K., Chui, H.W. (2007). Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 110(5), 1102-1112.
- Majkovicz M. (2000). Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej – wybrane techniki badawcze. W: K. de Walden-Gafusko, M. Majkovicz (red.). *Ocena jakości paliatywnej w teorii i praktyce* (s. 34-36, 67-72). Gdańsk: Akademia Medyczna.
- Martini J., Petzoldt J., Einsle F., Beesdo-Baum K., Höfler M., Wittchen H.U. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 175, 385-395.
- Moryłowska-Topolska J., Makara-Studzińska M., Kotarski J. (2014). Wpływ wybranych zmiennych socjodemograficznych na nasilenie objawów lękowych i depresyjnych w poszczególnych trymestrach ciąży. *Psychiatria Polska*, 48(1), 173-186.
- Pereira P.K., Lovisi G.M., Pilowsky D.L., Lima L.A., Legay L.F. (2009). Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(12), 2725-2736.
- Płopa M. (2008). *Więzi w małżeństwie i rodzinie: metody badań* (s. 269-321). Kraków: Impuls.
- Podolska M.Z., Majkovicz M., Sipak-Szmigiel O., Ronin-Walkanowska E. (2009a). Style radzenia sobie w sytuacjach stresowych a "Łęk-stan"

i "Łęk-cecha" u kobiet z objawami depresji okołoporodowej. *Ginekologia Polska*, 80(3), 201-206.

- Popiel A., Pragłowska E. (2006). Psychoterapia poznawczo-behavioralna schizofrenii. W: J. Meder, M. Sawicka (red.). *Psychoterapia schizofrenii* (s. 35). Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.
- Rahman K., Bowen A., Muhajarine N. (2014). Examining the Factors that Moderate and Mediate the Effects on Depression during Pregnancy and Postpartum. *Journal of Pregnancy and Child Health*, 10(1). DOI: 10.4172/jpch.1000116.
- Räisänen S., Lehto S.M., Nielsen H.S., Gissler M., Kramer M.R., Heinonen S. (2014). Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002-2010 in Finland. *BMJ: British Medical Journal*, 4(11), DOI: 10.1136/bmjopen-2014-004883.
- Rubertsson C., Hellström J., Cross M., Sydsjö G. (2014). Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Archives of Women's Mental Health*, 17, 221-228.
- Sidebottom A.C., Hellerstedt W.L., Harrison P.A., Hennrikus D. (2014). An examination of prenatal and postpartum depressive symptoms among women served by urban community health centers. *Archives of Women's Mental Health*, 17, 27-40.
- Simpson J.A., Rholes W.S., Campbell L., Tran A., Wilson C.L. (2003). Adult Attachment, the Transition to Parenthood, and Depressive Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), 1172-1187.
- Størksen H.T., Garthus-Nigel S., Vangen S., Eberhard-Gran M. (2012). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92, 318-324.
- Waerden van der J.M., Galéra C., Saurel-Cubizolles M.J., Sutter-Dallay A.L., Melchior M. (2015). Predictors of persistent maternal depression trajectories in early childhood: results from the EDEN mother-child cohort study in France. *Psychological Medicine*, 45, 1999-2012.
- Waqas A., Raza N., Lodhi H.W., Muhammad Z., Jamal M., Rehman A. (2015). Psychosocial Factors of Antenatal Anxiety and Depression in Pakistan: Is Social Support a Mediator? *PLoS ONE*, 10(1), 1-14. DOI:10.1371/journal.pone.0116510.
- Whisman M.A., Davila J., Goodman S.H. (2011). Relationship Adjustment, Depression and Anxiety During Pregnancy and the Postpartum Period. *Journal of Family Psychology*, 25(3), 375-383.
- Yanikkerem E., Ay S., Pior N. (2013). Planned and unplanned pregnancy: Effects on health practice and depression during pregnancy. *Journal of Obstetric and Gynecologist Research*, 39(1), 180-187.