# Anksioznost u trudnoći

**Štelcer, Lidija**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2013**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:028606

*Rights / Prava:* In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-03-28**

FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

*Repository / Repozitorij:*

FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek

zir.nsk.hr

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište J. J. Strossmayera Osijek

Filozofski fakultet

Studij psihologije

# ANKSIOZNOST U TRUDNOĆI

*Diplomski rad*

Lidija Štelcer

Mentor: Izv. prof. dr. sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2013.

**SADRŽAJ**

SAŽETAK

UVOD .....2

*Anksioznost* .....2

*Trudnoća* .....3

*Anksioznost u trudnoći* .....5

CILJ I PROBLEM ISTRAŽIVANJA .....8

HIPOTEZE .....8

METODA .....8

*Sudionici* .....8

*Instrumenti* .....9

*Postupak* .....10

REZULTATI .....11

RASPRAVA .....18

*Anksioznost s obzirom na vrstu trudnoće* .....18

*Anksioznost s obzirom na dob trudnice* .....20

*Anksioznost s obzirom na stadij trudnoće* .....21

*Nedostaci i prijedlozi za buduća istraživanja* .....22

ZAKLJUČAK .....24

LITERATURA .....25

## SAŽETAK

ANKSIOZNOST U TRUDNOĆI - Lidija Štelcer

Cilj istraživanja je bio ispitati razinu anksioznosti kod prvorotkinja, višerotkinja s prethodnom normalnom trudnoćom i višerotkinja s prethodnom patološkom trudnoćom. Pretpostavilo se da će najveća razina anksioznosti biti kod višerotkinja s prethodnom patološkom trudnoćom, umjerena kod prvorotkinja, a najmanja kod višerotkinja s prethodnom normalnom trudnoćom. Ispitivala se i razina anksioznosti s obzirom na dob, odnosno kod mlađih trudnica (mlađe od 30 godina) i kod starijih trudnica (starije od 30 godina). Pretpostavilo se da će starije trudnice biti anksioznije nego mlađe. Također se ispitivala razina anksioznosti s obzirom na stadij trudnoće, odnosno prvo, drugo i treće tromjesečje. Pretpostavilo se da bi najanksioznije trebale biti trudnice u prvom tromjesečju, umjereno anksiozne u trećem tromjesečju, a najmanje anksiozne u drugom tromjesečju. U istraživanju je sudjelovalo 117 trudnica koje su se dobrovoljno javile za ispunjavanje *Upitnika* koji im je bio dostupan na internetu. *Upitnik* se sastojao od *Sociodemografskog upitnika*, *Endlerove multidimenzionalne skale za mjerenje anksioznosti kao stanja (EMAS-S)* i *Endlerove multidimenzionalne skale za mjerenje anksioznosti kao crte ličnosti (EMAS-T)*. U svrhu provjere hipoteza primijenjeni su parametrijski t-test i jednostavna analiza varijance, te neparametrijski Mann-Whitneyev U test i Kruskal-Wallisov test. Dobiveni rezultati nisu potvrdili niti jednu hipotezu.



*Ključne riječi: trudnoća, anksioznost, vrsta trudnoće, stadij trudnoće*



## ABSTRACT

ANXIETY IN PREGNANCY - Lidija Štelcer

The aim of this research was to explore the anxiety levels in primagravida, multigravida with previous normal pregnancy and primagravida with previous pathological pregnancy. It was assumed that the highest levels of anxiety would be in multigravida with previous pathological pregnancy, moderate levels in primagravida and lowest levels in multigravida with previous normal pregnancy. Level of anxiety was also explored regarding to age, to be exact in younger pregnant women (younger than 30 years of age) and in older pregnant women (older than 30 years of age). Assumption was that anxiety levels would be higher in older pregnant women than in younger pregnant women. Also level of anxiety was explored regarding to stage of pregnancy, to be exact first, second and third trimester. It was assumed that the highest level of anxiety would be in pregnant women in first trimester, moderate level of anxiety in third trimester and the lowest level of anxiety in second trimester. The research involved 117 pregnant women who volounteered to fill up the *Questionnaire* over the internet. *Questionnaire* was composed of *Socialdemographic questionnnaire*, *Endlers multidimensional anxiety scale - state (EMAS-S)* and *Endlers multidimensional anxiety scale - trait (EMAS-T)*. The results were obtained by parametric's t-test and ANOVA, and nonparametric's Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test. Results did not confirm any of the hypotheses.



*Key words: pregnancy, anxiety, type of pregnancy, stage of pregnancy*

# UVOD

*Anksioznost*

Anksioznost se definira kao neugodno čuvstvo tjeskobe, bojazni, napetosti i nesigurnosti, praćeno aktivacijom autonomnog živčanog sustava. Umjerena anksioznost može imati motivacijsko i pozitivno djelovanje na učinak u raznim aktivnostima, ali odsutnost ili vrlo intenzivna anksioznost može smanjiti učinak (Petz, 2005).

Gregurek i Braš (2007) tvrde da anksioznost sama po sebi nije patološka, ona predstavlja pokušaj olakšanja neizdržive napetosti, odnosno znak postojanja napetosti koja bi mogla dovesti do dezintegracije ega. Predstavlja reakciju ega na unutarnju instinktnu opasnost koja proizlazi iz ida te vanjsku opasnost, tj. njegov doživljaj prijeteće eksterne situacije. Anksioznost je afektivno stanje koje karakteriziraju: specifična neugodna kvaliteta, eferentni fenomeni olakšanja kroz tjelesno i percepcija tih fenomena od ega.

Osjećaj anksioznosti obuzima čovjeka u cjelini. Strašljivo iščekivanje je vrlo kompleksno subjektivno doživljavanje tjeskobe. Osobe koje ga doživljavaju opisuju ga kao osjećaj obuzetosti strepnjom da će se nešto loše dogoditi njima ili njihovim bližnjima. Karakteristični su i poremećaji spavanja, osjećaj unutrašnjeg pritiska, podrhtavanje dijelova tijela, treperenje grupa mišića, osjećaj bolova u mišićima, motorna uznemirenost, zamorljivost i slično. Osnovna karakteristika tjeskobnih osoba je povišena razina opreznosti, nestabilnosti, sumnjičavosti i ispitivačkog stava prema svijetu, ljudima u okolini i sebi samima (Gregurek i Braš, 2007).

Jedan od bitnih postupaka u olakšanju anksioznosti je psihoterapija. Psihoterapija podrazumijeva pokušaje jedne osobe da psihološkim sredstvima olakša psihološke patnje i bol druge osobe. Instrument su riječi, ali i drugi oblici komunikacije poput simboličkih ponašanja kojima se ispravljaju emocionalne reakcije i uspostavlja unutrašnji mir. Postoje razne metode psihoterapije anksioznih poremećaja. Tu se ubrajaju metoda ventilacije, sugestivne terapije, persuazije, autogeni trening, hipnoza, psihoanaliza, ekspresivne psihoterapije i grupna psihoterapija (Gregurek i Braš, 2007).

*Trudnoća*

Mnogo puta se čuje izjava „trudnoća je drugo stanje“ i to je zaista tako. Hormonalne promjene koje se zbivaju u žena tijekom trudnoće su velike pa se ne treba čuditi što su žene tada i emocionalno labilnije. Često su prisutne i iznenadne promjene raspoloženja, zabrinutosti, razdražljivosti, anksioznosti i slično (Havelka, 2011).

Trudnoća može biti planirana ili neplanirana. Ima dosta razloga za planiranu trudnoću; poput snažnog biološkog nagona za razmnožavanjem, preko želje za besmrtnošću te pritiska obitelji i društva. Trudnoćom muškarci žele dokazati svoju muškost, a žene svoju plodnost. Međutim, veći problem predstavljaju neplanirane trudnoće. One ponekad predstavljaju za žene ugodno iznenađenje koje lako prihvate, ali se češće s njom pomire tek nakon početne zabrinutosti i otpora. Za neke žene neplanirana trudnoća može biti neželjena te se u tim situacijama radije odlučuju za pobačaj. Žene koje su protiv pobačaja i iznesu trudnoću do kraja, odluče se ili na davanje djeteta na usvojenje ili ga zadrže. Približno jedna trećina majki koje za vrijeme trudnoće nisu željele dijete, ne žele ga niti nakon njegova rođenja (Pitt, 1992).

Nijedno razdoblje tijekom života nije obilježeno tako dramatičnim promjenama kao što je to razdoblje od devet mjeseci između začeća i rođenja. Na žalost, često se takvim značajnim događajima, koji se zbivaju za vrijeme prenatalnog razvoja, ne poklanja dovoljna pažnja, najvjerojatnije zbog toga što su skriveni od pogleda (Vasta, Haith i Miller, 1997).

Svaka žena stvara vlastite predodžbe o trudnoći, na koje su utjecale stručna literatura koju je čitala, razgovori sa stručnjacima, drugim majkama i vlastitom majkom. Teško da postoje dvije žene s potpuno identičnim predodžbama. Kako će žena doživjeti trudnoću ovisi o prethodnim predodžbama o trudnoći i porodu, što će utjecati na to hoće li trudnoća za ženu značiti radost ili teret. Trudnoća je, za neke, stanje blaženstva. To je stanje kada trudnica više nije djevojka, a još nije ni žena. Ostavlja iza sebe svijet mladenačke bezbrižnosti, a tek je čeka odgovornost majčinstva. Za druge, trudnoća predstavlja jedno nenormalno stanje, kad ženi otiču noge i gležnjevi, kada se javlja jutarnja mučnina, stalan umor, žgaravica i želja da jede najraznovrsniju hranu pa čak i onu koju do tada nikad nije jela. Ne tako davno, ali i u današnje vrijeme, prema

trudnicama su se odnosili tako da su im zabranjivali teže poslove i govorili im da je za njih (trudnice) najbolje da se odmaraju, čitaju, puno spavaju i pletu ili šiju. Međutim, nikada nije suvišno isticati kako trudnoća nije nenormalno zdravstveno stanje već bitan dio ljudskog postojanja. Danas trudnice smiju raditi većinu poslova što su i inače radile, ali trebaju izbjegavati prekomjerno umaranje i opterećenje (fizičko i psihičko) (Macy, 1986).

Što se tiče čestih promjena raspoloženja u trudnoći, smatra se da su one izazvane hormonskim promjenama. U trudnoći su najvažnija dva hormona: progesteron i estrogen. Promjene raspoloženja pripisivane su djelovanju oba hormona, te mogućnosti da u nekih žena dolazi do njihove „neravnoteže". Treći hormon, humani korionski gonadotropni (hCG), što ga u ranoj fazi stvara embrij, luči se najviše u desetom tjednu, zatim ga je sve manje. Moguće je da je upravo on uzročnik emocionalnih tegoba (Macy, 1986). Istraživanja u kojima se određivao hormon humani korionski gonadotropni (hCG) u serumu kao dokaz trudnoće, potvrdila su da se oko 30% trudnoća pobaci nakon implantacije. Spontani pobačaj se definira kao neželjeni gubitak trudnoće prije navršenog 20. tjedna s težinom fetusa manjom od 500 grama (Finderle i Petrović, 2007). Svaka žena se neizmjerno boji da nešto neće biti u redu, a posebno žene starije dobi. Kod trudnica starije dobi je povećan i broj medicinskih zahvata u trudnoći poput amniocenteze kao i učestalost oboljenja (Sušanj i sur., 2008).

Nakon prve trudnoće, mnoge žene pomisle da ne žele imati drugo dijete, odnosno, da ne žele proći kroz još jedan porod. Međutim, većina žena se brzo predomisli pa za koju godinu rode ponovno. Često se na početku trudnoće znaju zapitati: „Što sam to napravila? Nisam li rekla da neću imati više djece?". Taj osjećaj brzo prođe jer ih čeka prilagodba cijele obitelji na još jednog člana (Macy, 1986).

*Anksioznost u trudnoći*

Stereotipna slika trudnoće predstavlja trudnoću kao sretno i veselo razdoblje u životu kada majka i njen partner očekuju dijete koje su planirali imati te su dobro pripremljeni da ga vole i odgajaju (Dunkel Schetter, 2011). Suvremena predodžba trudnice je takva da je smatramo osobom koja odiše zdravljem i srećom te da smireno proživljava 9 mjeseci trudnoće (Moravek, 2006). Međutim, činjenica je da je trudnoća, za mnoge žene današnjice, iskustvo obilježeno nedostatkom adekvatnih socioekonomskih i psihosocijalnih resursa, kao i prisutnosti mnogih stresora poput posla i obiteljskih odgovornosti koje daju sliku o trudnoći drugačiju od stereotipne (Dunkel Schetter, 2011). Zapravo je trudnoća vrijeme velikih emocionalnih promjena, praćeno stresom, gdje su nezadovoljstvo i anksioznost jednako tipični (Moravek, 2006). Trenutno se procjenjuje da anksioznost utječe na 5 do 25% trudnica. Karra (2009) navodi da će čak jedna od osam trudnica imati poremećaj raspoloženja ili anksiozni poremećaj. Trudnoća prosječno traje 266 dana i iz praktičnih razloga se najčešće opisuje u razdobljima od po tri mjeseca (tromjesečja) (Masters, Johnson i Kolodny, 2006). Trudnoća se dosta razlikuje po tromjesečjima. U prva tri mjeseca trudnoće anksioznost raste i to vjerojatno zbog prilagođavanja trudnoći, straha od pobačaja, deformacije ploda te straha od nadolazeće odgovornosti. U druga tri mjeseca anksioznost se smanjuje jer se trudnica uspjela prilagoditi informiranjem o trudnoći s drugim majkama i stručnjacima. U zadnja tri mjeseca trudnoće anksioznost ponovno raste zbog velikih promjena u tijelu, približavanja porođaja te dočekivanja novog člana obitelji. Većina žena dobro izlazi na kraj s anksioznošću, međutim, nekima je potrebna pomoć pa u tom slučaju psihoterapija ima veliku vrijednost (Macy, 1986). Trudnica sa psihičkim smetnjama, poput anksioznosti, u trudnoći najčešće ne treba zapravo klasičnu terapiju, već iscrpni razgovor, praktične savjete, upute o pripremi za porođaj te upute o promjeni životnog stila nakon porođaja (Havelka, 2011). Vrlo je korisna poduka o porođaju pod vodstvom kvalificiranih osoba, jer su porođajni bolovi povezani s visokim stupnjem anksioznosti, a kvalitetna predavanja pridonose smanjenju bolova (Macy, 1986).

Za anksioznost u trudnoći se u novije vrijeme često veže pojam „trudnička anksioznost“ i bitno se razlikuje od obične anksioznosti kao stanja ili crte ličnosti. Može se definirati kao sindrom koji je praćen povećanim strahom za zdravlje i dobrobit

vlastitog djeteta, ali i vlastito bolničko i zdravstveno iskustvo. Također, može uključivati i strah vezan uz nadolazeći porod i njegove posljedice te strahove vezane uz roditeljstvo i majčinstvo. Predstavlja posebno emocionalno stanje blisko vezano stanju anksioznosti, ali je više kontekstualno bazirano, tj. vezano specifično uz brige o trenutnoj trudnoći. Žene s visokom trudničkom anksioznosti imaju 1,5 puta veći rizik za preuranjeni porod. Priroda ovog koncepta još uvijek nije primila dovoljno pažnje da bi bila popuno istražena (Dunkel Schetter i Tanner, 2012).

Često buduća majka brine o zdravlju djeteta i mijenja svoj način života. Pita se hoće li biti dobra majka, kakav će biti novi život te hoće li moći financijski zbrinuti dijete. Sva ta pitanja povećavaju stres i anksioznost trudnice. Iako sama trudnoća može biti uzrok anksioznosti, istraživanja pokazuju da, ako od ranije postoji anksioznost ili panični poremećaj, dvadesetak posto žena opisuje poboljšanje stanja (žene s blažim smetnjama). Oko polovine ostaje isto, dok se dvadesetak posto pogorša (žene s ozbiljnim smetnjama). Manji dio ima mješovit tok bolesti (Moravek, 2006). Veća razina anksioznosti može utjecati na tijek i ishod trudnoće (Huang i sur., 2012). Istraživanja su pokazala da majčino psihičko stanje može utjecati na zametak jer se krvotokom iz njena tijela prenose hormoni, kisik i hranjive tvari, stoga je moguće da majčina psihička uznemirenost loše utječe na zametak (Macy, 1986). Anksiozni poremećaj može utjecati i na ishod trudnoće jer panični napadi mogu izazvati odljuštenje posteljice, otežanu prehranu ploda, carski rez, smanjeni Apgar i slično (Moravek, 2006).

Žene koje su imale spontani pobačaj, u novoj trudnoći tijekom prvog tromjesečja su anksioznije u usporedbi s trudnicama koje nisu imale spontani pobačaj. Anksioznost se smanjivala kako je trudnoća napredovala. Prijašnji pobačaji predstavljaju ozbiljan rizik za mentalno zdravlje žene, što dalje izaziva rizik za komplikacije u trudnoći i razne ishode trudnoće (Huang i sur., 2012).

Ukoliko je trudnica ranije uzimala psihoaktivne lijekove i nastavila ih uzimati u trudnoći, treba voditi računa o tome da se metabolizam i izlučivanje lijekova može promijeniti. Postoji relativno malo studija o utjecaju psihoaktivnih lijekova (poput antidepresiva) na trudnoću i plod. Do sada nije pronađen dokaz koji bi ukazao na to da izloženost psihoaktivnim lijekovima ima povećanu učestalost kongenitalnih malformacija (Moravek, 2006).

Unatoč nejednoznačnim rezultatima o utjecaju psihoaktivnih lijekova predlaže se izbjegavanje istih i upotreba raznih oblika psihoterapijskih tehnika i odgovarajuće psihološke potpore i pripreme trudnice. Sve to u svrhu postizanja zadovoljavajuće kvalitete života. Za lijekove koji su neophodni u trudnoći, predlaže se stroga kontrola kako bi se primijenili u najmanjim djelotvornim dozama, što znači prilagođavanje doze ovisno o fazi trudnoće, uz oprez kod prekidanja lijekova koji bi mogli prouzročiti sindrome ustezanja i na taj način dodatno ugroziti dijete. Terapeut koji propisuje tretman za tjeskobu i depresiju bi se trebao posavjetovati s pedijatrima, ginekolozima i obitelji. Uzeti lijekove za panični poremećaj ili koristiti samo psihoterapiju i psihološku potporu, nije laka odluka. U trudnoći se ne smije zanemariti značaj potrebe prepoznavanja smetnji poput anksioznosti, napada panike ili depresije te je potrebno pomno pratiti psihičko stanje i pružiti adekvatnu pomoć ženi u ovom posebnom i osjetljivom periodu života (Moravek, 2006).

Rođenje je zaista značajan događaj. Nijedan drugi događaj u životu ne sadrži tako burne promjene i ne zahtijeva tako veliku prilagodbu u tako kratkom vremenu (Vasta, Haith i Miller, 1997). Ovo istraživanje je bitno jer bi moglo otvoriti put prema rješenju važnog problema u trudnoći, otkrivanju i saniranju anksioznosti. Vrlo malo istraživanja se bavi ovom bitnom tematikom. Moglo bi se usmjeriti na preventivne terapije i savjetovanja s početkom u najranijoj trudnoći pa na dalje. Često žene imaju mnogo raznih pitanja vezano za trudnoću, ali ne dolaze do konkretnijih odgovora, bilo zbog straha ili zbog uzbuđenja pa zaborave sve pitati što ih zanima. Savjetovanja bi u takvim slučajevima bila od neizmjerne koristi pa makar i telefonska, naravno u suradnji s ostalim stručnjacima tog područja poput ginekologa i pedijatara..

U ovome istraživanju ispitivat će se razina anksioznosti kao stanja i kao crte ličnosti kod trudnica, s obzirom na vrstu trudnoće, dob i stadij trudnoće, u svrhu provjere postoji li razlika u razini anksioznosti u tim aspektima trudnoće.

## CILJ I PROBLEM ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog istraživanja je ispitati razinu anksioznosti kod prvorotkinja, višerotkinja s prethodnom normalnom trudnoćom i višerotkinja s prethodnom patološkom trudnoćom.

Utvrditi postoji li razlika u razini anksioznosti s obzirom na vrstu trudnoće, dob trudnice i stadij trudnoće.

## HIPOTEZE

1. Postoji razlika u razini anksioznosti kod trudnica s obzirom na vrstu trudnoće. Višerotkinje s prethodnom patološkom trudnoćom će biti najviše anksiozne, prvorotkinje će biti umjereno anksiozne, a višerotkinje s prethodnom normalnom trudnoćom će biti najmanje anksiozne.

2. Postoji razlika u razini anksioznosti kod trudnica s obzirom na dob trudnice. Anksioznije će biti trudnice iznad 30 godina.

3. Postoji razlika u razini anksioznosti kod trudnica s obzirom na stadij trudnoće. Najviše anksiozne će biti u prvom tromjesečju, umjereno anksiozne u trećem tromjesečju, a najmanje anksiozne u drugom tromjesečju.

## METODA

*Sudionici*

U istraživanju je sudjelovalo 117 trudnica. Dob trudnica se kretala u rasponu od 16 do 37 godina, od kojih je 86 trudnica (73,5%) bilo mlađe od 30 godina, a 31 trudnica (26,5%) starije od 30 godina (od toga je samo 6 trudnica (5,2% od ukupnog uzorka) bilo starije od 35 godina). Gledajući na vrstu trudnoće, 63 su prvorotkinje (53,8%), 36 višerotkinja s prijašnjom normalnom trudnoćom (30,8%), a 18 višerotkinja s prijašnjom patološkom trudnoćom (15,4%). S obzirom na stadij trudnoće, 23 trudnice (19,7%) su u

prvom tromjesečju, 49 (41,9%) ih je u drugom tromjesečju i 45 (38,5%) ih je u trećem tromjesečju.

*Instrumenti*

**Sociodemografski upitnik**

*Sociodemografski upitnik* je upitnik koji se sastoji od pitanja poput dobi, tjedna trudnoće, koja je to trudnoća po redu, kakve su bile prijašnje trudnoće i slično.

**Endlerova multidimenzionalna skala za mjerenje anksioznosti kao stanja - EMAS-S (Endler, Edwards i Vitelli, 1991, adaptirala Sorić, 2002.)**

*Endlerova multidimenzionalna skala za mjerenje anksioznosti kao stanja - EMAS-S* je dio EMAS upitnika anksioznosti koji mjeri anksioznost kao stanje i procjenjuje se na osnovi subskale kognitivne zabrinutosti i autonomno-emocionalne subskale. Skala se sastoji od 20 tvrdnji. Ispitanici procjenjuju u kojoj mjeri pojedina tvrdnja opisuje kako se osjećaju u tom trenutku na skali od 1=Uopće ne do 5=Jako.

**Endlerova multidimenzionalna skala za mjerenje crte anksioznosti – EMAS-T (Endler, Edwards i Vitelli, 1991, adaptirala Sorić, 2002.)**

*Endlerova multidimenzionalna skala za mjerenje crte anksioznosti – EMAS-T* je dio EMAS upitnika anksioznosti koji mjeri anksioznost kao crtu ličnosti. U skladu s Endlerovim modelom ova skala se sastoji od četiri dimenzije općih situacija: socijalna evaluacija, situacija fizičke opasnosti, nova i nepoznata situacija te svakodnevna situacija. Skala se sastoji od četiri dijela, od kojih svaki dio ima po 15 tvrdnji. Ispitanici procjenjuju koliko pojedina tvrdnja opisuje njihove reakcije i stavove u tako definiranim situacijama na skali od 1=Uopće ne do 5=Jako.

*Postupak*

Ispitivanje je provedeno na način da su se *Sociodemografski upitnik* i *Endlerove multidimenzionalne skale za mjerenje anksioznosti* preko javnog google.doc dokumenta društvenim mrežama (razne grupe na Facebooku, kao i razni forumi) prosljeđivali da ih ispune isključivo trudnice, koje su voljne sudjelovati u istraživanju. U uputi prije početka upitnika je navedeno da se istraživanje provodi u sklopu diplomskog rada na Studiju psihologije pri Filozofskom fakultetu u Osijeku te da je ispitivanje u potpunosti anonimno, kao i to da će se rezultati koristiti isključivo u znanstveno-istraživačke svrhe. Navedeno je da je sudjelovanje u istraživanju dobrovoljno te da se može odustati u bilo kojem trenu bez ikakvih posljedica. Također, u uputi je navedeno da nema točnih i netočnih odgovora. Sudionike se zamolilo da odgovaraju iskreno na pitanja da bi rezultati bili što pouzdaniji. Za pitanja i informacije o istraživanju, navedena je e-mail adresa na koju se mogu javiti. Za ispunjavanje upitnika bilo je potrebno 15 minuta.

## REZULTATI

Prije provođenja obrade rezultata provjeren je normalitet distribucija mjera anksioznosti kao stanja i anksioznosti kao crte ličnosti, koji je uvjet za korištenje parametrijskih postupaka potrebnih u daljnjoj obradi. Rezultati Kolmogorov-Smirnovljevog testa pokazali su da se distribucija za Endlerovu multidimenzionalnu skalu anksioznosti kao stanja (EMAS-S) razlikuje od normalne distribucije dok se za anksioznost kao crtu ličnosti (EMAS-T) ne razlikuje od normalne distribucije. Skewness i Kurtosis indeksi za Anksioznost kao stanje ukazuju na pozitivno asimetrično distribuiranje rezultata kao i leptokurtičnost distribucije, što znači da se rezultati grupiraju pretežno na lijevoj strani distribucije te da su rezultati dosta niski. S obzirom da za anksioznost kao stanje nisu zadovoljeni uvjeti za korištenje parametrijskih testova, korišteni su neparametrijski, dok su za anksioznost kao crtu ličnosti korišteni parametrijski testovi jer su potrebni uvjeti za to zadovoljeni. Deskriptivna statistika za EMAS-S i EMAS-T upitnike prikazana je u Tablici 1.

*Tablica 1*

Deskriptivna statistika za Endlerovu multidimenzionalnu skalu anksioznosti kao stanja (EMAS-S) i anksioznosti kao crte ličnosti (EMAS-T) dobivena na *N*=117 ispitanica

| | Minimum | Maksimum | Raspon | M | SD | K-S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EMAS-S | 20 | 96 | 76 | 35,73 | 16,227 | 0,000 |
| EMAS-T | 110 | 258 | 148 | 175,72 | 26,033 | 0,200 |

*Napomena: K-S-značajnost Kolmogorov-Smirnovljevog testa*

Teoretski raspon Endlerove multidimenzionalne skale anksioznosti kao stanja (EMAS-S) se kreće od 20 do 100. Najmanji rezultat na upitniku EMAS-S iznosi 20, što je jednako najmanjem rezultatu u teoriji, dok najveći rezultat iznosi 96, što je malo manje od teoretskog rezultata 100. Iz dobivenih rezultata vidljivo je da, suprotno očekivanju, sudionice iskazuju manju razinu anksioznosti na upitniku EMAS-S.

Teoretski raspon Endlerove multidimenzionalne skale anksioznosti kao crte ličnosti (EMAS-T) se kreće od 60 do 300. Najmanji rezultat na upitniku EMAS-T iznosi 110 što je više od teoretskog 60, ali je još uvijek dosta nizak. Najveći rezultat iznosi 258, što je dosta visoko, ali niže od teoretskog 300. Vrijednost aritmetičke sredine (M=175,72) nam ukazuje da su sudionice po crti ličnosti umjereno anksiozne.

U svrhu provjere prve hipoteze, kojom se pretpostavilo da postoji razlika u razini anksioznosti s obzirom na vrstu trudnoće (je li trudnoća prva, je li prethodna trudnoća bila patološka ili normalna), za anksioznost kao stanje (EMAS-S) korišten je Kruskal-Wallisov test. Dobiveni rezultat $\chi^2(df=2)=0,277$ ($p>0,05$) ukazuje na to da ne postoji statistički značajna razlika u anksioznosti kao stanja s obzirom na vrstu trudnoće. Deskriptivna statistika i rezultati Kruskal-Wallisovog testa za EMAS-S s obzirom na vrstu trudnoće prikazani su u Tablici 2.

*Tablica 2*

Deskriptivna statistika i rezultati Kruskal-Wallisovog testa za EMAS-S dobiveni na *N*=117 ispitanica s obzirom na vrstu trudnoće

| EMAS-S | N | M | SD | Min | Max |
|---|---|---|---|---|---|
| Prva | 63 | 34,94 | 16,227 | 20 | 96 |
| Normalna | 36 | 36,69 | 18,350 | 20 | 96 |
| Patološka | 18 | 36,56 | 16,674 | 20 | 95 |

$\chi^2 = 0,277$; df = 2; p = 0,871

Za Anksioznost kao crtu ličnosti (EMAS-T) korištena je jednostavna analiza varijance i rezultat F=1,031 (p>0,05) također ukazuje na to da ne postoji statistički značajna razlika u anksioznosti kao crti ličnosti s obzirom na vrstu trudnoće. Deskriptivna statistika i rezultati jednostavne analize varijance za EMAS-T s obzirom na vrstu trudnoće prikazani su u Tablici 3. Dobiveni rezultati nisu potvrdili hipotezu.

*Tablica 3*

Deskriptivna statistika i rezultati jednostavne analize varijance za EMAS-T dobiveni na *N*=117 ispitanica s obzirom na vrstu trudnoće

| EMAS-T | N | M | SD | Min | Max |
|---|---|---|---|---|---|
| Prva | 63 | 173,02 | 26,202 | 112 | 235 |
| Normalna | 36 | 176,94 | 28,168 | 110 | 258 |
| Patološka | 18 | 182,72 | 20,119 | 146 | 214 |
| F = 1,031; df = 2; p = 0,360 | | | | | |

Gledajući cjelokupni rezultat EMAS-T skale s obzirom na vrstu trudnoće, hipoteza nije potvrđena, ali ako se pogledaju pojedine subskale EMAS-T upitnika, može se primijetiti statistički značajna razlika na subskali 3 koja se odnosi na nove i nepoznate situacije (p = 0,029), dok za ostale tri subskale (socijalna evaluacija-1, situacija fizičke opasnosti-2, svakodnevna situacija-4) nema statistički značajne razlike. Rezultati se mogu vidjeti u Tablici 4.

*Tablica 4*

Rezultati Mann-Whitneyevog U testa, Wilcoxonovog W testa, Z vrijednosti i statistička značajnost EMAS-T testa i pojedinih subskala EMAS-T testa

| | Mann-Whitney U | Wilcoxon W | Z | p |
|---|---|---|---|---|
| EMAS-T cijeli | 1475,000 | 3491,000 | - 1,236 | 0,216 |
| EMAS-T subskala 1 socijalna evaluacija | 1605,000 | 3090,000 | - 0,525 | 0,599 |
| EMAS-T subskala 2 situacija fizičke opasnosti | 1614,000 | 3630,000 | - 0,476 | 0,634 |
| EMAS-T subskala 3 nova i nepoznata situacija | 1303,000 | 3319,000 | - 2,178 | 0,029* |
| EMAS-T subskala 4 svakodnevna situacija | 1402,500 | 3418,500 | - 1,636 | 0,102 |

* $p<0,05$

Na subskali 3 se mogu izdvojiti i pojedine čestice kod kojih se pronašla statistički značajna razlika. Te čestice su: Uzrujana sam (p=0,035), Osjećam se nelagodno (p=0,009), Veselim se takvim situacijama (p=0,038), Uživam u takvim situacijama (p=0,051), Opuštena sam (p=0,043).

U svrhu provjere druge hipoteze, kojom se pretpostavilo postojanje razlika u razini anksioznosti kao stanja s obzirom na dob trudnice, korišten je Mann-Whitneyev U test. Dobiveni rezultat Z=-1,604 (p>0,05) ukazuje na to da ne postoji statistički značajna razlika u anksioznosti kao stanja s obzirom na dob trudnice. Deskriptivna statistika i rezultati Mann-Whitneyevog U testa za EMAS-S s obzirom na dob trudnice prikazani su u Tablici 5.

*Tablica 5*

Deskriptivna statistika i rezultati Mann-Whitneyevog U testa za EMAS-S dobiveni na *N*=117 ispitanica s obzirom na dob trudnice

| EMAS-S | N | M | SD | Min | Max |
|---|---|---|---|---|---|
| Dob < 30 | 86 | 36,77 | 16,719 | 20 | 96 |
| Dob ≧ 30 | 31 | 32,84 | 14,643 | 20 | 80 |
| Z = -1,604 ; p = 0,109 | | | | | |

Za anksioznost kao crtu ličnosti (EMAS-T) korišten je t-test. Leveneov test je ukazao na nejednakost varijanci (F=10,003; p=0,002) te je rezultat interpretiran u skladu s tom činjenicom. Rezultat t=-1,128 (p>0,05) također ukazuje na to da ne postoji statistički značajna razlika u anksioznosti kao crti ličnosti s obzirom na dob trudnice. Deskriptivna statistika i rezultati t-testa za EMAS-T s obzirom na dob trudnice prikazani su u Tablici 6. Dobiveni rezultati nisu potvrdili hipotezu.

*Tablica 6*

Deskriptivna statistika i rezultati t-testa za EMAS-T dobiveni na *N*=117 ispitanica s obzirom na dob trudnice

| EMAS-T | N | M | SD | Min | Max |
|---|---|---|---|---|---|
| Dob < 30 | 86 | 177,66 | 22,639 | 125 | 258 |
| Dob ≧ 30 | 31 | 170,32 | 33,577 | 110 | 235 |
| t = -1,128; df = 40,256; p = 0,266 | | | | | |

U svrhu provjere treće hipoteze, kojom se pretpostavilo da postoji razlika u razini anksioznosti kod trudnica s obzirom na stadij trudnoće (prvo, drugo ili treće tromjesečje), za anksioznost kao stanje (EMAS-S) korišten je Kruskal-Wallisov test. Iako je prosječna vrijednost anksioznosti najviša u prvom tromjesečju, dobiveni rezultat $\chi^2(df=2)=1,168$ ($p>0,05$) ukazuje na to da ne postoji statistički značajna razlika u razini anksioznosti kao stanja s obzirom na stadij trudnoće. Deskriptivna statistika i rezultati Kruskal-Wallisovog testa za EMAS-S s obzirom na stadij trudnoće prikazani su u Tablici 7.

*Tablica 7*

Deskriptivna statistika i rezultati Kruskal-Wallisovog testa za EMAS-S dobiveni na *N*=117 ispitanica s obzirom na stadij trudnoće

| EMAS-S | N | M | SD | Min | Max |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. tromjesečje | 23 | 41,09 | 22,156 | 20 | 95 |
| 2. tromjesečje | 49 | 33,22 | 12,549 | 20 | 96 |
| 3. tromjesečje | 45 | 35,71 | 15,968 | 20 | 96 |

$\chi^2 = 1{,}168$; df = 2; p = 0,558

Za anksioznost kao crtu ličnosti (EMAS-T) korištena je jednostavna analiza varijance i rezultat F=0,521 (p>0,05) također ukazuje na to da ne postoji statistički značajna razlika anksioznosti kao crte ličnosti s obzirom na stadij trudnoće. Deskriptivna statistika i rezultati jednostavne analize varijance za EMAS-T s obzirom na stadij trudnoće prikazani su u Tablici 8. Dobiveni rezultati nisu potvrdili hipotezu.

*Tablica 8*

Deskriptivna statistika i rezultati jednostavne analize varijance za EMAS-T dobiveni na *N*=117 ispitanica s obzirom na stadij trudnoće

| EMAS-T | N | M | SD | Min | Max |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. tromjesečje | 23 | 178,04 | 24,968 | 110 | 231 |
| 2. tromjesečje | 49 | 172,82 | 21,094 | 112 | 220 |
| 3. tromjesečje | 45 | 177,69 | 31,200 | 119 | 258 |

F = 0,521; df = 2; p = 0,595

# RASPRAVA

Istraživanje je provedeno s ciljem provjere odnosa anksioznosti kao stanja i anksioznosti kao crte ličnosti te različitih aspekata trudnoće (vrsta trudnoće, dob trudnice i stadij trudnoće). Očekivano je da će najveća razina anksioznost biti kod višerotkinja s prethodnom patološkom trudnoćom, manja kod prvorotkinja, a najmanja kod višerotkinja s prethodnom normalnom trudnoćom; veća kod starijih trudnica, a manja kod mlađih trudnica; te najveća u prvom tromjesečju, manja u trećem, a najmanja u drugom tromjesečju, međutim ta očekivanja nisu potvrđena. Već samim pogledom na aritmetičke sredine anksioznosti kao stanja (*M=35,73* od mogućih 100) i anksioznosti kao crte ličnosti (*M=175,72* od mogućih 300) možemo primijetiti nizak rezultat na obje skale, što nam ukazuje da sudionice nisu bile anksiozne. To možemo objasniti time da imamo prigodan uzorak i pristran uzorak, tj. nije potpuno slučajan jer su se sudionice same javljale za ispunjavanje upitnika (Kolesarić i Petz, 2003). Iako je uzorak prikupljen preko interneta, istraživanja su pokazala da se odgovori na online istraživanja generalno ne razlikuju od papir-olovka formata i ne mijenjaju pouzdanost upitnika ili faktorsku strukturu (Arch, 2012). Čak može biti i prednost kod internet istraživanja što nema propuštenih odgovora, odnosno, ako se neki odgovor zaboravi označiti, ne može se ići dalje u upitniku dok se na sva pitanja ne odgovori, što znači manje osipanja ispitanika. Negativne strane ovakvog prikupljanja ispitanika su što nema osobnog kontakta, moguće je rješavanje upitnika „samo da se riješi“ što može rezultirati biranjem jednog te istog odgovora tijekom cijelog upitnika, kao i činjenica da osobe koje su anksioznije vjerojatno ne bi htjele pristupiti upitniku.

*Anksioznost s obzirom na vrstu trudnoće*

Prva hipoteza, kojom se očekivalo da će višerotkinje s prethodnom patološkom trudnoćom biti najviše anksiozne, prvorotkinje umjereno anksiozne, a višerotkinje s prethodnom normalnom trudnoćom najmanje anksiozne, nije potvrđena.

Joanna Arch (2012) tvrdi da se kod prvorotkinja javlja viša razina anksioznosti jer suočavanje s porodom po prvi puta uključuje mnogo nepoznanica poput misli kako

će cijeli porod izgledati, tko će biti s trudnicom u rađaonici, koliko će boljeti i slično, dok se kod višerotkinja, zbog prijašnjeg rođenja djece, javlja niža razina anksioznosti zbog povećanih znanja i realističnih očekivanja. Također, prema modelu Huizinka i suradnika (prema Arch, 2012), anksioznost u trudnoći se najčešće javlja zbog straha od poroda, brige o promjenama u izgledu vezanima uz trudnoću kao i zbog straha od nošenja hendikepiranog djeteta. Za očekivati je da će trudnice, čija je prethodna trudnoća bila patološka, strahovati da bi i iduća mogla biti. Najčešće je to u mislima ponovnih trudnica: „Što ako nešto ponovno nije u redu?“. Žene koje su imale spontani pobačaj, u novoj trudnoći su anksioznije u usporedbi s trudnicama koje nisu imale spontani pobačaj (Huang i sur., 2012). Dunkel Schetter (2011) navodi da je umjerena razina anksioznosti, posebice za prve trudnoće, normalna.

Prema gore navedenim informacijama, očekivano je da će najveću razinu anksioznosti imati višerotkinje s prethodnom patološkom trudnoćom zbog straha da se s novim djetetom ne ponovi patološka trudnoća. Prvorotkinje bi imale manju razinu anksioznosti zbog nepoznanice same trudnoće i poroda, dok bi višerotkinje s prethodnom normalnom trudnoćom zbog realističnih očekivanja i prošlog pozitivnog ishoda imale najmanju razinu anksioznosti. Očekivanja, kao što je gore navedeno, nisu potvrđena. Jedan od razloga zbog čega nisu dobiveni očekivani rezultati može ležati u činjenici da su sudionici bili nejednako brojčano raspoređeni po grupama. Možda su rezultati takvi zbog napretka medicine u pogledu detektiranja i kontroliranja raznih poteškoća i problema u trudnoći. Jedina značajna razlika je dobivena na jednoj subskali EMAS-T upitnika koja se odnosi na nove i nepoznate situacije, pa bi upućenost u navedene informacije mogla dati trudnicama osjećaj kontrole i na taj način djelovati na smanjenje anksioznosti. Rezultati su također mogli biti drugačiji da su u upitnik dodana pitanja o tome je li trudnoća očekivana ili neočekivana, jer ako je neočekivana, stres i anksioznost su veći. Drugačiji rezultati su mogli biti dobiveni i da su uvrštena i pitanja jesu li trudnice i njihovi partneri htjeli trudnoću ili ne, odnosno jesu li planirali ili nisu jer su bitna zato jer neplanirana trudnoća također ima za posljedicu veći stres i anksioznost (Moravek, 2006).

*Anksioznost s obzirom na dob trudnice*

Druga hipoteza, kojom se očekivalo da će anksioznije biti trudnice starije od 30 godina, nego trudnice mlađe od 30 godina, nije potvrđena.

Smatra se da veći rizik za spontani pobačaj imaju starije rodilje (Maconochie i sur., 2006). Kod starijih rodilja, koje spadaju u rizičnu skupinu koje zahtijevaju posebnu opstetričku skrb, je povećan broj medicinskih zahvata u trudnoći te operativno dovršenje poroda carskim rezom ili dovršavanje poroda pomoću mehaničkih sprava poput vakuuma (Sušanj i sur., 2008). Najveći problem kod starijih rodilja je i pojava trisomije 21, odnosno Downovog sindroma, najčešćeg kromosomskog poremećaja s učestalošću od 1 na 660 novorođenih (Stipoljev, 2004). Zbog toga je za trudnice starije od 35 godina obavezan postupak amniocenteze, dok je za trudnice od 30 do 35 godina neobavezan, ali moguć na zahtjev trudnice. Ovaj postupak predstavlja veliki stres za trudnice jer ova invazivna tehnika nije nimalo ugodna. Postupak uključuje uvođenje igle (navođene ultrazvukom) u abdomen i maternicu te izvlačenje plodne tekućine. Rizici pobačaja procjenjuju se na 1 do 1,5 na 100 trudnoća, zbog oštećenja izazvanog iglom ili mogućnosti inficiranja maternice. Amniocenteza je dobro utemeljena kao test za otkrivanje Downova sindroma, međutim provodi se tek u šesnaestom tjednu trudnoće, a zatim je potrebno čekati još dva ili čak tri tjedna dok rezultati ne stignu. U slučaju da test pokaže abnormalnosti i osoba ne želi nastaviti trudnoću, to znači da će se morati podvrgnuti abortusu u drugom tromjesečju trudnoće, što povlači za sobom porađanje mrtvog ploda, sa svim fizičkim i psihičkim implikacijama tog čina (McTaggart, 2007).

Zbog svega navedenoga, za pretpostaviti je da će starije rodilje biti anksioznije nego mlađe. U ovom slučaju to nije potvrđeno, a jedan od razloga može biti mali uzorak starijih rodilja u odnosu na mlađe rodilje. Svakako bi bilo bolje da su uzorci veći i brojčano izjednačeni. Također je moguće da bi se dobili drugačiji rezultati da se u upitniku navelo pitanje vezano za amniocentezu, odnosno je li na trudnici obavljena amniocenteza ili neki drugi invazivni postupak tokom trudnoće. Isto tako je moglo biti postavljeno pitanje o poslu, je li sudionica zaposlena ili ne, odnosno boji li se gubitka posla (ako ga ima) ili boji li se da neće moći dobiti posao (zbog bolovanja za dijete).

*Anksioznost s obzirom na stadij trudnoće*

Treća hipoteza, kojom se očekivalo da će najanksioznije biti trudnice u prvom tromjesečju, umjereno anksiozne u trećem tromjesečju, a najmanje anksiozne u drugom tromjesečju, nije potvrđena. Međutim, treba napomenuti da je najviša razina anksioznosti zabilježena u prvom tromjesečju trudnoće i da su rezultati dobiveni na malom uzorku te da uočene razlike, iako ne značajne, mogu ukazivati na trend koji bi se pokazao značajan na velikom uzorku.

Različite studije su pokazale povećanja, smanjenja i stabilnosti u različitim razinama anksioznosti kod trudnica tijekom trajanja trudnoće. Moguće je da će najveća razina anksioznosti biti u trećem tromjesečju, kad se žena priprema za porod. S druge strane, istraživanja su pokazala da psihološke promjene u trudnoći imaju tendenciju progresivno maskirati emocionalne i biološke odgovore na stres kako trudnoća napreduje (Dunkel Schetter, 2011). Van Bussel, Spitz i Demyttenaere (2009) tvrde kako se anksioznost u trudnoći povećava tijekom trudnoće.

Često se u prvom tromjesečju javljaju jutarnje mučnine, za koje je karakteristično da se javljaju i tijekom dana, kao i povraćanje, koji predstavljaju jedan od prvih znakova trudnoće. Te neugodnosti (mučnine i povraćanje) iskusi trećina do polovice trudnica. Iako neugodni, u rijetkim slučajevima ugrožavaju zdravlje trudnice te rast i razvoj ploda. Ako se povraćanje pojavi, postoji blagi (2-3 puta na dan), umjereni (do 10 puta na dan) i teški oblik (i do 20 puta na dan) (Bočina, 2008). Teški oblik povraćanja u ranoj trudnoći može uzeti veliki zamah i postati životnom opasnošću jer se izravno upliće u osnovne životne metaboličke procese, ali u današnje vrijeme se to lakše kontrolira (Kurjak i Latin, 1998). U prvom tromjesečju se znaju javljati i glavobolje. Još jedna neugodna poteškoća je vrlo česta potreba za mokrenjem koja se javlja tijekom cijele trudnoće, ali naročito na početku i na kraju trudnoće zbog pritiska maternice na mokraćni mjehur (Radaković, 2007). Također veliki problem prvog tomjesečja predstavljaju spontani pobačaji. Kroz proces prirodnog odabira u većini slučajeva u kojima fetus ima genetske poremećaje ili pak postoji problem u uterusnoj okolini, fetalni razvoj završava spontanim pobačajem (Vasta, Haith i Miller, 1997). Većina istraživanja pokazuju da otprilike jedna od pet kliničkih trudnoća završava spontanim pobačajem, koji se definira kao fetalna smrt prije navršenog 24. tjedna. Mali postotak

žena (manje od 10%) čak doživi tri ili više spontanih pobačaja za redom (Maconochie i sur., 2006).

U drugom tromjesečju se javlja bol u leđima, opstipacija, kao i problemi s kožom i noktima (Radaković, 2007).

U trećem tromjesečju se može javiti otežano disanje zbog pritiska bebe na ošit, žgaravica (vraćanje želučane kiseline u jednjak zbog opuštenih mišića koji razdvajaju jednjak i želudac), te oticanje ruku i nogu jer organizam zadržava vodu (Radaković, 2007). Pred kraj trudnoće se javlja i strah od poroda. Više od 90% djece rađa se zdravo i normalno, a velika većina ostalih ima samo manje probleme koji se mogu ispraviti ili će ih dijete jednostavno prerasti (Vasta, Haith i Miller, 1997).

Temeljem navedenog pregleda literature u ovom se istraživanju pretpostavljalo da će najveća razina anksioznosti biti u prvom tromjesečju zbog straha od spontanog pobačaja, jutarnjih mučnina i slično. Umjerena razina anksioznosti je očekivana u trećem tromjesečju zbog uzbuđenosti jer se približava porod, ali i mogućih negativnih ishoda poroda. Najmanja razina anksioznosti očekivana je u drugom tromjesečju zbog olakšanja jer je prvo tromjesečje prošlo i više nije tolika vjerojatnost spontanog pobačaja te još uvijek ima dovoljno vremena za pripremu za porod i doček novog člana.

*Nedostaci i prijedlozi za buduća istraživanja*

Kod ovog istraživanja je važno napomenuti da je trudnoća zaista jedno kompleksno stanje na koje utječe jako puno čimbenika. Nedostaci ovog istraživanja su već prije spomenuti; prigodan uzorak, tj. sudionice koje su mogle ispunjavati upitnik putem interneta i koje su se dobrovoljno javljale za ispunjavanje upitnika. Za pretpostaviti je da anksioznije ispitanice nisu niti htjele sudjelovati u istraživanju, odnosno ispunjavati upitnik o anksioznosti. Vjerojatno bi se dobili drugačiji rezultati kad bi se u ginekološkoj ordinaciji dao upitnik svakoj trudnici da ga ispuni. Međutim, tako je moguće da anksioznost kao stanje naglo poraste jer bi trudnice mogle pomisliti da nešto nije u redu s njihovom trudnoćom te bi ih to moglo spriječiti pristupanju upitniku. Također, iz etičkih razloga nije prihvatljivo zahtijevati od svih ispunjavanje

upitnika u ordinaciji. Nadalje, uzorak je bio mali, kao i nejednakost grupa i po vrsti trudnoće i po dobi trudnica i po stadiju trudnoće. To se moglo izbjeći da su formirane posebne grupe (i za vrstu, i za dob, i za stadij trudnoće), a ne samo jedna grupa. Anksioznost je općenito bila nisko i na skali za stanje i na skali za crtu ličnosti. Bilo bi dobro da se anksioznost ispitivala i prije i poslije trudnoće. Isto tako je nedostatak ovoga istraživanja i sam upitnik jer se anksioznost u trudnoći može definirati kao zaseban konstrukt („trudnička anksioznost“) koji se razlikuje od anksioznosti kao crte ličnosti i anksioznosti kao stanja. Iako je taj konstrukt još uvijek nedovoljno istražen, trebalo bi se usmjeriti na dodatna istraživanja i stvaranje upitnika koji će taj konstrukt poduprijeti.

Također bi bilo dobro imati uvid u bračni status i općenito socijalnu potporu jer se pretpostavlja da je manji stres i anksioznost, ako su trudnice u vezi i ako imaju dobru socijalnu potporu. Moguća varijabla koja bi mogla utjecati na anksioznost je i obrazovanje. Možda čak utječe i mjesto stanovanja na trudnoću, odnosno je li trudnica sa sela ili iz grada. Naime, s rodiljama sa sela povezuje se veći broj djece i često se radi o ženama mlađe životne dobi. Posao također utječe na anksioznost trudnice, tj. strah od gubitka posla ili nemogućnosti zaposlenja. Zdravstveno stanje igra veliku ulogu, ako je netko već ranije imao zdravstvenih problema (visok tlak, pretilost, šećerna bolest i slično) bit će anksiozniji za vrijeme ovako delikatnog stanja kao što je trudnoća. Amniocenteza ili bilo koji drugi invanzivni postupak u trudnoći je također jedan veliki stresor koji bi se mogao ispitati. Je li trudnoća planirana ili ne planirana, kao i željena ili neželjena ima također značajan učinak jer ne planirana trudnoća je često i neželjena te samim time povećava anksioznost. Uzimanje lijekova, droga ili alkohola također može utjecati na razinu anksioznosti.

Kao što se primijeti iz gore navedenoga, veliki broj čimbenika može utjecati na anksioznost u trudnoći, poput socio-demografskih i okolinskih čimbenika, socijalne potpore, mjesta stanovanja, radnog statusa, zdravstvenog stanja i slično. Gotovo je nemoguće sve te čimbenike kontrolirati. Preporuka za buduća istraživanja ovakvog tipa je da se i te varijable, koje nisu uključene u ovo istraživanje, uzmu u obzir.

# ZAKLJUČAK

Svrha ovog istraživanja je bila ispitati postoji li razlika u razini anksioznosti s obzirom na vrstu trudnoće, dob trudnice i stadij trudnoće.

Prva hipoteza, kojom se pretpostavilo da postoji razlika u razini anksioznosti kod trudnica s obzirom na vrstu trudnoće, gdje bi višerotkinje s prethodnom patološkom trudnoćom bile najanksioznije, prvorotkinje umjereno anksiozne, a višerotkinje s prethodnom normalnom trudnoćom najmanje anksiozne, nije potvrđena.

Druga hipoteza, kojom se pretpostavilo da postoji razlika u razini anksioznosti kod trudnica s obzirom na dob trudnice, koja tvrdi da će anksioznije biti trudnice starije od 30 godina, za razliku od trudnica mlađih od 30 godina, nije potvrđena.

Treća hipoteza, kojom se pretpostavilo da postoji razlika u razini anksioznosti kod trudnica s obzirom na stadij trudnoće, gdje bi najanksioznije bile u prvom tromjesečju, umjereno anksiozne u trećem tromjesečju, a najmanje anksiozne u drugom tromjesečju, nije potvrđena.

Drugim riječima, nijedna hipoteza nije potvrđena. Ovo istraživanje je bitno jer bi moglo otvoriti put prema rješenju važnog problema u trudnoći, otkrivanju i saniranju anksioznosti radi boljih ishoda trudnoće. Buduća istraživanja ovakve tematike bi se mogla poboljšati strogim kontroliranjem faktora koji mogu utjecati na anksioznost, poput obrazovanja, socijalne potpore, posla, zdravstvenog stanja i slično. Također bi se mogao dodatno istražiti pojam „trudničke anksioznosti“.

## LITERATURA


Arch, J. J. (2012). Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are alcohol related risks? *Comprehensive Psychiatry, Elsevier.com,* 1-12.

Bočina, I. (2008). Mučnina i povraćanje u trudnoći: Od neugode do opasnosti. *Narodni zdravstveni list - kad drugo stanje postane prvo,* 582-583, 6.

Dunkel Schetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and research issues. *Annual Review of Psychology*, 62, 531-558.

Dunkel Schetter, C., Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion Psychiatry*, 25, 141-148.

Finderle, A., Petrović, O. (2007). Rani gubitak trudnoće nakon procesa potpomognute oplodnje. *Medicina*, 43, 290-294.

Gregurek, R., Braš, M. (2007). Psihoterapija anksioznih poremećaja. *Medix,* 71, 72-74.

Havelka, M. (2011). *Zdravstvena psihologija: Psihosocijalni pristup zdravlju.* Nastavni tekstovi za studente Zdravstvenog veleučilišta. Zagreb: Zdravstveno veleučilište. http://www.scribd.com/doc/60628277/Zdravstvena-Psihologija-Nastavni-Tekstovi

Huang, Z. i sur. (2012). The impact of prior abortion on anxiety and depression symptoms during a subsequent pregnancy: Data from a population-based cohort study in China. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology,* 22(1), 51-58.

Karraa, W. (2009). *The world is not flat: Anxiety disorders in pregnancy*. http://www.openarmsps.org/download/Anxiety-Disorders-in-Pregnancy.pdf

Kolesarić, V., Petz, B. (2003). *Statistički rječnik.* Jastrebarsko: Naklada Slap.

Kurjak, A., Latin, V. (1998). *Ususret roditeljstvu.* Varaždinske toplice: Tonimir.

Maconochie, N. i sur. (2007). Risk factors for first trimester miscarriage - results from a UK-population-based case-control study. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114, 170-186.

Macy, C. (1986). *Trudnoća i porođaj: zadovoljstva i teškoće.* Zagreb: Globus.

Masters, W. H., Johnson, V. E., Kolodny, R. C. (2007). *Ljudska seksualnost.* Jastrebarsko: Naklada Slap.

McTaggert, L. (2007). *Što vam liječnici ne govore: istina o opasnostima moderne medicine.* Zagreb: Intermed.

Moravek, D. (2006). Liječenje tjeskobe za vrijeme trudnoće. *Eseji - Edukacija, Noebius.com.*

Petz, B. (ur.) (2005). *Psihologijski rječnik.* Jastrebarsko: Naklada Slap.

Pitt, B. (1992). *Sretna trudnoća i materinstvo.* Zagreb: Mladinska knjiga Zagreb.

Radaković, P. (2007). Tegobe u trudnoći: U slatkom iščekivanju. *Narodni zdravstveni list - prvi sat je najvažniji,* 570-571, 4-5.

Stipoljev, F. (2004). Prenatalni probir plodova rizičnih za pojavu kromosomskih i genskih poremećaja. *Paediatr Croat,* 48 (1), 192-196.

Sušanj, T., Šimunović, I., Smiljan Severinski, N. (2008). Ishod trudnoća i poroda u mladih i starih prvorotkinja. *Medicina*, 44 (3-4), 303-306.

Van Bussel, 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.

Vasta, R., Haith, M. M., Miller, S. A. (1997). *Dječja psihologija.* Jastrebarsko: Naklada Slap.