

Marta Kucharska-Hauk

WIĘŹ MATKI Z DZIECKIEM W OKRESIE PRENATALNYM W CIĄŻY WYSOKIEGO RYZYKA

PSYCHOLOGIA



**WIĘŹ MATKI Z DZIECKIEM
W OKRESIE PRENATALNYM
W CIĄŻY WYSOKIEGO RYZYKA**



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Marta Kucharska-Hauk

WIĘŹ MATKI Z DZIECKIEM W OKRESIE PRENATALNYM W CIĄŻY WYSOKIEGO RYZYKA

PSYCHOLOGIA



Marta Kucharska-Hauk – Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu
Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Społecznej i Badań nad Rodziną
91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12

RECENZENT

Mariola Bidzan

REDAKTOR INICJUJĄCY

Urszula Dzieciatkowska

OPRACOWANIE REDAKCYJNE

Bogusława Kwiatkowska

SKŁAD I ŁAMANIE

AGENT PR

KOREKTA TECHNICZNA

Anna Sońta

PROJEKT OKŁADKI

Katarzyna Turkowska

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/lightsource

© Copyright by Marta Kucharska-Hauk, Łódź 2020

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2020

Publikacja jest udostępniona na licencji Creative Commons

Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 4.0 (CC BY-NC-ND)

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Wydanie I. W.09949.20.0.M

Ark. wyd. 10,7; ark. druk. 11,625

ISBN 978-83-8220-246-5

e-ISBN 978-83-8220-247-2

<https://doi.org/10.18778/8220-246-5>

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

90-131 Łódź, ul. Lindleya 8

www.wydawnictwo.uni.lodz.pl

e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl

tel. 42 665 58 63

Spis treści

Wstęp	9
Rozdział 1. Wybrane aspekty ciąży fizjologicznej i zagrożonej	11
1.1. Przebieg ciąży fizjologicznej i związane z nim zmiany	11
1.2. Ciąża wysokiego ryzyka – aspekt medyczny	16
1.2.1. Zagrożenia związane ze stanem zdrowia matki	16
1.2.2. Zagrożenia związane z przebiegiem ciąży	19
1.2.3. Wrodzone wady rozwojowe	22
1.3. Doświadczanie ciąży fizjologicznej i zagrożonej – aspekt psychologiczny	27
1.4. Metody diagnostyki prenatalnej	31
Rozdział 2. Teoria przywiązania	35
2.1. Przywiązanie w okresie wczesnodziecięcym	35
2.2. Style przywiązania w okresie dorosłości	38
Rozdział 3. Więź emocjonalna z dzieckiem w okresie ciąży	43
3.1. Teorie przywiązania prenatalnego	44
3.1.1. Traktowanie płodu jako odrębnej istoty	46
3.1.2. Przypisywanie właściwości dziecku	46
3.1.3. Interakcje z dzieckiem	47
3.2. Determinanty więzi emocjonalnej	47
3.2.1. Uwarunkowania demograficzne	47
3.2.2. Doświadczenia prokreacyjne i przebieg obecnej ciąży	48
3.2.3. Indywidualne właściwości kobiety	53
3.2.4. Jakość relacji rodzinnych	55
3.3. Skutki więzi emocjonalnej matki z dzieckiem w okresie prenatalnym	57
Rozdział 4. Metodologiczne założenia badań własnych	59
4.1. Cel badań i problemy badawcze	59
4.2. Charakterystyka grupy badanej i sposób przeprowadzania badań	71
4.3. Charakterystyka narzędzi badawczych	75
4.3.1. Kwestionariusz „Więź z dzieckiem w okresie ciąży”	75
4.3.2. Skala Doświadczania Ciąży	76
4.3.3. Kwestionariusz Stylów Przywiązania KSP	77
4.3.4. Skala Samooceny SES	78
4.3.5. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI	78
4.3.6. Skala Wsparcia Społecznego	79
4.3.7. Skala Zależności od Małżonka SZM	79
4.3.8. Kwestionariusz wywiadu	80
4.4. Metody analizy statystycznej wyników badań	80

Rozdział 5. Cechy obecnej ciąży i doświadczenia prokreacyjne a więź z dzieckiem prenatalnym	81
5.1. Więź matki z dzieckiem prenatalnym w ciążach zdrowych, z wadami wrodzonymi i innymi zagrożeniami	81
5.2. Więź matki z dzieckiem prenatalnym w ciążach planowanych i nieplanowanych	83
5.3. Więź matki z dzieckiem prenatalnym w pierwszej i kolejnych ciążach	84
5.4. Więź matki z dzieckiem prenatalnym a jego płeć	86
5.5. Więź z dzieckiem prenatalnym u matek z negatywnymi doświadczeniami prokreacyjnymi	88
5.6. Wiek ciążowy a więź z dzieckiem prenatalnym	89
5.7. Predyktory więzi z dzieckiem prenatalnym – doświadczenia prokreacyjne i cechy obecnej ciąży	90
5.8. Podsumowanie	91
Rozdział 6. Doświadczenie ciąży zagrożonej i fizjologicznej a więź z dzieckiem prenatalnym	93
6.1. Doświadczenie ciąży fizjologicznej, z wadami wrodzonymi i innymi zagrożeniami	93
6.2. Doświadczenie ciąży a więź z dzieckiem prenatalnym	95
6.3. Predyktory więzi z dzieckiem prenatalnym – doświadczenie obecnej ciąży	99
6.4. Podsumowanie	102
Rozdział 7. Właściwości indywidualne badanych kobiet w ciążach zagrożonych i fizjologicznych a więź z dzieckiem prenatalnym	103
7.1. Wiek matki a więź z dzieckiem prenatalnym	103
7.2. Styl przywiązania a więź z dzieckiem prenatalnym	104
7.3. Samoocena a więź z dzieckiem prenatalnym	108
7.4. Lęk a więź z dzieckiem prenatalnym	109
7.5. Predyktory więzi z dzieckiem prenatalnym – indywidualne właściwości matki	112
7.6. Podsumowanie	114
Rozdział 8. Charakter relacji z partnerem badanych kobiet w ciążach zagrożonych i fizjologicznych a więź z dzieckiem prenatalnym	115
8.1. Stan cywilny matki a więź z dzieckiem prenatalnym	115
8.2. Wsparcie od partnera a więź z dzieckiem prenatalnym	117
8.3. Zależność od partnera a więź z dzieckiem prenatalnym	120
8.4. Predyktory więzi z dzieckiem prenatalnym – relacja z partnerem	122
8.5. Podsumowanie	124
Rozdział 9. Wybrane czynniki położnicze, indywidualne i relacyjne a doświadczenie ciąży z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i fizjologicznych	125
9.1. Przebieg ciąży i historia położnicza a doświadczenie ciąży	125
9.2. Właściwości indywidualne badanych kobiet a doświadczenie ciąży	130
9.3. Charakter relacji badanych kobiet z partnerem a doświadczenie ciąży	133
9.4. Podsumowanie	136
Rozdział 10. Wybrane czynniki położnicze, indywidualne i relacyjne a więź z dzieckiem prenatalnym	139
Rozdział 11. Dyskusja wyników	145
11.1. Cechy ciąży i doświadczenia położnicze a więź matki z dzieckiem	145
11.2. Doświadczenie obecnej ciąży a więź emocjonalna matki z dzieckiem	150
11.3. Właściwości indywidualne kobiet a więź matki z dzieckiem	152

11.4. Relacja z partnerem a więź matki z dzieckiem	154
11.5. Znaczenie wybranych zmiennych położniczych, indywidualnych i relacyjnych dla tworzenia więzi z dzieckiem prenatalnym w ciążach zagrożonych i fizjologicznych ...	156
Zakończenie	159
Bibliografia	163
Maternal-fetal attachment in high-risk pregnancy. Summary	179
Spis tabel	181
Spis rysunków	185

Wstęp

Tematyka ciąży, jej doświadczania, uwarunkowań i konsekwencji związanych z jej powikłaniami od lat jest jednym z podstawowych obszarów zainteresowania psychologii prenatalnej. Ciąża to czas, w którym kobieta adaptuje się do zmian w sferze psychicznej, fizjologicznej i społecznej oraz staje się matką. Według Brady'ego i jego współpracowników (2017) stawanie się rodzicem jest jedną z głównych przemian życiowych. Jest to okres, w którym kobiecie towarzyszy pełne spektrum emocji, dokonuje ona redefinicji priorytetów, przewartościowań oraz stawia czoła różnym wymaganiom społecznym (Lichtenberg-Kokoszka, Dzierżanowski, Janiuk, 2011). Rubin (Bielawska-Batorowicz, 2006; Brandon i in., 2009) uważa, że jednym z podstawowych zadań kobiety w czasie ciąży jest stworzenie więzi emocjonalnej z nienarodzonym dzieckiem.

W rzeczywistości proces ten jest rozciągnięty w czasie i zapoczątkowuje go już samo podjęcie decyzji o poczęciu dziecka, a następnie zaakceptowanie tego stanu przez ciążarną i jej bliskich (Robinson, Baker, Nackerud, 1999). Warunkiem koniecznym do rozwijania więzi z dzieckiem jest uświadomienie sobie, że jest ono autonomicznym człowiekiem, co ułatwia odczuwanie jego ruchów czy jego obraz w badaniu ultrasonograficznym (Kornas-Biela, 2002). Sprzyja to tworzeniu wizerunku dziecka, nadawaniu mu cech, płci, wyobrażaniu sobie, jakie jest, jakie ma usposobienie, jak będzie wyglądać, *etc.* (Condon, Dunn, 1988). Matka wyraża też swoje przywiązanie do rozwijającego się w jej łonie człowieka przez nawiązywanie kontaktu z nim, mówienie do niego, dotykane brzucha, uspokajanie, stymulowanie do aktywności (Golańska, 1989; Kornas-Biela, 2002). Rozwój tej wyjątkowej relacji jest kontynuowany po wydaniu dziecka na świat. Jakość i nasilenie więzi matki z niemowlęciem jest naturalnym skutkiem więzi prenatalnej (Doan, Zimmerman, 2003; Lindgren, 2001; Muller, 1996).

Kontakt i praca z kobietami, które znalazły się w niezwykle trudnej sytuacji ryzyka ciąży i diagnozy wad rozwojowych u ich nienarodzonych dzieci, skłoniły mnie do zastanowienia się, jak wygląda proces tworzenia więzi matka – dziecko w tak wyjątkowych warunkach. Pojawienie się powikłań przebiegu ciąży może wpływać na charakter tej relacji. Badacze wskazują wiele czynników modyfikujących jej kształtowanie. Wydaje się, że pogłębianie wiedzy na temat więzi prenatalnej oraz czynników wpływających na jej tworzenie jest szczególnie istotne w przypadku ciąż zagrożonych, których konsekwencją może być strata dziecka lub jego zaburzony rozwój po urodzeniu.

Moja praca obejmuje trzy rozdziały teoretyczne. Pierwszy z nich skupia się na samej ciąży i funkcjonowaniu w niej zarówno w aspekcie biologicznym, jak i psychologicznym, kiedy przebiega ona bez komplikacji oraz w sytuacji pojawienia się zagrożenia. W rozdziale drugim przybliżam tematykę samej koncepcji przywiązania w okresie wczesnego dzieciństwa oraz jego wpływu na funkcjonowanie i tworzenie relacji z innymi osobami w życiu dorosłym. Rozdział trzeci bezpośrednio odnosi się do przywiązania prenatalnego i jego wybranych koncepcji. Omówiłam w nim charakter i komponenty więzi emocjonalnej matki z dzieckiem oraz czynniki determinujące jej rozwój, ze szczególnym wskazaniem skutków tej wyjątkowej relacji. W kolejnej części pracy prezentuję założenia metodologiczne moich badań (rozdział 4). Przedstawiono w nim cel badań, pytania i hipotezy badawcze, model testowanych zależności, narzędzia badawcze oraz metody statystycznego opracowania danych. Kolejne rozdziały (rozdział 5, 6, 7, 8, 9 oraz 10) obejmują analizę wyników badań własnych. Pracę zamyka dyskusja wyników, gdzie dokonano interpretacji uzyskanych rezultatów badań oraz wskazania ich zastosowania praktycznego (rozdział 11).

Rozdział 1. Wybrane aspekty ciąży fizjologicznej i zagrożonej

1.1. Przebieg ciąży fizjologicznej i związane z nim zmiany

Ciąża fizjologiczna jest okresem trwającym około 280 dni, czyli 40 tygodni, licząc od pierwszego dnia ostatniej miesiączki (Chazan, 2007; Skrzypczak, Kornacki, 2020) lub 266–267 dni, licząc od ostatniej owulacji (Chazan, 2007; Pisarski, 1998). Od pierwszego momentu tego procesu zapoczątkowanego zapłodnieniem w ciele kobiety zachodzą anatomiczne, fizjologiczne i biochemiczne zmiany w obrębie wszystkich układów. Jej organizm adaptuje się do coraz większych wymagań, które są uwarunkowane wzrostem płodu, koniecznością zadbania o jego homeostazę oraz przygotowania do porodu. Jeśli ciąża przebiega prawidłowo, to zmiany te nie stanowią zagrożenia dla zdrowia i kondycji kobiety ciężarnej (Kempiak, 2007; Pisarski, Skrzypczak, 1998b). Jest to stan naturalny, ale ze względu na wiele dynamicznych przemian w krótkim czasie stanowi dodatkowe obciążenie dla organizmu. Każda ciąża zostawia w nim ślady, jednak specjaliści dbają o to, aby były one jak najmniej dotkliwe i widoczne (Pisarski, Skrzypczak, 1998a).

Szereg procesów fizjologicznych zachodzących w organizmie kobiety w ciąży jest przyczyną wzrostu zapotrzebowania energetycznego, a co za tym idzie zmian w wydatkowaniu energii. Szacuje się, że ogólne zapotrzebowanie kaloryczne u kobiety w ciąży wzrasta około 14%. Jest to efekt obecności płodu, łożyska, powiększenia macicy i piersi, ponadto zwiększonego przyjmowania pokarmów i wydatkowania energii na trawienie. Zazwyczaj w zaawansowanej ciąży dochodzi do zmniejszenia aktywności życiowej (w tym zawodowej) względem stanu sprzed ciąży (Miller, Hanretty, 2000).

Zmiany metaboliczne wynikające z rozwoju płodu przyczyniają się do wzrostu masy ciała matki. Zwiększa się ona ok. 15–25% względem masy sprzed ciąży. Zarówno zbyt duży, jak i zbyt mały przyrost mogą być objawem zaburzeń, dlatego jego monitorowanie jest rutynowym działaniem wobec kobiet spodziewających się dziecka (Miller, Hanretty, 2000; Pisarski, Skrzypczak, 1998b). Średni wzrost masy ciała ciężarnej wynosi około 12,5 kg. Należy jednak zwrócić uwagę, że do połowy ciąży skoki wagi spowodowane są rozwojem tkanki tłuszczowej oraz zatrzymaniem płynów w organizmie. Dopiero w drugiej połowie ciąży przyrost masy jest efektem rozrastania się płodu i łożyska oraz zwiększania się objętości płynu owodniowego (Schneider, 2004).

Wzrost wagi u kobiety ciężarnej ma wpływ na jej postawę i układ kostny, jednak dopiero w zaawansowanej ciąży górna część kręgosłupa ulega wygięciu ku tyłowi, aby zrównoważyć przesunięcie punktu ciężkości będące wynikiem rozrastającego się brzucha. W okolicach 10.–12. tygodnia ciąży redukcji ulega ruchomość miednicy, ponieważ poszerza się spojenie łonowe i dochodzi do chrząstkowzrostu krzyżowo-biodrowego (Kempiak, 2007). Procesy te wiążą się z aktywnością relaksyny, która wpływa hamująco na skurcze mięśni macicy oraz rozluźniającą na spojenie łonowe już w czasie porodu (Miller, Hanretty, 2000).

Adaptacyjne zmiany w układzie oddechowym widoczne są już we wczesnej ciąży. Tor oddychania zmienia się z żebrowego na przeponowy. Powiększenie pojemności płuc oraz wymiany gazowej skutkuje zwiększeniem wentylacji minutowej o około 40% (Miller, Hanretty, 2000). Jednocześnie nie dochodzi do przyrostu oddechów na minutę, dlatego kobiety doświadczają swoistych duszności (Schneider, 2004). Zwiększona wentylacja jest efektem obniżenia progu wrażliwości ośrodka oddechowego i jego większej wrażliwości na podwyższenie dwutlenku węgla. W końcowych etapach ciąży połowa zapotrzebowania na tlen jest przeznaczona na potrzeby płodu. Zmiany w wymianie gazowej ułatwiają dyfuzję tlenu od matki do dziecka oraz dwutlenku węgla z jego krwi do krwi matki (Pisarski, Skrzypczak, 1998b).

W wyniku wzrastającego zapotrzebowania metabolicznego rozwijającego się płodu, zwiększonego unaczynienia, w szczególności dróg rodnych oraz zwiększenia perfuzji narządów pojawiają się zmiany hematologiczne (Kempiak, 2007). Substancje odżywcze oraz tlen są dostarczane do płodu za pomocą krążenia maciczno-łożyskowego. Zmiany w obrębie układu krążenia prowadzą do jego rozwinięcia i polegają na wyraźnym zwiększeniu pojemności minutowej serca matki. Zachodzą już w pierwszym trymestrze, ale apogeum natężenia przypada na 24. tydzień ciąży. Jest to wynikiem przyspieszenia czynności serca oraz zwiększenia jego objętości wyrzutowej (Miller, Hanretty, 2000; Schneider, 2004). Objętość wyrzutowa jest stopniowo zmniejszana wraz z przybliżaniem się do terminu rozwiązania, zaś zwiększenie częstości uderzeń serca na minutę pozwala na utrzymanie pojemności minutowej serca na odpowiednim poziomie (Miller, Hanretty, 2000).

Za sprawą powiększającej się macicy jelita i żołądek ciężarnej przesuwają się na boki i ku górze. W wyniku dużego stężenia progesteronu w organizmie oczekującej matki zmniejsza się napięcie mięśni gładkich. Motoryka błony mięśniowej przewodu pokarmowego ulega spowolnieniu, co skutkuje cofaniem się treści żołądkowych do przełyku oraz zaburzeniem funkcji zwieraczy. Korzystne dla efektywnego trawienia i wchłaniania się wartości odżywczych jest spowolnienie ruchów robaczkowych jelit oraz większa wydzielniczość gruczołów ślinowych (Miller, Hanretty, 2000; Pisarski, Skrzypczak, 1998b; Schneider, 2004).

Powszechnie znanym objawem ciąży jest zwiększona częstotliwość oddawania moczu, która jest efektem poszerzenia miedniczek nerkowych i moczowodów, ponieważ ciężarna macica uciska je przy wchodzie do miednicy (Miller, Hanretty, 2000). Charakterystyczne dla czynności nerek jest zwiększenie przepływu krwi, przesączenia kłębuszkowego oraz resorpcji zwrotnej sody i wody (Pisarski,

Skrzypczak, 1998b). Częste oddawanie moczu w czasie ciąży oraz możliwość wystąpienia refluksu pęcherzowo-moczowodowego sprzyja zakażeniom dróg moczowych, co jest niezwykle częstym powikłaniem ciąży (Miller, Hanretty, 2000; Pisarski, Skrzypczak, 1998b; Schneider, 2004).

Znaczące w przebiegu oraz doświadczaniu ciąży przez kobietę są zmiany endokrynologiczne będące następstwem działania hormonów wydzielanych przez matkę i łożysko. Niezbędny do zajścia w ciążę jest progesteron, który produkuje ciało żółte. Powstaje ono po pęknięciu pęcherzyka Graafa i uwolnieniu jajeczka. Progesteron jest odpowiedzialny za przygotowanie macicy do zagnieżdżenia się w niej zapłodnionego jaja. Ponadto obniża napięcie mięśni gładkich żołądka, może powodować nudności oraz zaparcia przez zwolnienie perystaltyki jelit. Przyczynia się także do rozszerzenia żył i wzrostu ciepłoty ciała oraz przyrostu tkanki tłuszczowej. Jego stężenie wzrasta przez całą ciążę i nieznacznie spada tuż przed porodem (Miller, Hanretty, 2000).

Niezwykle ważną rolę odgrywa również przysadka mózgowa, której przedni płat ulega rozrostowi w wyniku namnażania się komórek produkujących prolaktynę. Sama prolaktyna pobudza wzrost gruczołów sutkowych i wywołuje laktację. W tylnym płacie przysadki magazynowana jest oksytocyna, która jest bardzo aktywna w czasie ciąży. Jej wydzielanie pobudza macicę do skurczów w czasie porodu i ma związek z wypływem mleka (Pisarski, Skrzypczak, 1998b).

W początkowym etapie ciąży estrogeny są produkowane przez jajniki, później zadanie to przejmuje łożysko. Wydzielanie tych hormonów nasila się wraz z postępowaniem ciąży, ponieważ pobudzają rozwój piersi i macicy oraz kontrolują jej czynności. Są też bardzo znaczące w zwiększaniu elastyczności tkanki łącznej, co przekłada się na rozluźnienie stawów i więzadeł oraz szyjki macicy. Kortyzol, początkowo syntetyzowany w nadnerczach matki, potem przez łożysko, podnosi stężenie glukozy we krwi i oddziałuje na reakcję odpornościową (Miller, Hanretty, 2000).

W teorii i praktyce przebieg ciąży dzieli się na trzy etapy zwane trymestrami. Są to okresy około trzymiesięczne, w których zachodzą konkretne zmiany w ciele kobiety oraz stanie rozwoju płodu. Raphael-Leff (1991) przeniosła ten podział na grunt psychologii prokreacji, zwracając uwagę na to, że wraz ze zmianami fizjologicznymi zachodzą zmiany w psychice kobiety. Kobietom w ciąży towarzyszą ambiwalentne odczucia – radość i szczęście miesza się ze strachem, wątpliwościami i niepewnością (Dunkel-Schetter, Gurung, Lobel, Wadhwa, 2000). Rodzaj doświadczanych emocji zależy od trymestru ciąży i procesów fizjologicznych zachodzących w ciele matki oraz wyzwań, jakie stawia przed nią nowa sytuacja (Łuczak-Wawrzyniak, Pisarski, 1998; Schneider, 2004; Szymona-Pałkowska, 2005).

Pierwsze stadium ciąży to istotny okres adaptacji do zmian neurohormonalnych. Obfituje w szereg sygnałów z ciała, które objawiają się zmianami w doznaniach smakowych, zwiększonym apetytem lub awersją do niektórych potraw. Charakteryzuje się także innym wyglądem włosów i skóry, powiększeniem i wzrostem wrażliwości piersi, zmienioną wydzieliną z pochwy (Bielawska-Batorowicz, 2006; Łuczak-Wawrzyniak, Pisarski, 1998) oraz obniżeniem wydolności fizycznej. W pierwszym trymestrze ryzyko utraty ciąży jest wysokie, dlatego często u przyszłych matek

pojawia się lęk o jej utrzymanie (Kucharska, Kossakowska, Janicka, 2013). Przemianom biologicznym towarzyszy wzrost wrażliwości emocjonalnej i duża chwiejność uczuciowa. Dodatkowo ta zmienność i nadwrażliwość są intensyfikowane przez silniejsze, niż przed ciążą, poczucie zmęczenia i senności oraz zaburzenia funkcji poznawczych, jak zakłócenia pamięci oraz koncentracji uwagi.

Powszechnymi, bo występującymi u 70% ciężarnych, objawami są nudności i wymioty (Baker, Oram, 2001). Od 50 do 90% kobiet doświadcza ich w pierwszym trymestrze ciąży (Arsenault, Lane, 2002). Ich nasilenie zwykle spada przed końcem tego etapu ciąży, jednak około połowa ciężarnych zgłasza ich występowanie jeszcze w 15. tygodniu. Potocznie nudności określa się jako poranne, jednak w większości sytuacji występują przez cały dzień (Lacroix, Eason, Melzack, 2000; Verberg, Gillot, Al-Fardan, Grudzinskas, 2005). Baker i Oram (2001) zwracają uwagę, że nawet 15% badanych nudności towarzyszą do końca ciąży, a 5% przez cały okres jej trwania doświadcza wymiotów (Lacroix i in., 2000). Attard i in. (2002) zauważyli, że te dolegliwości wpływają na ogólną jakość życia kobiety, jej samopoczucie (Munch, 2002) oraz zdrowie psychiczne (Swallow, Lindow, Masson, Hay, 2004).

Przyczyny nudności i wymiotów ciążowych nie są do końca określone. Teorie ewolucyjne traktują je jak mechanizm adaptacyjny, który ma chronić płód w krytycznym okresie rozwoju przed teratogenami (Baker, Oram, 2001; Profet, 1992). Rzeczywiście u kobiet ciężarnych mdłości najczęściej pojawiają się w reakcji na produkty, które zawierają wiele toksyn, np.: alkohol, kofeinę, teinę, smażone lub nieświeże mięso oraz niektóre warzywa. Skonsumowanie tych produktów zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia wymiotów, a tym samym zapobiega dostaniu się szkodliwych substancji za pośrednictwem krwioobiegu matki i łożyska do płodu (Profet, 1992; Buss, 2001).

Kolejnym argumentem potwierdzającym teorię Profeta (1992) jest fakt, że mdłości rozpoczynają się 2–4 tygodnie po zapłodnieniu, czyli w okresie, gdy rozwijają się podstawowe organy i płód jest najbardziej podatny na działanie toksyn. Natomiast u większości kobiet ustępują, gdy narządy dziecka są już wykształcone, czyli około czternastego tygodnia ciąży (Buss, 2001). Badania wskazują także, że u matek, które nie doświadczały mdłości w pierwszym trymestrze ciąży, częściej dochodzi do poronień (Profet, 1992). Buss (2001) podkreśla także, że nudności i wymioty występują w różnych kulturach i dzięki ewolucyjnemu podejściu Profeta można je traktować nie jako zaburzenia, a mechanizm przystosowawczy chroniący dziecko.

Pierwszy trymestr to bardzo ważny moment, ponieważ rozstrzyga się w nim, czy kobieta spodziewająca się dziecka akceptuje stan, w jakim się znalazła. Ponadto, jednym z najistotniejszych zadań tego okresu jest przekazanie otoczeniu informacji o rozwijającym się dziecku. Na szczególną uwagę zasługuje tutaj reakcja partnera, rodziców i najbliższej rodziny. Kroelinger i Oths (2000) wykazali w swoich badaniach, że pozytywna reakcja partnera na wieść o ciąży pomaga w ugruntowaniu u kobiety akceptacji posiadania dziecka. To też ważny moment, w którym ciężarna dokonuje przebudowy obrazu własnej osoby w oparciu o doświadczenia bycia dzieckiem oraz przekonania na temat pełnienia roli matki.

Drugi etap ciąży to, według Raphael-Leff (1991, 2000), czas ustanawiania relacji z dzieckiem. Nie bez powodu rozpoczyna się on w momencie, gdy kobieta odczuwa pierwsze ruchy płodu. Potęguje to świadomość konieczności dbania o dziecko, a jednocześnie pozwala na stopniowe akceptowanie jego odrębności i indywidualności. Matka zaczyna kreować obraz swojego potomka. Według Raphael-Leff (2000) wyobrażenia dziecka i relacji z nim mogą być płynne, elastyczne i pozostawać ze sobą w sprzeczności. Jeśli są niezmiennie, to wiążą się z idealizowaniem, depresją, lękiem, a nawet obsesją. Skrajna stałość może być destruktywna zarówno dla dziecka, jak i oczekującej go kobiety. Niewątpliwie postęp medyczny, a wraz z nim możliwość zobaczenia dziecka podczas badania ultrasonograficznego, usłyszenie jego serca czy potwierdzenie przez badania prenatalne prawidłowego rozwoju płodu, pomagają w tworzeniu relacji z nienarodzonym człowiekiem oraz zmniejszają lęk i niepokój ciężarnych (Schneider, 2004). Istotną rolę odgrywa tu także charakter relacji z własną matką, ponieważ oddziałuje on na przejście z roli córki do roli matki (Łuczak-Wawrzyniak, Pisarski, 1998).

Jest to okres, w którym wzrastają wymagania co do wsparcia emocjonalnego ze strony partnera. Coraz częściej pojawiają się rozmowy o dziecku i przyszłej opiece nad nim. Należy zaznaczyć, że partner przeżywa ciążę w inny sposób. Nie odczuwa swojego dziecka w sposób bezpośredni, fizyczny. Doświadcza ciąży poprzez towarzyszenie swojej partnerce w zmianach w jej sposobie życia oraz konsultacjach i badaniach medycznych (Draper, 2002). Mogą się pojawić rozbieżności w przeżywaniu ciąży przez przyszłych rodziców (Libera, 2008). Zazwyczaj w drugim trymestrze wzrasta też zapotrzebowanie na seks, co dodatkowo przyczynia się do zmiany w relacjach z partnerem (Bielawska-Batorowicz, 2006). Mimo że przemiana wyglądu ciała może w tym czasie obniżać poczucie własnej atrakcyjności i powodować ujemne emocje (Kucharska i in., 2013), to Schneider (2004) uważa, że w perspektywie psychologicznej jest to najlepszy etap ciąży, a kobiety często deklarują, że czują się w nim najkorzystniej w aspekcie psychicznym i fizycznym.

Trzeci trymestr to czas przygotowania do porodu. Jest to okres, w którym organizm daje coraz bardziej do zrozumienia, że zbliża się rozwiązanie, dlatego zadaniem kobiety jest zaakceptowanie myśli, że dziecko może rozwijać się dalej niezależnie od jej ciała (Bielawska-Batorowicz, 2006). Kobieta w ciąży może odczuwać niepokój, napięcie i strach przed przebiegiem porodu, związanym z tym bólem, ryzykiem powikłań i zagrożeń dla niej oraz dziecka. Poza tym jest to koniec ważnego etapu, w którym oczekująca matka była szczególnie chroniona i otoczona opieką przez bliskich. Jednocześnie towarzyszy jej ekscytacja i oczekiwanie na poznanie swojego potomka i sprawdzenie się w roli matki oraz obawa przed nowymi obowiązkami, odpowiedzialnością i koniecznością zaspokojenia potrzeb fizycznych i psychicznych dziecka (Łuczak-Wawrzyniak, Pisarski, 1998).

Prześledzenie zmian zachodzących podczas ciąży pokazuje, że jest to znaczące wydarzenie w życiu kobiety. Matka oczekująca narodzin dziecka na każdym jej etapie musi radzić sobie z wieloma wyzwaniem i oczekiwaniami, które wiążą się z koniecznością zmiany sposobu funkcjonowania w przestrzeni osobistej i społecznej. Proces akceptacji oraz adaptacji do nowej roli i rzeczywistości może

wzbudzać wiele skrajnych emocji, które dodatkowo są intensyfikowane przez procesy hormonalne i anatomiczne. Doświadczanie ciąży ze względu na swój złożony charakter, łączący aspekt emocjonalny, społeczny i biologiczny, niesie ze sobą następstwa psychologiczne – z jednej strony może stanowić duże obciążenie dla kobiety, ale daje także możliwość na przewartościowanie i uporządkowanie sfery psychicznej (Lichtenberg-Kokoszka, Dzierżanowski, Janiuk, 2011).

1.2. Ciąża wysokiego ryzyka – aspekt medyczny

Bręborowicz (2005) określa ciążę wysokiego ryzyka jako taką, w której istnieje zagrożenie dla zdrowia lub życia matki i dziecka będące wynikiem następstw poprzednich ciąż, przewlekłych chorób lub dysfunkcji w budowie narządów wewnętrznych oraz patologii lub zaburzeń rozwoju płodu pojawiających się w czasie ciąży. Szymona-Pałkowska (2005) podaje, że nawet 1/3 ciąż w Europie Środkowej to ciążę zagrożone, chociaż rodzaj i stopień czynników ryzyka są zróżnicowane. Do najczęściej występujących chorób matki, które w znaczący sposób podnoszą ryzyko, należą: cukrzyca ciążowa, nadciśnienie tętnicze indukowane, padaczka, nowotwory, choroby narządowe (wątroby, nerek, płuc, układu krążenia, serca) i zakaźne oraz nadwaga (Dudenhausen, 2013; Pisarski, 1998).

Optymalnym okresem dla rozrodu kobiety jest wiek między 19. a 25. rokiem życia (Pisarski, Skrzypczak, 1998a). Zagrożenie zdecydowanie wzrasta, gdy ciąża jest w wieku poniżej 15 lub powyżej 40 lat. Niebezpieczeństwo mogą stanowić także konsekwencje poprzednich ciąż i porodów, czyli np. przedwczesne rozwiązania, przenoszenie ciąży, poronienia, inne komplikacje. Istotnymi czynnikami ryzyka są oczywiście cechy bieżącej ciąży, czyli jej mnogość, złe ułożenie płodu, wystąpienie plamień, wielowodzia lub małowodzia, łożyska przodującego lub jego przedwczesnego odklejenia. Szczególną opieką otacza się też ciążę, u których zaobserwowano nieprawidłowości hormonalne, krwawienia na różnych etapach ciąży, niepowściągliwe wymioty lub stwierdzono niewydolność ciśnieniowo-szyjkową (Bręborowicz, 2005; Miller i Hanretty, 2000; Pisarski, 1998). W Polsce najczęściej diagnozuje się podwyższone ryzyko w ciążach zagrożonych poronieniem, przedwczesnym porodem, przenoszeniem lub ze współwystępującą chorobą matki (Skrzypczak, Pisarski, Pawełczyk, 1998). Dolegliwości i choroby kobiety ciężarnej są znaczące dla przebiegu ciąży i porodu, a jednocześnie sama ciąża może je zaostrzać i być ryzykiem dla matki (Schneider, 2004).

1.2.1. Zagrożenia związane ze stanem zdrowia matki

Czynnikami podnoszącymi ryzyko zagrożenia ciąży mogą być zarówno choroby matki z okresu przedkoncepcyjnego oraz zaburzenia, które pojawiły się w czasie ciąży. W przypadku chorób istniejących przed poczęciem dziecka istnieje

możliwość dokładnego zaplanowania działań prokreacyjnych, przygotowania się do ciąży w aspekcie medycznym, specjalistycznego monitorowania jej przebiegu oraz nastawienia na ewentualny długotrwały pobyt w szpitalu. Levy-Shiff, Lerman, Har-Even i Hod (2002) zwracają uwagę, że świadomość swojej sytuacji zdrowotnej i znajomość zaleceń lekarskich pomagają w zmianie przyzwyczajeń i dotychczasowego trybu życia dla dobra ciąży. Kobiętom łatwiej jest zaakceptować i wytrzymać narzucone restrykcje, kiedy czują, że przez wprowadzanie zmian w sposobie funkcjonowania i stosowanie się do zaleceń lekarskich mają wpływ na swój stan zdrowia.

Należy podkreślić, że stan zdrowia matki może mieć silny wpływ na przebieg ciąży i rozwój dziecka. Badania dowodzą, że noworodki, których matki cierpią na wrodzone wady serca, mają niższą wagę urodzeniową niż te urodzone przez zdrowe kobiety. Zaś ryzyko ich przedwczesnej śmierci jest ponad trzykrotnie większe (Connolly, Warnes, 1994; Presbitero i in., 1994). Poza tym wystąpienia takich wad u ciężarnej podnosi ryzyko pojawienia się wad wrodzonych serca u jej dziecka (Aleszewicz-Baranowska, Fryze, Ereciński, Komorowska-Szczepańska, 2005; Dangel, 2007; James, Stirrat, 1988, za: Bielawska-Batorowicz, 2006).

Inaczej wygląda sytuacja, gdy choroba nieoczekiwanie rozwija się w trakcie ciąży. Pojawiające się z zaskoczenia zagrożenie wpływa na proces przystosowywania się do nowej sytuacji, jaką jest ciąża, i stawia przed kobietą dodatkowe wyzwania. Wzrost ryzyka niepowodzeń w ciąży wiąże się z większą koncentracją na zdrowiu, ograniczeniami oraz stresem wynikającym z dodatkowych badań, wizyt u specjalistów, hospitalizacji i izolacji. Ponadto matka oczekująca dziecka może doświadczać trudności z zaakceptowaniem faktu, że nie przechodzi ciąży jak inne kobiety (Bielawska-Batorowicz, 2006; Raphael-Leff, 1991).

Jak już nadmieniałam, najczęstszymi niebezpieczeństwami dla ciąży, wynikającymi ze stanu zdrowia matki, są: cukrzyca ciążowa, nadciśnienie tętnicze, nowotwory, padaczka, choroby zakaźne, choroby narządów oraz nadwaga (Dudenhausen, 2013; Pisarski, 1998). W tym podrozdziale przedstawię wybrane zaburzenia, które zostały rozpoznane u kobiet biorących udział w badaniach prezentowanych przeze mnie w kolejnych częściach książki.

Najczęściej diagnozowaną chorobą metaboliczną, która dotyka ok. 5,4% populacji kobiet w Europie jest cukrzyca ciążowa (Eades, Cameron, Evans, 2017). Według Wasilewskiej-Pordes (2001) w wyniku przyrostu natężenia hormonu wzrostu, laktogenu łożyskowego, progesteronu oraz oddziaływania łożyska na rozkład insuliny dochodzi do zwiększenia zapotrzebowania na nią, a brak wydolności organizmu matki w wyprodukowaniu jej w takiej ilości prowadzi do cukrzycy (Pawełczyk, Cypryk, Bielawska-Batorowicz, 1999). Niedobór insuliny przyczynia się do zaburzeń w gospodarce wodno-elektrolitowej oraz przemianie białek, tłuszczów i węglowodanów. Chorobie towarzyszy podniesienie poziomu glukozy w osoczu i brak tolerancji na nią. Gdy hiperglikemia zostaje zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie ciąży, mamy do czynienia z cukrzycą ciążową, która rozwija się w drugim i trzecim trymestrze (Wilczyński, Cypryk, 2006). Choroba ta objawia się zwiększonym poczuciem pragnienia i suchości w ustach, swędzącą skórą, infekcjami dróg rodnych, nerek i wielomoczem. Jej symptomami są też infekcje

narządów rodnych, zaburzenie gojenia się ran, obrzęki płodu i zatrucia ciążowe. Wynalezienie insuliny w znacznym stopniu zmniejszyło zagrożenie dla życia płodu i śmiertelność wśród ciężarnych, jednak u matek z cukrzycą nawet trzykrotnie zwiększa się ryzyko wystąpienia wad wrodzonych płodu. Ponadto cukrzyca zwiększa ryzyko śmierci płodu oraz nadnaturalny przyrost tkanki podskórnej serca, wątroby i śledziony płodu, co prowadzi do makrosomii. Levy-Shiff, Lerman, Har-Even i Hod (2002) zaobserwowali, że rok po urodzeniu dzieci kobiet z cukrzycą w czasie ciąży częściej przejawiają nieprawidłowości w zachowaniu oraz rozwoju poznawczym. Wilczyński i Cypryk (2006) wskazują także, że konsekwencjami tej choroby u oczekującej matki mogą być utrata wzroku, zapalenie lub zmniejszenie filtracji kłębków nerkowych, nadciśnienie oraz kwasica metaboliczna.

Od 7 do 10% kobiet ciężarnych cierpi na nadciśnienie tętnicze. Jest to powikłanie, które stanowi istotne ryzyko w okresie okołoporodowym. Szacuje się, że jest najczęstszą przyczyną śmierci kobiet w ciąży. Odpowiada za 15% zgonów ciężarnych w Stanach Zjednoczonych. Lekarze przewidują, że odsetek przyszłych matek cierpiących na nadciśnienie tętnicze będzie wzrastać ze względu na przesunięcie wieku zajścia w ciążę oraz zwiększający się problem nadwagi i otyłości związany z siedzącym trybem życia oraz złymi nawykami żywieniowymi (Szczepaniak-Chicheł, Tykarski, 2012). Polskie Towarzystwo Ginekologiczne zaleca pomiar ciśnienia przy każdej wizycie ciężarnej w gabinecie ginekologicznym, ponieważ jego wysokość ma bezpośrednie przełożenie na kondycję matki i płodu. Jeśli nadciśnienie pojawia się u matki po 20. tygodniu rozwoju płodu, diagnozuje się wówczas nadciśnienie indukowane ciążą (Rapacz, Filipek, 2009). Zaburzenie to rozpoznaje się, gdy wartości ciśnienia skurczowego i rozkurczowego przekraczają wartości uznawane za normę w populacji, czyli jeśli wynosi 140/90mmHg lub więcej. Objętość osocza krwi ulega zwiększeniu, dlatego konieczne jest poszerzenie naczyń obwodowych, aby utrzymać wartości ciśnienia krwi na odpowiednio niskim poziomie. Jeśli dojdzie do skurczu tętniczek, które zapobiegają rozszerzaniu się tych naczyń, wówczas pojawia się nadciśnienie (Miller, Hanretty, 2000).

Jeśli nadciśnieniu indukowanemu ciążą towarzyszy białkomocz, stan ten określa się przedrzucawkowym. Jego następstwem może być rzucawka (Rapacz, Filipek, 2009). Powikłaniami nadciśnienia tętniczego mogą być: zahamowanie wzrostu płodu, jego niedotlenienie, zgon lub przedwczesne odklejenie się łożyska. Ponadto konsekwencje tej choroby może stanowić wcześniactwo. Dla samej matki nadciśnienie tętnicze może skutkować krwawieniem ośrodkowego układu nerwowego lub siatkówki, niewydolnością wątroby, nerek czy serca oraz obrzękiem płuc (Rapacz, Filipek, 2009; Szczepaniak-Chicheł, Tykarski, 2012).

Jak już wcześniej nadmieniałam, przez działanie progesteronu zmniejsza się napięcie moczowodów i dochodzi do ich rozszerzenia. Ponadto naciska na nie macica przy wejściu do miednicy. Wynikiem tego może być zastój moczu, a co za tym idzie zakażenia układu moczowego. Wystąpienie zakażenia dróg moczowych może być także następstwem zmian w składzie chemicznym moczu w czasie ciąży. Występuje też dużo częściej u kobiet, u których stwierdzono cukrzycę ciążową. W ciąży istnieje zdecydowanie większe ryzyko zapalenia pęcherza

moczowego, którego konsekwencją może być odmiedniczkowe zapalenie nerek oraz bakteriomocz bezobjawowy (Miller, Hanretty, 2000).

Zakażeniu dróg moczowych towarzyszą często nieprzyjemne dla kobiety objawy, jak bolesne oddawanie moczu, gorączka, tachykardia, bóle w okolicach nerek, podbrzusza, części lędźwiowej kręgosłupa, a także również nudności i wymioty (Miller, Hanretty, 2000). Jednak szybkie reagowanie na zaburzenia w obrębie układu moczowego jest niezwykle istotne, ponieważ badania wykazują, że u kobiet z nieleczonym bakteriomoczem częściej dochodzi do przedwczesnych porodów, a ich dzieci mają mniejszą wagę urodzeniową (Bręborowicz, Markwitz, 2007).

Ciężkie zaburzenia czynności tarczycy rzadko występują w ciąży, ponieważ są jedną z przyczyn niepłodności (Miller, Hanretty, 2000). Nadczynność tego gruczołu stwierdza się u 0,2% kobiet w ciąży, jednak 90–95% przypadków rozwija się wtórnie do choroby Gravesa-Basedowa. Największe nasilenie tej choroby obserwuje się w pierwszym trymestrze ciąży oraz w porożu. Między 8. a 14. tygodniem ciąży może również wystąpić tzw. przejściowa nadczynność tarczycy, która nie przejawia się powiększeniem gruczołu oraz nie wymaga leczenia (Drews, Pieńkowski, 2006).

Zdiagnozowanie nadczynności tarczycy przysparza czasami kłopotów, ponieważ jej objawy, jak tachykardia, rozszerzenie naczyń obwodowych, wole czy nadpobudliwość, mogą być także typowe w ciąży fizjologicznej (Drews, Pieńkowski, 2006; Miller, Hanretty, 2000). Jednym z kluczowych objawów w rozpoznaniu jest silny niepokój. Oczywiście, ze względu na subiektywny charakter, jego ocena również jest trudna, bo może być rozpatrywany także w aspekcie psychologicznym. W praktyce weryfikuje się te sygnały przez badanie pomiaru stężenia tyroksyny (Miller, Hanretty, 2000). Wzrost poziomu tego hormonu stanowi ryzyko przedwczesnego odklejenia łożyska i śmierci wewnątrzmacicznej płodu, może prowadzić do hipotrofii i przedwczesnego porodu, czego efektem jest niska waga urodzeniowa. Ponadto u dziecka może wystąpić wole, wytrzeszcz gałek ocznych oraz wrodzona nadczynność lub niedoczynność tarczycy. Konsekwencją nadczynności tarczycy może być zastoinowa niewydolność serca (Drews, Pieńkowski, 2006). Z kolei skutkiem leczenia nadczynności gruczołu tarczycowego może być zaburzenie oddychania, żółtaczka, niska aktywność ruchowa noworodka. Aby zapobiec zaburzeniu umysłowemu, należy zastosować adekwatne działania medyczne (Biczysko, 1998).

1.2.2. Zagrożenia związane z przebiegiem ciąży

Jednym z najczęściej diagnozowanych typów ciąży wysokiego ryzyka jest ciąża zagrożona poronieniem. Mamy z nim do czynienia w sytuacji wydalenia zarodka i elementów jaja płodowego przed 22–24 tygodniem ciąży lub zanim płód osiągnie 500g masy ciała, co nie daje szans na jego przeżycie (Miller, Hanretty, 2000; Skrzypczak, 2006). Skrzypczak (2006) podaje, że od 15 do nawet 40% ciąż ulega samoistnemu poronieniu we wczesnym etapie rozwoju. W trzech czwartych

przypadków kobieta nie jest świadoma swojego stanu, ponieważ etap ciąży jest tak wczesny, że nie daje ona żadnych objawów i tylko badania mogą ją potwierdzić. Zdecydowana większość samoistnych poronień ma miejsce w pierwszym trymestrze ciąży, a wraz z czasem jej trwania spada ryzyko utraty dziecka (Miller, Hanretty, 2000; Skrzypczak, 2006). Zagrożenie utraty ciąży zwiększa się istotnie u kobiet, które przekroczyły 35. rok życia. U matek, które mają więcej niż 40 lat aż połowa ciąż ulega poronieniu (Skrzypczak, 2006).

Poronienie analizuje się zarówno w aspekcie biologicznym, jak i społecznym oraz psychicznym, ponieważ jest jednym z powodów, dla którego ciąża nie może być donoszona i zakończyć się narodzeniem zdrowego dziecka. W większości przypadków kobiety doświadczają poronienia tylko raz, jednak od 0,4 do 1% ciężarnych przeżywa aż trzy występujące po sobie straty ciąży. Jedno niepowodzenie donoszenia ciąży podnosi ryzyko kolejnego o 20% (Skrzypczak, 2006).

Ze względu na złożoność problemu przyczyn poronień upatruje się w wielu różnych czynnikach. Pierwszą kategorię stanowią czynniki genetyczne, które wiążą się z zaburzeniami w liczebności lub strukturze chromosomów rodziców. Nie bez znaczenia są także zmiany hormonalne oraz immunologiczne, kiedy płód jest odrzucany przez organizm matki. Do utraty ciąży mogą przyczyniać się także zaburzenia metaboliczne, choroby matki, zakażenia czy zapalenia wewnątrzustrojowe. Wśród czynników zagrażających donoszeniu ciąży wymienia się również defekty anatomiczne, jak wada wrodzona macicy, niewydolność szyjki czy mięśniaki macicy (Miller, Hanretty, 2000; Skrzypczak, 2006). Dunkel-Schetter i in. (2000) zwracają uwagę na znaczenie przyczyn psychogennych, takich jak: stres, lęk oraz konflikty emocjonalne.

W praktyce klinicznej poronienia dzieli się na samoistne i zagrażające. Poronienie samoistne stwierdza się wówczas, gdy ciąża zostaje zakończona między 6. a 22. tygodniem rozwoju, ale nie zaobserwowano istotnego wpływu czynników zewnętrznych (Skrzypczak, 2006). Z poronieniem zagrażającym mamy do czynienia, gdy przed 24. tygodniem ciąży pojawi się jakiegokolwiek, zwykle bezbolesne, krwawienie z macicy lub jej łagodne skurcze (Miller, Hanretty, 2000). Są to sygnały informujące o ryzyku zakończenia ciąży, jednak przy zapewnieniu matce odpowiedniej opieki fizycznej i psychologicznej ciąża może się rozwijać prawidłowo (Skrzypczak, 2006).

Jeśli do rozwiązania ciąży dochodzi między ukończeniem 22. a przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży, mówi się o porodzie przedwczesnym. Czyli jest to poród przed uzyskaniem przez płód wieku, który zapewniłby mu zdolność przeżycia poza macicą (Czajka, 2010; Urban, 2007). Dotyczy on 5–10% wszystkich porodów i jest główną przyczyną zgonów okołoporodowych (Miller, Hanretty, 2000). Dzieci urodzone przed 37. tygodniem ciąży nazywa się wcześniakami. Wcześniactwo wiąże się z przykrymi konsekwencjami zdrowotnymi. Jego następstwem może być niewydolność oddechowa, opóźnienie rozwoju psychomotorycznego, ogólnie większa podatność na choroby, wrodzone wady serca czy porażenie mózgowe, którego ryzyko wzrasta czterdziestokrotnie u wcześniaków (Urban, 2007).

Etiologia przedwczesnego porodu jest rozpatrywana w aspekcie medycznym oraz socjoekonomicznym. Podwyższone ryzyko rozwiązania przed czasem

pojawia się, gdy matka ma niski status społeczno-ekonomiczny, jest w młodym wieku, jej masa ciała jest niska i dostarcza organizmowi nikotynę. Wśród przyczyn wymienia się także niewydolność ciśnieniowo-szyjkową, wady wrodzone macicy lub jej nadmierne rozciągnięcie w wyniku wielowodzia lub ciąży mnogiej. Do przedwczesnego porodu predestynują również choroby i zakażenia matki, urazy zewnętrzne, okołoperacyjne, wady płodu oraz stres (Czajka, 2010; Miller, Hanretty, 2000). Ponadto szybki rozwój medycyny i techniki daje możliwość wczesnej diagnozy zaburzeń, przez co wzrasta liczba cięć cesarskich przed terminem porodu. Pozwala to na ratowanie zdrowia i życia noworodków, a jednocześnie podnosi liczbę porodów przedwczesnych (Urban, 2007).

Z niewydolnością ciśnieniowo-szyjkową mamy do czynienia, gdy ukończenie ciąży w drugim lub na początku trzeciego trymestru jest następstwem bezbolesnego rozwierania się szyjki macicy, pęknięciem błon płodowych lub pojawieniem się ich w kanale szyjkowym. Efektem rozwiązania jest zazwyczaj żywe dziecko. Omawiane powikłanie jest jedną z najczęstszych przyczyn ukończenia ciąży przed terminem i dotyka od 0,1 do 1,8% ciąż (Bręborowicz, 2007; Bręborowicz, Paszkowski, 2006). W etiologii niezdolności szyjki macicy do utrzymania ciąży wyróżnia się czynniki wrodzone – najczęściej są to wady strukturalne narządów. Zaburzeniu temu sprzyjają także wszelkie urazy szyjki powstałe np. podczas poprzednich porodów, operacji ginekologicznych, skrobania ścian jamy macicy czy nieprawidłowej regeneracji uprzedniego pęknięcia szyjki. Przyczyną hormonalną tego powikłania jest relaksyna i przedwczesne uwolnienie prostaglandyn (Bręborowicz, 2007).

Przy wykryciu nieprawidłowości wydolności szyjki macicy najczęściej stosuje się gumowy krążek zwany pessarem, który ma ją odciążyć, lub drogą operacyjną zakłada się na niej szew, który pozwala na donoszenie ciąży. Wśród badanych przeze mnie kobiet, u których stwierdzono niewydolność ciśnieniowo-szyjkową, planowane było zastosowanie jednej z wymienionych metod korekcyjnych.

Jak już pisałam (rozdział 1.1), wymioty są objawem charakterystycznym dla ciąży i ich etiologia nie jest do końca poznana. Zazwyczaj kończą się samoistnie i oprócz tego, że mogą być uciążliwe, zazwyczaj nie stanowią zagrożenia ani dla płodu, ani dla matki. Mogą trwać przez całą ciążę, jednak jeśli pojawiają się w ciąży zaawansowanej, nie można ich zbagatelizować, szczególnie jeśli przyjmują postać tzw. niepowściągliwych wymiotów. Wówczas wymagają interwencji klinicznej. Ponadto mogą być objawem innych zaburzeń współistniejących z ciążą (Miller, Hanretty, 2000).

Niepowściągliwe wymioty (hyperemesis gravidarum) to bardzo silne torsje, które prowadzą do utraty 5% masy ciała ciężarnej oraz ketonurii. Nielezione lub leczone nieskutecznie mogą być przyczyną niedoborów pokarmowych, odwodnienia, zaburzeń metabolicznych i elektrolitowych. Problem ten dotyczy od 0,3 do 2% kobiet spodziewających się dziecka. O ile zaburzenie to często wymaga hospitalizacji, to nie stwierdzono jego negatywnego oddziaływania na zdrowie i rozwój płodu. Natomiast interesującym wydaje się fakt, że u kobiet, które doświadczają wymiotów podczas ciąży, rzadziej dochodzi do poronień, śmierci płodu, ograniczenia jego wzrastania czy porodu przedwczesnego niż u matek, u których ten objaw się nie pojawił (Kubiacyk-Paluch, 2007).

Istotną rolę w powstawaniu omawianego objawu przypisuje się podwyższonemu stężeniu ludzkiej gonadotropiny kosmówkowej oraz serotoniny. Nie pomija się także czynników psychosomatycznych i wiąże niepowściągliwe wymioty ze stresem i napięciem emocjonalnym, które częściej występują u kobiet o większej labilności emocjonalnej, niskiej dojrzałości i tendencjach depresyjnych. Z pewnością ryzyko wystąpienia omawianego zaburzenia jest większe, gdy pojawiło się we wcześniejszych ciążach, w ciążach pierwszych lub wielopłodowych, przy otyłości matki lub jej zaburzeniach odżywiania. Zagrożenie niepowściągliwymi wymiotami wzrasta także przy nadczynności tarczycy lub przytarczycy, dysfunkcjach wątroby czy zaburzeniach metabolizmu lipidów. Natomiast maleje u matek palących papierosy i w bardziej zaawansowanym wieku (Kubiacyk-Paluch, 2007).

Jednym z niepokojących objawów w ciąży są krwawienia w jej drugim i trzecim trymestrze. Są one udziałem 4% kobiet ciężarnych. Pojawienie się krwotoku jest jednoznacznym wskazaniem do hospitalizacji, ponieważ wykrycie przyczyn zwiększa szansę na zredukowanie bardzo dużego zagrożenia dla płodu oraz matki. Najczęściej, bo aż w 31%, krwawienie jest spowodowane przedwczesnym oddzieleniem się łożyska oraz łożyskiem przodującym (22%). Może także sygnalizować uraz dróg rodnych, nowotwór szyjki macicy lub zapowiadać rozpoczynający się poród (Bręborowicz, Sobieszczyk, 2007). Nagłe krwawienie może być też objawem ciąży ekotopowej, czyli sytuacji, w której zarodek rozwija się poza jamą macicy lub poronienia (Miller i Hanretty, 2000).

1.2.3. Wrodzone wady rozwojowe

Wśród zagrożeń ciąży na szczególną uwagę zasługują wady rozwijającego się w łonie matki dziecka. Wrodzoną wadą rozwojową jest wewnętrzna lub zewnętrzna nieprawidłowość morfologiczna, która powstaje w okresie życia wewnątrzmacicznego. Wady rozwojowe są obecne przy urodzeniu, niezależnie od ich etiologii, patogenezы i momentu zdiagnozowania, nawet jeśli nie są wykryte tuż po porodzie, co oznacza, że mają charakter wrodzony (Connor, Ferguson-Smith, 2013; Latos-Bieleńska, Materna-Kiryluk, 1998, 2010).

Jak podaje Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych, wady występują u 2–4% noworodków i stanowią jedną z podstawowych przyczyn zgonów niemowląt. Są także głównym źródłem niepełnosprawności fizycznej u dzieci, która może współwystępować z niepełnosprawnością intelektualną. Szacuje się, że wady rozwojowe występują u 32–56% niemowląt z niepełnosprawnością intelektualną. Pojawienie się w systemie rodzinnym dziecka ze znaczącą wadą wrodzoną w istotny sposób wpływa na jego funkcjonowanie, ponadto zazwyczaj wymaga zapewnienia szerokiej opieki medycznej i terapeutycznej. Przyczyn wad wrodzonych upatruje się w czynnikach genetycznych, środowiskowych, czyli działaniach teratogenów biologicznych, fizycznych i chemicznych, oraz czynnikach o charakterze mieszanym, będących wynikiem interakcji genów i środowiska. Mimo

postępów medycyny etiologia aż 60% poważnych wad rozwojowych nie jest znana (Latos-Bieleńska, Materna-Kiryluk, 2010).

Rozpatrując wady rozwojowe w aspekcie patogenetycznym, można podzielić je na malformacje, dysrupcje, deformacje i dysplazje. Jak podaje Korniszewski (2005), malformacje są wynikiem zaburzenia pierwotnego rozwoju przez czynniki wewnętrzne jeszcze w okresie zarodkowym. Connor i Ferguson-Smith (2013) przyjmują, że wtórna malformacja, inaczej dysrupcja, to defekt morfologiczny, który jest konsekwencją zmiany w strukturach (tkankach, narządach), które pierwotnie rozwijały się prawidłowo. Dysrupcja może wystąpić na każdym etapie ciąży po wstępnej morfogenezie. Skutkiem działania patogennych czynników mechanicznych mogą być deformacje, czyli zmiany kształtu powstające po okresie zarodkowym. Gdy dochodzi do nieprawidłowości w organizacji lub czynności komórek tkankowych, mamy do czynienia z dysplazją (Connor, 2013; Norton, 2010).

Od strony epidemiologicznej wrodzone wady rozwojowe mogą mieć charakter zarówno letalny, jak i nieograniczający przeżywalności. Wady drobne nie mają poważnych konsekwencji, jednak duże upośledzają czynność organizmu. Mogą występować pojedynczo, wówczas mówimy o wadach izolowanych. Kiedy są uformowane w sekwencje, kompleksy, asocjacje czy zespoły, mamy do czynienia z wadami mnogimi, czyli wielowodziem (Korniszewski, 2005; Szczubała, Obersztyn, Mazurczak, 2010). Mnogie wady rozwojowe, dotyczące ok. 0,7% noworodków, często są mieszanką wad małych i dużych (Latos-Bieleńska, Materna-Kiryluk, 2010).

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 (2008) proponuje podział wrodzonych wad rozwojowych na grupy:

- wady układu nerwowego,
- wady oka, twarzy, ucha, szyi,
- wady serca,
- wady układu oddechowego,
- rozszczepy wargi lub podniebienia,
- wady przewodu pokarmowego,
- wady narządów płciowych,
- wady układu moczowego,
- wady układu mięśniowo-szkieletowego,
- wady powłok ciała,
- inne zespoły wad (wady mnogie),
- inne lub niesklasyfikowane wady wrodzone,
- aberracje chromosomowe i niesklasyfikowane gdzie indziej.

Przedstawię bliżej te wady, które zostały zdiagnozowane u nienarodzonych dzieci badanych kobiet i opisane w rozdziale metodologicznym. Należą do nich wady: ośrodkowego układu nerwowego (wodogłowie), powłok brzusznych (wytrzewienie), układu moczowego (uropatia zaporowa, torbiele i guzy nerek) oraz serca.

Jednymi z najczęściej wykrywanych nieprawidłowości w badaniach płodu są wady ośrodkowego układu nerwowego. Znaczna ich część to bezmózgowie, którego rozpoznanie może być podstawą do indukcji porodu i wcześniejszego zakończenia ciąży, ponieważ dzieci z tą wadą umierają w czasie jej trwania lub

tuż po urodzeniu. Z kolei rozszczep kręgosłupa jest dysfunkcją, która może być leczona chirurgicznie, jednak tylko w 6% przypadków dzieci mogą względnie prawidłowo się rozwijać (Wilczyński i in., 2006).

Bardzo istotnym problemem jest wodogłowie płodu, które może stwarzać konieczność zastosowania cięcia cesarskiego przez niewspółmierność główkowo-miednicową (Wilczyński i in., 2006). Szaflik i in. (2014) podają, że wada ta polega na nadmiernym zbieraniu się płynu mózgowo-rdzeniowego w komorach mózgu. Szacuje się, że na 1000 żywych urodzeń przypada 0,3–2,5 dzieci z wodogłowiem. Nie jest to jednolita jednostka chorobowa, a stan patologiczny, będący wynikiem zaburzonej równowagi wytwarzania i wchłaniania płynu mózgowo-rdzeniowego. Powoduje to wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego (Polis, 2009; Szaflik i in., 2014). Wyodrębniono trzy przyczyny powstawania wodogłowia płodu. Może być ono wynikiem ucisku guzów wewnątrzczaszkowych na drogi odpływowe płynu, nieprawidłowości rozwoju mózgu związane z dezorganizacją neurogenezy ośrodkowego układu nerwowego lub uszkodzenia mózgu wywołanego infekcjami czy krwawieniem wewnątrzczaszkowym (Szaflik i in., 2014).

Omawiana wada może być rozpoznana już w pierwszym trymestrze ciąży. Ze względu na postęp nauki możliwe jest leczenie wodogłowia jeszcze w okresie wewnątrzmacicznym. Jeśli spełnione są odpowiednie warunki, stosuje się tzw. shunt, których zadaniem jest odbarczenie komór mózgowych przez odprowadzenie płynu mózgowo-rdzeniowego do worka owodniowego. Efekty leczenia są zadowalające tylko w przypadku wad izolowanych, czyli niewspółwystępujących z innymi wadami (Polis, 2009; Szaflik i in., 2014; Wilczyński i in., 2006). Dłuższy niż cztery tygodnie wzrost ciśnienia czaszkowego grozi trwałymi uszkodzeniami mózgu. Jeśli płód kwalifikuje się do zabiegu endoskopowego, to znacznie wzrastają szanse na zmniejszenie wodogłowia oraz prawidłowy rozwój lub tylko lekkie upośledzenie umysłowe (Szaflik i in., 2014).

Jedną z wad powłok brzusznych jest wytrzewienie, które polega na wydostaniu poza jamę brzuszną niepokrytych workiem przepuklinowym jelit przez ubytek w powłokach przy wykształconej prawidłowo pępowinie. Oprócz jelita cienkiego i grubego poza jamą brzuszną mogą przemieścić się również gonady, żołądek i bardzo rzadko wątroba. Rozwój samej jamy brzusznej płodu jest prawidłowy, ale jej wielkość i objętość są mniejsze od tych u dzieci zdrowych. W 10–25% przypadków wytrzewieniu towarzyszą wady jelit najczęściej związane ze zwężeniem lub brakiem drożności (Bułhak-Guz, 2009).

Przyczyny powstawania tej wady powłoki brzusznej nie są poznane. Samo wytrzewienie rozpoznawane jest już po 12. tygodniu ciąży, czyli po momencie, w którym naturalnie w rozwoju jelita wracają z przepukliny pępowinowej do jamy brzusznej oraz domyka się pierścień pępkowy. Kiedy jelita wydostają się przez ubytek w powłokach brzusznych, pływają w płynie owodniowym, w którym znajdują się wydaliny płodu, komórki owodni. Wytrzewione narządy są narażone na działanie zawartych w nim substancji (mocznik, kreatynina, enzymy trawienne, etc.), które mogą powodować zmiany patologiczne. Ponadto zwężenie ubytku w powłokach lub jego całkowite zamknięcie mogą skutkować przez ucisk niedokrwieniem, martwicą albo całkowitym zanikiem wytrzewionych pętli jelitowych.

Najczęściej podejmowanym działaniem terapeutycznym przy tej wadzie jest wymiana płynu owodniowego w celu uchronienia narządów poza jamą brzuszną przed działaniem szkodliwych związków w nim zawartych (Bułhak-Guz, 2009).

Wśród jednych z najczęściej rozpoznawanych nieprawidłowości rozwoju płodu są wady układu moczowego powiązane z zastojem moczu. Jak podają Lissauer, Morris i Kilby (2007), ich częstotliwość wynosi 2,2 na 10 000 urodzeń. Wykrywalność wynika z dość dużej powszechności występowania, ale także charakterystycznych objawów widocznych podczas badania ultrasonograficznego. Zaburzeniom tym towarzyszą często małowodzie i bezwodzie oraz inne nieprawidłowości związane z przepływem pępowinowym oraz ustawieniem kończyn w wyniku ucisku (Wojtera i in., 2014).

Uropatia zaporowa pojawia się, gdy kierunek przepływu moczu jest odwrócony i cofa się on z pęcherza do nerek. Utrudnienie lub całkowite zatrzymanie ujęcia moczu z nerki może prowadzić do wodonercza, a co za tym idzie licznych zmian w budowie i funkcjonalności układu moczowego (Gawłowska, Niedzielski, 2003). Schorzenie to może przyjmować formę jednostronną lub obustronną, czyli dotyczyć obu nerek. Konsekwencjami powiększenia pęcherza moczowego, zastoju moczu oraz współwystępującego małowodzia czy bezwodzia może być zaburzenie funkcji pęcherza, nerek, hipoplazja płuc płodu lub jego obumarcie. Jednostronny zastój moczu w drogach przepływu nie niesie za sobą tak niebezpiecznych skutków, ponieważ druga nerka jest w stanie zadbać o homeostazę płynów. Jednak może dojść do jej uszkodzenia i zaburzenia funkcjonalności (Wojtera i in., 2014).

Odbarczenia dróg moczowych w okresie wewnątrzmacicznym dokonuje się przez jednorazowe nakłucie pęcherza moczowego oraz dającej długotrwałe efekty implantacji shuntu pęcherzowo-owodniowego. Zapobiega to uszkodzeniu dróg moczowych i daje możliwość utrzymywania ilości płynu owodniowego na właściwym poziomie przez zagwarantowanie stałej drogi odpływu moczu. Analizy Wojtery i współautorów (2014) wykazały, że zastosowanie terapii w okresie prenatalnym, przy tym schorzeniu, oddziałuje pozytywnie na stan płodu, a później noworodka oraz zwiększa przeżywalność dzieci w porównaniu do grupy, gdzie nie podjęto interwencji wewnątrzmacicznej.

Wśród wad wrodzonych układu moczowego ważne miejsce zajmują nieprawidłowości związane z budową nerek. Tego rodzaju wady rozwojowe tworzą się w czasie organogenezy, czyli między 4. a 12. tygodniem życia płodowego (Krzemień, Szmigielska, Budziak, Skrzypczak, Roszkowska-Blaim, 2009). Należą do nich anomalie strukturalne jak guzy i torbiele nerkowe. Torbiele nerek mogą występować pojedynczo lub mnogo, jednostronnie i dwustronnie. Ich charakter może być wrodzony oraz nabyty (Wasilewska, 2011). Ze względu na niejednorodną etiopatogenezę rokowania również nie są jednoznaczne. Najczęstszą chorobą, dla której charakterystyczne są torbiele na nerkach, jest uwarunkowane genetycznie autosomalne dominujące zwyrodnienie wielotorbielowate. Powoduje ją uszkodzenie pojedynczego genu *PKD1* (*Polycystic Kidney Disease 1 Gene*) lub *PKD2* (*Polycystic Kidney Disease 2 Gene*). Zazwyczaj jest rozpoznawana po trzeciej dekadzie życia i bardzo rzadko jest wykrywana u dzieci i płodów. Medycyna

ciągle szuka leku, który pozwalałby na efektywną terapię przyczynową tego schorzenia (Książek, Załuska, 2009).

Rzadziej występującym zaburzeniem jest wielotorbielowate zwyrodnienie nerek dziedziczone autosomalnie recesywnie, będące następstwem mutacji w genie *PKHD1* (*Polycystic Kidney and Hepatic Disease 1 Gene*). Charakteryzuje się obecnością różnej wielkości torbieli w korze i rdzeniu nerek, co skutkuje ich deformacją i powiększeniem. Choroba ta jest rozpoznawana często już w życiu płodowym, jednak 75% noworodków umiera w ciągu kilku dni od rozwiązania. Również w tym przypadku nie znaleziono rozwiązania na leczenie przyczynowe (Książek, Załuska, 2009).

Torbiele nerek u płodu mogą być objawem różnych wad układu moczowego. Najczęściej rozpoznawanym zwyrodnieniem rozwojowym jest dysplazja wielotorbielowata nerek. Typowe dla niej jest zastąpienie nerki wielotorbielowatym tworem, z czasem nawet całkowicie zarośniętym moczowodem. Dysplazja może być wynikiem zaburzeń genetycznych, infekcji wirusowych, zakażeń. Znacznie częściej rozpoznawana jest wada jednostronna, czyli dotycząca jednej nerki. W prenatalnym badaniu ultrasonograficznym wykrywanych jest aż 80% przypadków dysplazji wielotorbielowatej. Jednym z najczęściej stosowanych działań terapeutycznych jest usunięcie zmienionej strukturalnie nerki (Krzemień i in., 2009).

Jednymi z najczęstszych wad wrodzonych są wady serca i dotyczą 0,6–1% wszystkich żywo urodzonych noworodków (Dangel, 2007; Malec i in., 2007). U płodów diagnozowane są trzykrotnie częściej, jednak 2/3 z nich nie dożywa do porodu. Wady serca mogą być powodowane przez czynniki genetyczne, środowiskowe albo być wynikiem choroby matki. Najczęściej są ich wypadkową. Schorzenia serca powstają między 3. a 8. tygodniem życia płodowego, czyli wtedy, kiedy zachodzi jego tworzenie i rozwój. Ze względu na postęp technologii zaburzenia w budowie i pracy serca są w znacznym stopniu wykrywane w okresie wewnątrzmacicznym, co daje możliwość interwencji jeszcze w czasie ciąży lub tuż po porodzie (Dangel, 2007).

Wrodzonymi wadami serca są zaburzenia w budowie lub czynności tego narządu. Same wady można podzielić na ubytki przegrody serca, nieprawidłowe odejścia dużych tętnic, połączenia między tętnicami dużymi, nieprawidłowy spływ dużych żył do serca oraz zwężenie lub zarośnięcie zastawek lub naczyń. Rocznie w Polsce rodzi się około 3000 noworodków z wadami serca (Malec i in., 2007). Przyczyn wad serca upatruje się w interakcji zarówno czynników genetycznych, jak i środowiskowych. Ryzyko pojawienia się nieprawidłowości w strukturze lub funkcjonowaniu serca wzrasta w przypadku działania teratogenów, występujących chorób matki, ciąży mnogiej, samoistnych poronień, zapłodnienia in vitro (Dangel, 2007) oraz zaburzeń chromosomalnych (Malec i in., 2007).

Szanse przeżycia dziecka są uzależnione od rodzaju wady. Zazwyczaj decydującym czasem jest okres noworodkowy i niemowlęcy, ponieważ aż połowa chorych dzieci umiera w ciągu 12 pierwszych miesięcy życia, jeśli nie zostaną zastosowane odpowiednie działania medyczne. Właściwie wszystkie wady wrodzone serca mogą być leczone chirurgicznie i jest to jedyna skuteczna metoda ich korekty (Malec i in., 2007).

1.3. Doświadczanie ciąży fizjologicznej i zagrożonej – aspekt psychologiczny

Obowiązujący w psychologii model bio-psycho-społeczny pozwala na ujmowanie ciąży nie tylko w kontekście biologicznym, ale również w aspekcie społecznym i psychologicznym (Preis, Bieleninik, Bidzan, 2010). Sama ciąża jest znaczącym wydarzeniem życiowym, wiążącym się z koniecznością podejmowania nowych zadań, tworzenia nowych relacji, z dynamicznymi zmianami w systemie rodzinnym, w zakresie emocji przeżywanych przez oczekującą matkę oraz jej działania w płaszczyźnie społecznej. Znajomość specyfiki tych aspektów funkcjonowania psychologicznego ciężarnej kobiety pozwala na zidentyfikowanie jej potrzeb i zapewnienie jej lepszej opieki oraz wsparcia zarówno ze strony specjalistów, jak i najbliższego otoczenia. Ponadto wiedza na temat charakterystycznych dla ciąży przemian może ułatwiać przyszłej matce zrozumienie swojego stanu i pomóc jej w procesie radzenia sobie z nowymi i często trudnymi doświadczeniami. Zagadnienia te wymagają szczególnej uwagi i im poświęcę tę część pracy.

W badaniach Holmesa i współpracowników kobiety przy nadziei umieściły ciążę na 40. miejscu w 100-stopniowej skali przeżyć życiowych, określającej wielkość stresu (Krzyżanowska-Zbucka, 2008). W każdym etapie życia przeżywamy różne emocje, szczególnie istotne dla funkcjonowania biologicznego naszego organizmu są te, będące reakcją na silne stresujące sytuacje, ponieważ aktywizują autonomiczny układ nerwowy, który wpływa na działanie narządów wewnętrznych (Lazarus, 1966; Sanderson, 2012). Zatem ciąża może być traktowana jako stresor fizyczny dla organizmu kobiety (Szymona-Pałkowska, 2005). Dunkel-Schetter i in. (2000) podkreślają działanie dwóch mechanizmów, przez które stres oddziałuje na zdrowie matki i płodu – fizjologiczny i behawioralny. Mechanizm fizjologiczny działa bezpośrednio poprzez reakcję układów: nerwowego, hormonalnego i odpornościowego na sytuację stresową. Z kolei behawioralny przejawia się pośrednio w konkretnych zachowaniach ciężarnej, będących odpowiedzią na działanie stresorów. Może ona radzić sobie z nimi np. przez zażywanie substancji psychoaktywnych, spożywanie konkretnych produktów spożywczych albo podejmowanie określonej aktywności fizycznej, co wpływa na jej organizm oraz rozwijający się w nim płód (Dunkel-Schetter, 2011; Dunkel-Schetter i in., 2000).

Od momentu zajścia w ciążę kobieta doświadcza zmian w świadomości i modyfikuje styl swojego funkcjonowania. To czas wzmożonej czujności, w której nawet naturalne, ale nieznane symptomy czy objawy mogą być niepokojące. Wymaga to od kobiety zmiany swoich stałych przyzwyczajeń, skoncentrowania się na dostrzeganiu i zaspokajaniu już nie tylko swoich potrzeb, ale także rozwijającego się w niej dziecka (Szymona-Pałkowska, 2005). Pojawiają się także naciski z zewnątrz i oczekiwanie, że będzie ona postępować zgodnie z przyjętymi normami społecznymi i kulturowymi. Nowe wymagania związane z dostosowaniem się do regularnego sprawdzania kondycji zdrowotnej oraz zmian w sposobie działania w życiu codziennym stanowią silne obciążenie dla kobiety (Heaman, 1998). Już Matlin (1987) zwrócił uwagę na to, że zbyt duże oczekiwania wobec matek

prowadzą do ich poczucia nieadekwatności w podejmowaniu nowych obowiązków, poczucia porażki i trudności w adaptacji do roli rodzicielskiej. W kontekście tych różnokierunkowych oddziaływań czas ciąży często łączy się z labilnością emocjonalną kobiety. Odczuwa ona radość i ekscytację z powodu posiadania potomka i oczekiwania na jego przyjście na świat, a jednocześnie nieobce jest jej przygnębienie, niepokój, niepewność i lęk o prawidłowy przebieg ciąży i rozwój dziecka (Sęk, 2001). Jak już wspominałam (rozdział 1.1), rodzaj przeżywanych emocji ma związek z trymestrem ciąży i procesami fizjologicznymi w organizmie matki. Przyczyn silnej emocjonalności i rozchwiania uczuciowego naukowcy upatrują w podwyższonym poziomie estrogenu i progesteronu, jednak Dunkel-Schetter i in. (2000) postulują, aby do oceny zachowań kobiety w ciąży włączać psychologiczny aspekt jej przeżyć.

Ciąża, szczególnie pierwsza, jest nowym etapem życia i może prowadzić do lęków i obaw. Joško-Ochojska (2014) zwraca jednak uwagę, że procesy fizjologiczne, które współwystępują z tym stanem, zazwyczaj nie niosą ze sobą patologicznych konsekwencji. Kędziora (1996) podkreśla, że niepokój u pierworódek jest zwykle efektem nieznanomości sytuacji i obowiązków związanych z macierzyństwem, jednak pierwszej ciąży zazwyczaj towarzyszy poczucie spełnienia, radości i szczęścia. Odczucia te są uwarunkowane wiedzą na temat tego stanu i porodu, uzyskiwanym wsparciem społecznym, kondycją zdrowotną kobiety oraz jej chęcią posiadania dziecka. Krzyżanowska-Zbucka (2008) zaznacza, że więcej negatywnych emocji doświadcza kobieta, która nie planowała ciąży i jest nią zaskoczona. Ma trudności z wyobrażeniem sobie, co ją czeka. Obawy są silniejsze, gdy nie posiada stałego partnera. Dużo łatwiej jest jej zaakceptować ciążę, gdy pozostaje w stałym związku (Ściepuro, Wilkowska, Landowski, 2005). Również u ciężarnych, które mają już za sobą doświadczenie ciąży i ma ono charakter pozytywny, rodzaj przeżywanych emocji wiąże się z jakością relacji rodzinnych (Kędziora, 1996).

Z kolei, jeśli doświadczenia z poprzednich ciąż są negatywne, nasila się lęk, że komplikacje mogą pojawić się i tym razem (Côté-Arsenault, 2007). U kobiet, które poroniły, doznały śmierci wewnątrzmacicznej dziecka lub po porodzie, lęk powraca w kolejnych ciążach i jest silniejszy niż u kobiet bez negatywnych doświadczeń położniczych, a liczba posiadanych dzieci nie ma znaczenia w odczuwaniu niepokoju (Côté-Arsenault, 2003, 2007). Matki, u których dzieci zdiagnozowano zagrożenie we wcześniejszych ciążach, wykazują też tendencję do postrzegania obecnej ciąży jako obciążonej ryzykiem i interpretowania niepokojących objawów jako bardzo nasilonych (Gupton, Heaman, Wan-Kit Cheung, 2001). Bernazzani i Bifulco (2003) wskazują, że wsparcie otrzymywane od partnera może pozytywnie modyfikować odczucia związane z przykrą przeszłością położniczą.

Analizy badań podłużnych dotyczące niepokoju u kobiet w różnych momentach ciąży przeprowadzone przez Lobel i Dunkel-Schetter (1990) udowodniły, że poziom niepokoju jest niezmienny przez cały okres ciąży. Z kolei Lubin, Gardener i Roth (1975) wykazali, że istnieją niewielkie różnice w nasileniu niepokoju w drugim i trzecim trymestrze. Natomiast znaczna część badaczy zaobserwowała, że najniższy poziom niepokoju przypada na drugi trymestr ciąży, podczas gdy największe nasilenie osiąga on w trzecim trymestrze (Lee i in., 2007;

Madhavanprabhakaran, D'Souza, Nairy, 2015; Madhavanprabhakaran, Kumar, Ramasubramaniam, Akintola, 2013).

Obserwacje wskazują, że intensywność odczuwanego niepokoju nie odróżnia ciężarnych od reszty populacji. Zarówno badania Pond i Kemp (1992) oraz Dunkel-Schetter i in. (2000) są zgodne, co do tego, że oczekujące matki z reguły przejawiają niepokój na poziomie zbliżonym do średniej lub nieco wyższym względem populacji kobiet. Na uwagę zasługuje jednak fakt, że można wśród nich wyłonić grupę doświadczającą bardzo silnego niepokoju, którą charakteryzuje niższe wykształcenie, niższy status społeczny i niższe dochody oraz gorsze od pozostałych warunki bytowe.

Emocje mogą mieć inny charakter w ciąży wysokiego ryzyka, kiedy narażająca więź z dzieckiem przeplata się ze strachem o jego zdrowie i życie (Kwaśniewska, Krackowski, Wartacz, Robak, Semczuk, 1996; Rutkowska, Rolińska, Kwaśniewski, Makara-Studzińska, Kwaśniewska, 2011). Rutkowska i in. (2011) oraz Kossakowska-Petrycka i Walęcka-Matyja (2007) wykazały, że stan zagrożenia ciąży może zmniejszać tendencję do przeżywania emocji dodatnich oraz generować emocje ujemne u kobiet. Potwierdzają to badania Semczuk, Steuden i Szymony (2004), w których badaczki zaobserwowały, że matkom w ciążach zagrożonych towarzyszy obniżony nastrój oraz skłonność do gniewu i żalu. Negatywne uczucia jak strach i złość odnotowała również Stark (2006). Ze względu na okoliczności odseparowania od bliskich, wyłączenia z życia zawodowego i społecznego przez konieczność przebywania w szpitalu lub wykonywania regularnych badań, u matek w ciążach wysokiego ryzyka może też wystąpić poczucie izolacji, utraty autonomii i kontroli oraz ograniczeń w realizowaniu roli rodzicielskiej (Maloni, Kutil, 2000). Analiza badań odczuć matek w ciążach zagrożonych dokonana przez zespół Maloni, Kane, Suen i Wang (2002) pokazuje, że najczęstszymi uczuciami tych kobiet są: depresja, lęk, bierność, podatność i wrażliwość na zranienie oraz brak wewnętrznej satysfakcji, wynikającej z komplikacji w urodzeniu zdrowego dziecka. Badacze zwracają też uwagę na fakt, że kobiety hospitalizowane przeżywają więcej ambiwalentnych uczuć wobec ciąży i dziecka, towarzysząc im silniejsze wahania nastrojów niż ciężarnym pozostającym w domu.

Szczególnie trudnym doświadczeniem dla kobiety i jej najbliższych są okoliczności diagnozy wady wrodzonej u dziecka. Informacja o wrodzonych wadach rozwojowych płodu jest trudnym i wyjątkowym momentem, w którym kobieta przeżywa okres żałoby, ponieważ jej dziecko wyobrażone przestaje istnieć. Diagnoza płodu czy powikłania są często głównymi stresorami czasu ciąży, związanymi z wyższym poziomem lęku oraz depresją (Cunha, Pereira, Caldeira, Carneiro, 2016). Koss, Rudniak i Bidzan (2014) wykazały, że matki w ciążach wysokiego ryzyka lub te, u których zdiagnozowano śmierć prenatalną dziecka, przeżywają bardzo silny stres. Jest on tym silniejszy, im większego wsparcia społecznego oczekują. Jednak, kiedy są usatysfakcjonowane otrzymywaną pomocą, wówczas zmniejsza się ich napięcie, drażliwość, skłonność do zamartwiania, poziom negatywnych emocji oraz stresu. Z kolei Sulima i in. (2014) zaznaczają, że te matki w ciążach zagrożonych, które ukończyły 31. rok życia, mają wyższe wykształcenie, są mężatkami i zamieszkują duże miasta, cechuje wyższy poziom uczuć pozytywnych.

Badania psychosomatyczne ciężarnych poszukują przyczyn i skutków pojawiającego się lęku w ciążach fizjologicznych i zagrożonych. Spielberger rozróżnił lęk pojmowany jako przejściowy i wywołany przez czynniki zewnętrzne stan, czyli odpowiedź autonomicznego układu nerwowego na sytuację, od lęku będącego utrwaloną cechą osobowości, skłaniającą do odbierania nawet niegroźnych sytuacji jako zagrażających (Wrześniewski, Sosnowski, Jaworowska, Fecenec, 2011). Kwaśniewska i in. (1996) podkreślają, że w ciążach, w których pojawia się zagrożenie, dominującym odczuciem jest lęk. Interesującym jest jednak fakt, że brak zaburzeń w przebiegu ciąży nie chroni przed jego doświadczaniem (Błaszczak, Pilch, Szamlewska, 2011). Rutkowska i in. (2011) nie stwierdzili różnicy w przejawianiu lęku jako cechy u kobiet w ciążach zagrożonych i prawidłowych. Wykazali jednak, że badane hospitalizowane z powodu wysokiego ryzyka ciąży odczuwają silniejszy lęk sytuacyjny, co mogą wzmacniać warunki czasowej izolacji od rodziny i życia codziennego wynikające z pobytu w szpitalu – potwierdzają to np. badania Zdziennickiego (1994). Heaman i in. (1992) oraz Kraczkowski, Smoleń, Szymona i Robak (2003) również stwierdzili wyższe poczucie lęku u kobiet, których ciąży były zagrożone. Należy tutaj zaznaczyć, że wysokie natężenie lęku-cechy może powodować nasilenie lęku-stanu, co z kolei determinuje postrzeganie konkretnej sytuacji i ocenę doświadczanych uciążliwości czy bólu. Te przeżycia mają bezpośredni wpływ na podejmowanie roli rodzicielskiej (Podolska, Majewska, 2007). Lęk może też pośredniczyć w relacji między postrzeganiem ryzyka a więzią matki z płodem (Lee, Ayers, Holden, 2012; White i in., 2008).

Negatywne stany emocjonalne kobiet w ciążach zagrożonych nie wynikają tylko z obawy o zdrowie dziecka i dolegliwości somatyczne. Przyczyną trosk oczekujących matek jest także niepokój o konsekwencje finansowe, społeczne, rodzinne i zawodowe oraz zmiany w życiu, jakie wiążą się z potencjalnym urodzeniem niezdrowego dziecka (Dulude, Wright, Belanger, 2000; Hatmaker, Kemp, 1998; Maloni, Kutil, 2000). Obserwacje zespołu Dunkel-Schetter (2000), Sęk (2001) i Swanson (2000) pokazują, że nawet powstrzymanie negatywnych objawów, powodzenie prenatalnych działań medycznych i utrzymanie ciąży nie skutkują powstrzymaniem obaw matki. Zagrożenie ciąży, życia i zdrowia dziecka może być odbierane przez ciężarną jak doświadczenie traumatyczne, co generuje negatywne emocje nawet po jego zażegnaniu. Emocje te mogą wtórnie zagrażać ciąży.

To, jakich uczuć doświadcza kobieta w czasie ciąży, nie jest bez znaczenia dla jej stanu zdrowia oraz kondycji dziecka. Badania FitzGerald (1984) i Motyki (1982) wskazują, że przeżywanie smutku i lęku przez kobiety w ciąży wiąże się z dużo częstszymi i silniejszymi wymiotami oraz nudnościami. Andersson, Sundström-Poromaa, Wulff, Åström i Bixo (2004) stwierdzili związek między lękiem i stanami depresyjnymi przyszłych matek a nasileniem objawów ciążowych, dłuższą nieobecnością w pracy powodowaną chorobą, częstszymi wizytami u ginekologa, wynikającymi z obawy przed porodem. Badacze zwracają także uwagę, że u kobiet doświadczających negatywnych uczuć częściej obserwowano niepowodzenia położnicze, powikłania ciąży i wady rozwojowe u ich dzieci. Heron i in. (2004) również wykazali, że przeżywanie stresu i niepokoju przez przyszłe

matki ma związek z nieprawidłowościami ruchów płodu oraz niską wagą urodzeniową dziecka. Wzrost świadomości tych wpływów ma odbicie w zmianach w formie usług położniczych świadczonych ciężarnym. Jednak nawet zaawansowane techniki diagnostyczne, poprawa komunikacji i przepływu informacji na temat ciąży, polepszenie warunków hospitalizacji oraz ułatwienie kontaktu z bliskimi podczas pobytu w szpitalu czy porodu nie są w stanie zredukować lęku i niepokoju odczuwanego podczas wyjątkowego czasu, jakim jest ciąża.

Przedstawione w tym rozdziale psychologiczne aspekty funkcjonowania kobiet ciężarnych wyraźnie wskazują na konieczność podnoszenia świadomości w zakresie doświadczanych przez nie stanów emocjonalnych i stresu wśród ich najbliższego otoczenia oraz grupy specjalistów opiekujących się ciążą. Wydaje się to konieczne z uwagi na fakt, że rodzaj przeżywanych emocji może wpływać na przebieg ciąży i porodu, budowanie relacji z nienarodzonym dzieckiem, akceptację roli rodzicielskiej i gotowość do jej podjęcia. Ponadto ewentualne trudności, związane z realizowaniem wymagań stawianych przez otoczenie i przeżywanymi przez kobietę emocjami, mogą przez negatywny odbiór społeczny, wynikający z braku zrozumienia, prowadzić do jej izolacji i stygmatyzacji. Wczesne ich zidentyfikowanie umożliwia szybsze uruchomienie zasobów w postaci wsparcia społecznego ze strony partnera, rodziny, przyjaciół czy instytucji pomocowych oraz rozwinięcie umiejętności adekwatnego korzystania z niego.

1.4. Metody diagnostyki prenatalnej

Diagnostyka prenatalna obejmuje powszechnie stosowane metody pozwalające na kontrolę przebiegu ciąży. Daje możliwość wykrywania wad budowy płodu na tyle wcześnie, aby można było podjąć odpowiednie interwencje medyczne, istotne dla zdrowia matki i dziecka. Wcześniejsze procedury diagnostyczne miały na celu wykrycie zaburzenia jak najwcześniej, by móc szybko zakończyć ciążę i objąć noworodka intensywną interwencją medyczną (Szaflik, Borowski, 2006). Obecnie, poza przypadkami, które stanowią wskazanie do terminacji ciąży, wczesna diagnoza prenatalna daje możliwość rozpoczęcia terapii jeszcze w okresie prenatalnym lub przygotowania się na skuteczne leczenie tuż po porodzie (Miller, Hanretty, 2000). Ponadto jest pozytywna w skutkach dla rodziców, ponieważ, nawet jeśli początkowo wywołuje szok i silne emocje, to daje im czas na stopniową akceptację faktów (Martinius, 1986; Ledwoń, 2004).

W celu oceny stanu rozwoju zarodka i płodu stosuje się techniki diagnostyczne, które można podzielić na dwie grupy: metody nieinwazyjne i inwazyjne. Do nieinwazyjnej diagnostyki prenatalnej zalicza się badania biochemiczne markerów produkowanych przez jednostkę płodowo-łożyskową w surowicy matki, analizę komórek płodowych krążących w krwiobiegu matki oraz najbardziej rozpowszechnioną technikę, czyli ultrasonografię (Perenc, 2002). Ćwiek i in. (2012) wykazali, że aż 83% ankietowanych kobiet w ciąży uważa, że badanie USG jest potrzebne i powinna je przejść każda ciężarna. Jest to sposób obrazowania płodu, który nie zagraża matce

ani dziecku. USG to jedyna metoda umożliwiająca potwierdzenie czynności serca zarodka oraz rozpoznania ciąży mnogiej w jej wczesnym etapie (Miller, Hanretty, 2000). Jest zalecana we wczesnej ciąży, gdy pojawiają się krwawienia lub bóle podbrzusza, z uwagi na ryzyko poronienia. Jeśli stosuje się ją między 5. a 10. tygodniem ciąży, to głównie w celu zlokalizowania jaja płodowego, ustalenia wieku ciąży, obserwacji czynności serca płodu, oceny liczby zarodków, kosmówki i owodni oraz stanu rozwoju ciąży (Brazert, Szaflik, Pietryga, Borowski, 2007).

Za pomocą techniki ultrasonograficznej można zdiagnozować ponad 280 różnych wad wrodzonych. Część z nich jest wykrywana już w 10.–12. tygodniu ciąży, jednak większość jest widoczna w badaniu USG dopiero ok. 16.–18. tygodnia życia płodowego. Rutynowe badanie ultrasonograficzne powinno być wykonane przed 22. tygodniem ciąży, aby można było rozważyć jej zakończenie w przypadku wykrycia nieodwracalnych nieprawidłowości płodu (Brazert i in., 2007). Aby obserwować jego rozwój, stosuje się seryjne obrazowania w określonych odstępach czasu. Nowsze i bardziej zaawansowane techniki pozwalają na oglądanie dziecka w trójwymiarowej przestrzeni (3D) oraz z różnych stron w ruchu w czasie rzeczywistym (4D). Dają ogromne możliwości obserwacji ruchów płodu, jego budowy, struktury szkieletowej i powłok ciała, a tym samym dokładniejszej oceny kondycji dziecka (Connor, Ferguson-Smith, 2013). Trójwymiarowy obraz znacząco ułatwia diagnozowanie zewnętrznych deformacji kończyn i tułowia płodu oraz różnych wad twarzoczaszki (Brazert i in., 2007).

Kompleksową diagnostykę prenatalną, poszerzającą badanie ultrasonograficzne, stosuje się w sytuacji podwyższonego ryzyka pojawienia się wad genetycznych. Do grupy kobiet w ciążach zagrożonych zalicza się te, które ukończyły 35. rok życia, urodziły już dzieci z genetycznymi lub innymi wadami wrodzonymi oraz jeżeli pomiar przezierności fałdu karkowego wykazał odstępstwa od normy. W celu określenia ryzyka nieprawidłowości genetycznych u rozwijającego się dziecka stosuje się nieinwazyjne testy, które jednak nie dają jednoznacznej odpowiedzi, czy u płodu występują określone zaburzenia, np. takie jak zespół Downa, zespół Edwardsa czy zespół Patau, a jedynie oceniają prawdopodobieństwo ich wystąpienia. Wady genetyczne są rozpoznawane na podstawie badań kariotypu płodu, które wymagają zastosowania metod inwazyjnych (Brazert i in., 2007).

Techniki inwazyjne ingerują we wnętrze jednostki płodowo-łożyskowej i mogą stanowić ryzyko śmierci wewnątrzmacicznej dziecka. Ze względu na obarczenie dużym ryzykiem powikłań wskazania do badań inwazyjnych mają wyłącznie medyczny charakter. Należy podkreślić, że nie dają one gwarancji całkowitego zdrowia płodu, ponieważ dotyczą tylko jego badanych aspektów i dają odpowiedzi tylko na konkretnie zadane pytania (Stembalska, Nomejko, Pesz, 2012).

Bardzo popularną metodą inwazyjną jest amniopunkcja, zwana także amniocentezą. Wczesna amniopunkcja wykonywana jest między 11. a 14. tygodniem ciąży, a klasyczna zazwyczaj między 15. a 18. tygodniem życia płodowego i polega na pobraniu płynu owodniowego za pomocą igły wprowadzonej przez powłoki brzuszne pod stałą kontrolą USG (Perenc, 2002). Badanie płynu owodniowego daje możliwość potwierdzenia lub wykluczenia wady ośrodkowego

układu nerwowego lub zaburzeń chromosomowych u płodu. Amniocenteza może prowadzić do poronienia, a ryzyko utraty ciąży w przypadku jej wykonania wynosi od 0,5 do 1% (Brazert i in., 2007).

Najwcześniej stosowaną metodą inwazyjną jest przeprowadzana między 9. a 12. tygodniem biopsja trofoblastu (CVS – chorionic villus sampling). Wykonuje się ją przez pobranie kosmków bardzo aktywnej mitotycznie kosmówki kosmatej drogą przezpłótkową lub przezszyjkową. Pobrany materiał pozwala np. określić karyotyp płodu, więc metoda ta jest wybierana, gdy konieczna jest analiza DNA dziecka (Perenc, 2002). Biopsja kosmówki daje możliwość szybszego wyhodowania kultury tkankowej niż w przypadku amniopunkcji, ponieważ komórki kosmków rosną znacznie szybciej niż komórki płynu owodniowego. Jednak ryzyko powikłań również jest tutaj większe i wynosi 1–2% (Brazert i in., 2007).

W sytuacji gdy badanie USG wskazuje na wady rozwojowe związane z małowodzem lub bezwodziem, stosuje się kordocentezę. Pobierana jest krew pępowinowa przez skórne nakłucie sznura pępowinowego w okolicach jego przyczepu do łożyska. Zabieg jest ryzykowny i wykonuje się go od 20. tygodnia życia płodowego aż do porodu. Ryzyko śmierci płodu w wyniku tego badania wynosi 2% (Connor, Ferguson-Smith, 2013; Perenc, 2002).

Perenc (2002) oraz Connor i Ferguson-Smith (2013) określają, że wskazaniami do przeprowadzenia badań inwazyjnych są strukturalne aberracje chromosomowe występujące u jednego z rodziców lub urodzenie w przeszłości dziecka z aberracją chromosomową, wadą ośrodkowego układu nerwowego, ponadto występowanie w rodzinie chorób determinowanych dziedziczeniem jednogennym lub sprzężonych z płcią. Zaleca się je kobietom, które w momencie porodu będą miały 35 i więcej lat oraz w przypadku wykrycia nieprawidłowości w teście potrójnym lub badaniu ultrasonograficznym.

Rozwój medycyny i diagnostyki prenatalnej niewątpliwie przyczynił się do zwiększenia wykrywalności wad i nieprawidłowości w rozwoju płodu, poprawiając tym samym efekty leczenia dzieci i zmniejszając niepowodzenia prokreacyjne. Dzięki temu pojawiła się też szansa na terapię już w okresie wewnątrzmacicznym, staranne zaplanowanie czasu i miejsca porodu oraz dalszych działań medycznych zwiększających szansę przeżycia dziecka. Jednak w kontekście psychologicznym nieocenioną korzyścią płynącą z wczesnej diagnozy prenatalnej jest możliwość przygotowania rodziców na pojawienie się chorego dziecka, wydłużenie czasu na zaakceptowanie go i zaadaptowanie się do tej wyjątkowej sytuacji oraz zapewnienie im wsparcia przed porodem i po nim.

Rozdział 2. Teoria przywiązania

Bliskie więzi ze znaczącymi osobami odgrywają kluczową rolę w funkcjonowaniu systemów rodzinnych (Rostowska, 2006). Z uwagi na to, że oddziałują na człowieka przez całe jego życie, wpływając na nabywane przez niego kompetencje społeczne (Kaźmierczak, Plopa, Błażek, 2009), od wielu lat są w obszarze zainteresowań badaczy. W niniejszym rozdziale przedstawię teorie więzi i wywodzące się z nich style przywiązania oraz ich znaczenie w relacjach wczesnodziecięcych między niemowlęciem i opiekunem oraz w związkach interpersonalnych osób dorosłych.

2.1. Przywiązanie w okresie wczesnodziecięcym

Jakość interakcji międzyludzkich jest wypadkową kompetencji społecznych obu stron relacji oraz sytuacji życiowych, w jakich się znajdują (Argyle, 2002; Mandal, Zalewska, 2012). Argyle (2002) podkreśla, że umiejętności społeczne są nabywane i rozwijane w procesie socjalizacji przez przyswajanie norm społecznych i zbieranie nowych doświadczeń. To właśnie stopień socjalizacji jest jednym z elementów kształtujących chęć i umiejętność zawierania i utrzymywania emocjonalnych więzi społecznych. Prezentowany wzór przywiązania, formowany we wczesnym dzieciństwie, decyduje o stopniu bliskości, do jakiego człowiek dąży w relacjach z podmiotami znaczącymi, by zaspokoić potrzeby bezpieczeństwa, miłości i przetrwania (Bowlby, 1973; Mandal, Zalewska, 2010).

Jedną z najpopularniejszych i najbardziej interesujących koncepcji przywiązania jest teoria Bowlby'ego (2007), która zakłada, że jednym z podstawowych elementów natury ludzkiej jest zdolność do tworzenia bliskich więzi emocjonalnych z wybranymi przez nas osobami. Koncepcja Bowlby'ego czerpie swoje inspiracje w psychoanalitycznej teorii relacji z obiektem, teorii ewolucji, neuronauki oraz psychiatrii i ma charakter etologiczny. Według jej twórcy wrodzone tendencje instynktowne, obecne zarówno u dzieci, jak i zwierząt, mają prowadzić do wykształcenia form behawioralnych służących przetrwaniu młodego osobnika (Carver, Sheier, 2000).

Zarówno Bowlby (1973), jak i inni badacze założyli, że utrzymywanie bliskiej relacji z opiekunem jest tendencją wrodzoną (Reiser-Danner, 1996). Niemowlę ma w swoim repertuarze między innymi takie zachowania jak płacz, śmiech,

gaworzenie, patrzenie w oczy, ssanie, tulenie, podążanie za obiektem znaczącym, które są działaniami celowymi i mają zachęcić opiekuna do interakcji (Hofer, 1995; Malekpour, 2007). Głównym celem tych zachowań jest podtrzymanie bliskości z opiekunem. Dają one dziecku możliwość utrzymania się przy życiu, ponieważ podmiot, od którego są zależne w pierwszych latach życia, zapewnia im pożywienie, schronienie i bezpieczeństwo. Zatem stanowią zapewnienie asekuracji w obliczu niebezpieczeństw oraz pomagają w adaptacji do środowiska. Reiser-Danner (1996) czy Feeney, Noller i Roberts (2000) podkreślają, że celowość i organizację tych przejawów behawioralnych należy rozpatrywać jako biologiczną predyspozycję dziecka. Wobec tego skłonność niemowlęcia do utrzymywania bliskości z rodzicem jest wrodzona. Reakcje opiekunów na afektywne sygnały dziecka prowadzą do wewnętrznej organizacji emocjonalnego doświadczenia (Goldberg, 2000; Plopa, 2011).

Badacze na przestrzeni lat rozszerzyli jednak biologiczne ujęcie koncepcji przywiązania o kolejny cel, jakim jest eksploracja otoczenia (Schaffer, 1994). Zgodzili się, że opiekun ma za zadanie zadbać o przetrwanie potomstwa przez zapewnienie mu schronienia. Jednak w sytuacji braku zagrożenia rola opiekuna polega także na stworzeniu fundamentu do spokojnej eksploracji środowiska. Zatem, jeśli zachowania dziecka wywołują komplementarne, pełne wrażliwości i opiekuńczości reakcje rodzica, wówczas czuje się ono bezpiecznie i ma stworzone odpowiednie warunki do swobodnego poznawania świata i bliskiego otoczenia, a stopniowo coraz dalszego (Brandon, Pitts, Denton, Stringer, Evans, 2009; Feeney i in., 2000; Rostowski, 2003).

Według Birch (2007) człowiek w najwcześniejszej fazie swojego rozwoju kształtuje więź przywiazaniową z podmiotem, z którym wchodzi we względnie częste interakcje i który stanowi dla niego źródło bodźców zmysłowych. Feeney i in. (2000) oraz Rostowski (2003) zwracają uwagę, że dziecko przywazuje się zazwyczaj do więcej niż jednej osoby, jednak tworzy hierarchię osób znaczących. Najczęściej osobą preferowaną jest matka. Inne osoby z otoczenia jak ojciec czy rodzeństwo są traktowane jako drugoplanowe w aspekcie przywiązania. Należy tutaj zaznaczyć, że pielęgnowanie, okazywanie uczuć oraz zapewnienie odpowiedniej stymulacji noworodkowi przyczynia się do budowania relacji matka – dziecko, która jest niezbędna dla jego właściwego rozwoju (Houghughi, 2004; Brandon i in., 2009).

Bowlby (1973, 2007) opisał cztery fazy progresu przywiązania, które są uniwersalne kulturowo. Oznacza to, że rozwój więzi niemowlęcia z opiekunem zachodzi tak samo u wszystkich ludzi. Początkowo dziecko, którego zmysły są nastawione na odbiór bodźców i które potrafi wysyłać już sygnały do otoczenia, nie wykazuje zróżnicowania zachowań wobec różnych osób i jest przyjazne nawet względem obcych. Ten okres trwa do około 8. tygodnia życia i jest nazywany wstępną fazą przed wykształceniem przywiązania (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978). Drugi etap trwa do 6–8 miesiąca i jest to czas wstępnego przywiązania. Dziecko zaczyna odczuwać lęk przed obcymi i odróżniać opiekuna, na którego obecność reaguje bardziej emocjonalnie. Niemowlę zaczyna też inicjować kontakty ze znaczącą osobą i jest bardziej aktywne w interakcjach (Senator,

2012). W fazie trzeciej, trwającej do ok. 3. roku życia następuje tzw. prawdziwe przywiązanie (Ainsworth i in., 1978). Dziecko reprezentuje zróżnicowany zestaw zachowań wobec osób bliskich, znanych czy obcych. Zmniejsza się jego lęk przed nieznanymi, ale równocześnie pojawia się większa ekspresja w wyrażaniu aprobaty wobec pierwszorzędного opiekuna: nawoływanie, radość na jego widok, smutek, gdy znika, wyciąganie rąk, mimika i gesty zwracające uwagę (Senator, 2012). Wraz z trzecim rokiem życia rozpoczyna się ostatnia faza rozwoju przywiązania, w której dziecko tworzy partnerską relację ze znaczącym opiekunem, którym jest zazwyczaj matka. Dziecko przejawia bardziej złożone i elastyczne zachowania wobec opiekuna, zaczyna dostrzegać jego odrębną perspektywę, uwzględniać jego uczucia i plany. Jego reakcje przywiązaniowe są rzadsze i mniej intensywne, a relacja uwzględnia obopólne ustępstwa, by osiągnąć wspólny cel (Bowlby, 1973, 2007; Senator, 2012). Zależnie od częstości i charakteru kontaktów z czasem podobne zachowania dziecko zaczyna przejawiać wobec drugorzędnych osób, czyli ojca, rodzeństwa, innych członków rodziny. Wobec obcych zachowuje czujność, choć nie reaguje już na nich lękiem (Feeney i in., 2000; Rostowski, 2003).

Bowlby (2007) postulował także, że dziecko już od pierwszych miesięcy życia tworzy wewnętrzne modele operacyjne w oparciu o doświadczenia z innymi obiektami. Są to reprezentacje poznawcze obejmujące model obiektu, do którego jednostka jest przywiązana, czyli przekonania o nim, jego dostępności i reakcji na zgłaszaną potrzebę wsparcia oraz model samego siebie, czyli przekonanie o tym, na ile jesteśmy warci akceptacji dla obiektu przywiązania. Owa struktura mentalna dziecka ma znaczący wpływ na jego zachowania, ponieważ przez nią spostrzega i interpretuje otaczającą je rzeczywistość oraz antycypuje zachowania innych. Według Bowlby'ego wewnętrzne modele operacyjne mają tendencję do pewnej stabilności, chociaż mogą ulegać zmianom w odpowiedzi na kolejne doświadczenia w relacjach z innymi ludźmi.

Nie ulega więc wątpliwości, że przywiązanie jest więzią uczuciową, która konsoliduje się we wczesnym dzieciństwie, przekłada na rozwój w późniejszych etapach życia (Józefik, Iniewicz, 2008) i raz ustalona ma tendencję do utrwalania się (Liberska, Suwalska, 2011). Bowlby (1973, 2007) zwraca uwagę na fakt, że reakcje opiekuna, jego postawy i działania wobec dziecka dają mu sygnał, czy jest postrzegane jako ważna i kochana, czy też niedoceniana i bezwartościowa osoba. Na podstawie tych informacji młody człowiek buduje swoją samoocenę i obraz siebie. Ponadto doświadczenia wyniesione z relacji z innymi ludźmi w okresie wczesnego dzieciństwa mają znaczący wpływ na przyszłe funkcjonowanie człowieka, a tym samym na sposób i charakter wchodzenia w interakcje z innymi ludźmi. Sposób odbioru opiekuna jako bezpiecznego lub niegodnego zaufania kształtuje przekonania i oczekiwania jednostki wobec innych.

Ainsworth (1989), opierając się na założeniu, że zachowania przywiązaniowe są wrodzone, zauważyła, że jednak istnieją różnice indywidualne w ich przejawianiu i wyodrębniła trzy wzorce przywiązania. Po wieloletnich badaniach relacji matek i niemowląt posłużyła się kryterium jakości relacji, wrażliwości i dostępności matki, gdy dziecko przejawia taką potrzebę. Efektem jej obserwacji było

wyodrębnienie trzech wzorców przywiązania. Wzorzec bezpieczny wyrażający się pewnością dziecka co do wrażliwości opiekuna, poczuciem zaufania do niego oraz przekonaniem o jego dostępności fizycznej i emocjonalnej w zagrażającej sytuacji. Osoby przejawiające ufnie przywiązanie postrzegają siebie jako zasługujące na miłość, wartościowe, skuteczne w działaniu i relacjach z innymi ludźmi, zdolne do zaspokajania własnych potrzeb (Senator, 2012). Wzorzec unikający, przejawiający się stroniem od kontaktu z bliską osobą w obawie przed zranieniem, przed mniej pewną odpowiedzią na sygnały wysyłane przez dziecko, brakiem zabiegania o względy, by uchronić się przed ewentualnym odrzuceniem. Taki wzorzec przywiązania skutkuje niską samooceną, poczuciem braku skuteczności, frustracją w kontaktach z innymi ludźmi i poczuciem skazania na porażkę. Wzorzec lękowo-ambiwalentny obejmuje zachwianie poczucia bezpieczeństwa, lęk przed rozstaniem i brak pewności dostępności opiekuna, a także dużą czujność i poczucie obawy, ponieważ opiekun jest odbierany jako nieprzewidywalny. Dzieci przejawiające ten wzorzec są bardziej wycofane w poznawaniu otoczenia, często rozdrażnione i pasywne. Postrzegają ważną osobę jako niedostępną emocjonalnie i nieodpowiadającą na ich sygnały. Często towarzyszy im poczucie niskiej skuteczności i niemożności zaspokojenia odczuwanych potrzeb (Ainsworth i in., 1978; Plopa, 2008a, 2008b).

Ze względu na fakt, że duża część zachowań dzieci nie dała się zaklasyfikować do żadnego z wzorców wyłonionych przez Ainsworth, na podstawie dalszych badań i obserwacji zaproponowano jeszcze jeden styl przywiązania, który nazwano stylem zdezorientowanym (Main, Cassidy, 1988; Senator, 2012). Dzieci reprezentujące zdeorganizowany rodzaj więzi nie stosują jednolitej strategii radzenia sobie z izolacją od opiekuna, ich zachowania są sprzeczne, świadczą o obawach, często są przerywane i niekompletne. Ten rodzaj więzi jest uważany za znaczący czynnik ryzyka wystąpienia patologii w dalszych okresach rozwojowych (Senator, 2012). Carver i Scheier (2000) twierdzą, że dzieci zdezorientowane mogą doświadczać silnego poczucia bezpieczeństwa, ale tylko z jednym rodzicem, którym zazwyczaj jest matka.

2.2. Style przywiązania w okresie dorosłości

Wzorzec przywiązania utworzony z wczesnodziecięcych doświadczeń jest podstawą budowania kolejnych relacji w życiu dorosłym. Bowlby (2007) uważa, że powielamy schemat przywiązania, jaki miał miejsce między dzieckiem a jego opiekunami, w związkach z partnerami w życiu dorosłym. To założenie pozwala definiować styl przywiązania jako kształtujący się w okresie niemowlęstwa poziom poczucia zaufania i bezpieczeństwa w relacjach interpersonalnych. Ma on decydujący wpływ na wybór partnerów, stopień zaangażowania w związek i jego charakter przez całe życie (Liberska, Suwalska, 2011; Rostowski, 2003).

Bowlby (1980, za: Plopa, 2011) zaznaczał, że przywiązanie jest potrzebą więzi z osobnikiem tego samego gatunku i opiera się na tych samych podstawach

biologicznych, niezależnie od tego, czy mamy do czynienia z relacją niemowlę – opiekun, czy romantyczną relacją dwojga dorosłych. Zachowania przywiązujące dziecko, wyrażające się w sygnalizowaniu potrzeb i zwracaniu na nie uwagi opiekuna, pełnią funkcję chroniącą przed niebezpieczeństwami. Hazan i Shaver (1994) – twórcy koncepcji miłości romantycznej, zauważają, że podobny wzorzec behawioralny przejawiają dorośli, którzy oczekują troski i ochrony ze strony swoich partnerów romantycznych w sytuacjach zagrożenia.

O ile relacje wczesnodziecięce mają charakter asymetryczny, ponieważ opierają się na silnej zależności niemowlęcia od opiekuna, to związki miłosne dorosłych osób zakładają wzajemność i wymianę w zakresie okazywania sobie troski i opieki (Rostowski, 2003) oraz wypełniania ról rodzicielskich i związanych z seksualnością (Feeney i in., 2000). Literatura wskazuje na różne style zachowań partnerów w związkach dorosłych. Badacze zaobserwowali, że style miłości romantycznej przypominają style przywiązania opisane przez Ainsworth (Fraley, Shaver, 2000; Liberska, Suwalska, 2011; Rostowski, 2003).

Styl bezpieczny jest charakterystyczny dla osób, które odczuwają głęboką satysfakcję z bliskości z partnerem. Akceptują one jego działania prowadzące do tej bliskości i są zadowolone z pozostawania w intymnej relacji z nim. Uważają swój związek za trwały, szczęśliwy, czerpią przyjemność z obecności partnera i wchodzenia z nim w interakcje o charakterze psychicznym i fizycznym. Ponadto żywią przekonanie, że druga strona relacji jest godna zaufania, że otrzymają od niej pomoc w trudnych sytuacjach, są wobec niej wyrozumiale i również gotowe do udzielenia jej wsparcia (Liberska, Suwalska, 2011; Płopa, 2008b; Rostowski, 2003). Kobiety, przejawiające styl bezpieczny, w trudnych sytuacjach oczekują wsparcia od partnera, szukają pocieszenia, wysłuchania i wyciszenia. Z kolei mężczyźni przywiązani bezpiecznie próbują odpowiadać na te potrzeby i sprostać ich zaspokojeniu. Charakterystyczna i nietypowa, dla tego stylu przywiązania, jest tendencja do bycia podporą dla partnera i dawania mu ukojenia w trudnych chwilach. Ze względu na to, że daje on największe szanse na stworzenie bliskiej, mocnej i stabilnej relacji w diadzie, osoby przejawiające styl bezpieczny są najbardziej atrakcyjne i poszukiwane do łączenia się w pary (Carver, Scheier, 2000; Rostowski, 2003).

Osoby przywiązane unikowo nie traktują relacji partnerskiej jako trwałej i stabilnej. Nie darzą partnera pełnym zaufaniem, dlatego pragnienie intymności i bliskich kontaktów budzi w nich obawy. W związku z tym nie odczuwają zadowolenia z relacji z partnerem i wykazują się niskim zaangażowaniem w związek intymny z nim. Charakteryzuje je brak akceptacji dla niedoskonałości drugiej osoby z diady, zachowują wobec niej dystans, często są wobec niej cyniczne i wyniosłe. Kontakt fizyczny z partnerem pozbawiony jest zaangażowania emocjonalnego, a jednym ze sposobów ucieczki od bliskości jest zajęcie się pracą. Osoby o stylu unikowym w trudnych momentach nie zwracają się o pomoc i wsparcie do partnera. Same nie są też skłonne do ich udzielania innym, co rozluźnia relację w diadzie. Kobiety przywiązane unikowo w sytuacjach narastającego stresu i niepokoju paradoksalnie raczej nie poszukują wsparcia i podpory u swoich partnerów. Natomiast im bardziej mężczyźni zauważają taką potrzebę u swoich partnerek

i dostrzegają ich niepokój, tym zapewniają im mniej poparcia, ukojenia i pomocy (Carver, Sheier, 2000; Płopa, 2003; Rostowski, 2003).

U osób przejawiających styl przywiązania lękowo-ambiwalentny dominuje przekonanie, że to partner nie jest gotowy na zaangażowanie w bliski i intymny związek, co jest przyczyną ich niezadowolenia i dyskomfortu. Obawiają się, że stracą bliską osobę, że relacja z nią nie jest wystarczająco mocna i trwała. Charakterystyczna jest dla nich miłość obsesyjna, wyrażająca się nieadekwatną troską, zmierzającą do silnej zależności od partnera. Towarzyszy im niepokój o to, że partner nie jest zadowolony ze związku, więc będzie szukać innych satysfakcjonujących form poza nim. Ten dysonans między silnym pragnieniem miłości a narastającym niepokojem skutkuje labilnością emocjonalną, odczuwaniem gniewu i strachu. Osoby o tym stylu przywiązania mają tendencję do wchodzenia w przygodne związki seksualne. Aktywność seksualna jest dla nich sposobem na zaspokojenie potrzeb intymnych i fizjologicznych. W kształtowaniu stylu ambiwalentnego duże znaczenie ma postawa ojca w kontaktach wczesnodziecięcych. Dla osób przywiązanych lękowo charakterystyczne są strategie skoncentrowane na emocjach w radzeniu sobie w sytuacjach stresowych (Carver, Sheier, 2000; Feeney i in., 2000; Płopa, 2003; Rostowski, 2003).

Modele przywiązania są aktywnymi wzorcami, które kreują wczesne doświadczenia. Chociaż ukształtowane w dzieciństwie, są relatywnie stabilne w ciągu całego życia człowieka i determinują jego osobowość oraz zachowania. Nabyte schematy zachowań interakcyjnych są silnie utrwalone, przez co odporne na zmiany i oddziałują na sposób interpretacji zachowań i zamierzeń partnera. Co za tym idzie, często zniekształcają informacje i fakty dotyczące związku (Płopa, 2011).

Jak już wspomniałam, Hazan i Shaver (1994) zauważyli, że przejawy behawioralne przywiązania dorosłych osób wchodzących w interakcje są spójne z tymi reprezentowanymi w relacji niemowlęcia z opiekunem. Odpowiedzialne są za to mechanizmy, takie jak: wrażliwość i gotowość odpowiadania na sygnały przekazywane przez partnera, poczucie bezpieczeństwa, pewność siebie, zachowanie kreatywne eksponowane w obecności partnera (Płopa, 2008). Za istotny należy przyjąć fakt, że miłość między dorosłymi osobami, oprócz przywiązania, jest determinowana także przez czynniki związane z płciowością oraz przejawy wzajemnej troski. Podczas gdy w tworzeniu relacji przywiązaniowych we wczesnym dzieciństwie płeć i obopólna opiekuńczość nie są tak istotne, to w związkach miłosnych oba te elementy są kluczowe w kształtowaniu więzi. Dlatego Płopa (2008) podkreśla, że romantyczne związki miłosne należy rozpatrywać w ujęciu interakcyjnym trzech systemów: przywiązania, troskliwości i płci.

Nie ulega zatem wątpliwości, że wzorce przywiązania ukształtowane w dzieciństwie mają silny związek z intymnymi relacjami, które ustanawiane są w dorosłości. Przełożenie to uwydatnia się w stylach miłości, zachowaniach seksualnych, czerpaniu satysfakcji z bliskich relacji intymnych, poszukiwaniu i odbieraniu wsparcia społecznego, troskliwości i opiekuńczości, sposobach radzenia sobie z konfliktami oraz przemocy interpersonalnej (Bookwala, 2003; Collins, Cooper, Albino, Allard, 2002). Reprezentowany styl przywiązania wpływa na sposób postrzegania miłości romantycznej, dostępności partnera i poziomu zaufania, jakim

się go obdarza. Ponadto kształtuje przekonania dotyczące poczucia własnej wartości i potrzeby wzmacniania go przez relację z drugą osobą i potrzebę bycia akceptowanym, ważnym i kochanym. Obserwacje jasno wskazują, że osoby charakteryzujące się ufnym i bezpiecznym stylem przywiązania są znacznie bardziej usatysfakcjonowane swoimi związkami niż te reprezentujące pozabezpieczne style przywiązania (Shaver, Clark, 1994). Plopa (2008b) zaznacza, że satysfakcja z jakości związku jest szczególnie determinowana przez styl lękowo-ambiwalentny, co może przejawiać się w trudnościach w budowaniu bliskiego związku opartego na podobieństwie celów, dążeń, poczuciu samorealizacji oraz odczuwaniu braku satysfakcji z ról pełnionych w systemie małżeńskim i rodzinnym.

Człowiek może przejawiać inne rodzaje przywiązania względem różnych osób. Niewątpliwie obok relacji z partnerem, jedną z najważniejszych, jaką nawiązuje dorosły, jest relacja z własnym dzieckiem. Zachowania charakterystyczne dla danego stylu przywiązania mogą wpływać na charakter więzi, jaką tworzy matka z dzieckiem, oraz na to, jaki styl wychowawczy przyjmie jako rodzic (Doinita, Maria, 2015). Wydaje się, że wiedza na temat dominującego stylu przywiązania, szczególnie pozabezpiecznego, może być pomocna w poprawie jakości relacji rodzica z dzieckiem, ponieważ stwarza szansę zastosowania działań podnoszących u niego świadomość znaczenia tej relacji dla funkcjonowania dziecka, modyfikujących jego postawę wobec rodzicielstwa oraz rozwijających kompetencje rodzicielskie. Szczegółowo zagadnienia związane z tworzeniem relacji między matką a dzieckiem już w okresie prenatalnym zostaną przedstawione w rozdziale 3.

Należy jednak podkreślić, że nie traktuje się stylów przywiązania reprezentowanych przez dorosłych jako tożsamyh z wzorcami ukształtowanymi podczas wczesnodziecięcych relacji niemowlęcia ze znaczącym opiekunem. Człowiek ciągle zdobywa nowe doświadczenia życiowe, wchodzi w nowe interakcje z innymi osobami. Te wydarzenia oddziałują na siebie wzajemnie i mogą w istotny sposób modyfikować style przywiązania oraz prowadzić do ich całkowitej zmiany (Rostowski, 2003).

Rozdział 3. Więź emocjonalna z dzieckiem w okresie ciąży

Znaczenie relacji między matką a dzieckiem w ujęciu teorii przywiązania Bowlby'ego zostało szeroko opisane w literaturze. Dalsze badania pozwoliły rozszerzyć tę koncepcję o stwierdzenie, że ta szczególna więź zaczyna rozwijać się jeszcze przed urodzeniem, gdy dziecko jest w łonie matki (Kennell, Slyter, Klaus, 1970; Bielawska-Batorowicz, 2006; Alhusen, 2008; Bieleninik, Preis, Bidzan, 2010). Ciąża to dla kobiety okres zmian w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. To czas, w którym zachodzi rozwój biologiczny płodu, a równocześnie proces przeobrażania się kobiety w matkę. Jednak według Rubin (Bielawska-Batorowicz, 2006; Brandon i in., 2009) jednym z najważniejszych zadań okresu ciąży, obok zapewnienia sobie i dziecku bezpieczeństwa w jej trakcie oraz podczas porodu, zadbania o jego akceptację w rodzinie i przystosowaniu się do roli rodzicielskiej, jest stworzenie więzi emocjonalnej z nienarodzonym dzieckiem.

Kornas-Biela (2002) zwraca uwagę, że kobieta w ciąży tworzy relację z dzieckiem i kształtuje postawę wobec niego poprzez doznania fizyczne (dolegliwości związane z ciążą, ruchy płodu) oraz doświadczenia psychiczne, czyli myśli, fantazje na jego temat, uczucia. Kobiety, które nawiązują kontakt z nienarodzonym potomkiem przez stymulację prenatalną, są bardziej usatysfakcjonowane porodem niż te, które nie nawiązywały kontaktu z dzieckiem w okresie prenatalnym (Kornas-Biela, 2002).

Proces budowy relacji wymaga czasu i według Robinson i in. (1999) sprzyja temu samo planowanie ciąży, potwierdzenie i zaakceptowanie faktu zajścia w nią, zarówno przez kobietę, jak i jej najbliższe otoczenie, odczuwanie ruchów płodu oraz uświadomienie i zaakceptowanie odrębności nienarodzonego człowieka. Kolejnym niewralgicznym punktem jest poród oraz równie silnie oddziałujące na więź pierwsze kontakty wzrokowe i dotykowe z noworodkiem oraz sama opieka nad nim (Bielawska-Batorowicz, 2012).

Muller (1993) uznaje więź za kluczowe doświadczenie ciąży i opisuje jako zaangażowanie matki w zachowania wyrażające troskę i oddanie wobec dziecka (Muller, 1993; Salisbury, Law, Ladasse, Lester, 2003). Niezwykle istotnym wydaje się pogłębianie wiedzy na temat tej wyjątkowej relacji, ponieważ ma ona wpływ na zdrowie matki, jej dziecka oraz przystosowanie się do rodzicielstwa (Pisoni i in., 2014). Zasadnym wydaje się zatem badanie czynników determinujących rozwój więzi emocjonalnej oraz jej specyfikę, ponieważ, jak wskazuje Muller (1996), jest ona ściśle związana z relacją rodzica z dzieckiem po jego narodzinach.

Istnieje duże zróżnicowanie terminologiczne określające proces tworzenia się więzi rodziców z dzieckiem. W literaturze pojęcie to rozpatrywane jest w różnych aspektach i określane jako: postawa względem płodu (*attitude toward the fetus* – Reading, Cox, Sledmere, Campbell, 1984), emocjonalne przywiązanie (*emotional attachment* – Condon, 1993), rodzicielska percepcja prenatalna (*parental prenatal perception* – Sweeney, Bradbard, 1988), interakcja prenatalna (Golańska, 1989, za: Bielawska-Batorowicz, 2006), więź emocjonalna z dzieckiem (Bielawska-Batorowicz, 1995, 2006), więź prenatalna (*antenatal/prenatal attachment* – Muller, 1993; Righetti, Dell'Avanzo, Grigio, Nicolini, 2005), relacje matka – dziecko (*maternal-fetal relationships* – Walsh, 2010; Walsh, Hepper, Bagge, Wadehul, Jomeen, 2013; Walsh, Hepper, Marshall, 2014), przywiązanie matki do dziecka przed porodem (*maternal prenatal attachment* – Mercer i in., 1988; Cranley, 1981; Laxton-Kane, Slade, 2002).

Według Coleman (2007) i Dipietro (2010) okres ciąży jest wyjątkową szansą dla dziecka i matki, by uczestniczyć w wartościowej, niepowtarzalnej i najbardziej tajemniczej relacji. Bielawska-Batorowicz (2006) zwraca uwagę na jej specyfikę, która nie polega na wymianie oddziaływań i wzajemnych interakcjach między oboma stronami, z czym mamy do czynienia już po narodzinach, kiedy dziecko i rodzic istnieją niezależnie od siebie. Dlatego o charakterze tej więzi decydują raczej wyobrażenia i doświadczenia rodziców oraz ich postawa wobec nowej sytuacji życiowej i konieczności podjęcia roli rodzicielskiej (Laxton-Kane, Slade, 2002).

3.1. Teorie przywiązania prenatalnego

Równolegle do badań Bowlby'ego nad ludzkim przywiązaniem prowadzono zaawansowane analizy psychoanalityczne dotyczące doświadczeń w ciąży. W niniejszym rozdziale przedstawię wybrane teorie przywiązania prenatalnego. Deutsch, Benedeck i Bibring zakładały, że kobieta ciężarna inwestuje swoją energię psychiczną w rozwijający się w niej płód (Deutsch, 1945; Bibring, 1959; Benedeck, 1959; Brandon i in., 2009). Została wysunięta hipoteza, że z czasem postępowania ciąży płód staje się dla kobiety bardziej ludzki oraz kochany przez nią zarówno jako przedłużenie jej samej, jak i jako niezależny obiekt. Potwierdziły to obserwacje kliniczne kobiet, które doświadczały żalu z powodu straty dzieci, zmarłych jeszcze przed porodem. Cierpienie i przygnębienie pojawiały się, mimo że badane nie miały fizycznego kontaktu z dziećmi po porodzie (Kennell i in., 1970; Alhusen, 2008; Brandon i in., 2009).

Jednak rozwój samej koncepcji przywiązania prenatalnego został zapoczątkowany przez Rubin (Brandon i in., 2009), która badając podejmowanie roli rodzicielskiej, zwróciła uwagę na fakt, że więź matki z dzieckiem ma początek jeszcze przed urodzeniem. A zatem relacja, która łączy kobietę z noworodkiem po jego przyjściu na świat jest konsekwencją procesu zachodzącego już w okresie prenatalnym. Według niej stworzenie więzi emocjonalnej z nienarodzonym dzieckiem jest jednym z czterech najważniejszych zadań w okresie ciąży, obok: zapewnienia

sobie i dziecku bezpieczeństwa podczas ciąży i porodu, uzyskania dla dziecka akceptacji ze strony najważniejszych osób w rodzinie oraz przystosowania się do nowej roli i obowiązków (Siddiqui, Eisemann, Hägglöf, 1999).

Z kolei Lumley (1982), badając pierworódki, zaobserwowała, że wraz z postępem ciąży kobietom coraz łatwiej jest wyobrazić sobie nienarodzone dziecko jako małego człowieka. Przypuszczała także, że badanie ultrasonograficzne pomaga ciężarnej w dostrzeżeniu w płodzie osoby. Na podstawie badań podłużnych określiła przywiązanie jako przyjętą wyobrażoną relację z płodem (Lumley, 1982; Brandon i in., 2009).

Kolejne badania nad przywiązaniem prenatalnym przyniosły wielowymiarowy model, obejmujący różne aspekty więzi matka – płód (*Maternal-Fetal attachment* – MFA) Mecci Cranley (1981). Jest ona uznawana za twórczynię jednej z pierwszych koncepcji więzi z dzieckiem w okresie prenatalnym. Na bazie swoich obserwacji i założeń skonstruowała narzędzie do pomiaru więzi matki z dzieckiem – *Maternal-Fetal Attachment Scale* (MFAS), które stosuję w swoich badaniach i opisuję w rozdziale metodologicznym. Koncepcja została później rozszerzona tak, by obejmować również związek ojca z dzieckiem. Rozpatruje ona więź z perspektywy przejawiania przez rodziców zachowań, które są efektem silnych emocji wobec nienarodzonego dziecka oraz zaangażowania w relację z nim. Pojawianie się interakcji z dzieckiem wskazujących na pozytywny stosunek wobec niego jest wyrazem nasilenia przywiązania do niego (Bielawska-Batorowicz, 1995, 2006; Brandon i in., 2009; Cranley, 1981). Cranley (1981) wyodrębniła pięć aspektów więzi, które włączyła także do swojego kwestionariusza.

Muller (Brandon i in., 2009) zauważyła, że koncepcja Cranley skupia się jedynie na zachowaniach, nie uwzględniając myśli i fantazji, które według niej również wyrażają związek matki z płodem. Ostatecznie dokonuje redefinicji przywiązania prenatalnego, określając je jako wyjątkową więź rozwijającą się między kobietą i jej płodem, która nie jest zależna od odczuć wobec siebie w ciąży, czy postrzegania siebie jako matki. Autorka zaznacza, że doświadczenia kobiet ciężarnych z ich własnymi matkami lub pierwszymi opiekunami prowadzą do rozwoju pewnych wewnętrznych reprezentacji, które decydują o przyszłych więziach z rodziną, partnerem czy przyjaciółmi. Proces ten pozwala kobiecie przystosować się do ciąży i związać z nienarodzonym dzieckiem (Muller, 1996).

Również Condon (1993) uznał koncepcję Cranley za niewystarczającą do opisu więzi matki z dzieckiem. Nawiązał do teorii przywiązania dorosłych zaproponowanej przez Bretherton (1985, 1992), ujmującej przywiązanie w szerszym aspekcie i zakładającej, że emocjonalna czy psychologiczna więź z konkretnym obiektem nie odnosi się jedynie do relacji matka – płód. W swoim hierarchicznym modelu przywiązania prenatalnego założył, że obejmuje ono doświadczanie miłości, które można opisać jako dojrzewającą relację, w której kobieta stara się poznać swoje nienarodzone dziecko, nawiązać z nim kontakt, zidentyfikować i zaspokajać jego potrzeby, unikać rozłąki z nim (Condon, 1993; Bielawska-Batorowicz, 2006; Brandon i in., 2009). Bielawska-Batorowicz (2006) podkreśla, że jego koncepcja znacznie bardziej koncentruje się na przeżywanych emocjach i myślach poświęconych dziecku niż konkretnych zachowaniach, które również uwzględnia.

Doan i Zimerman (2003) podjęły próbę połączenia podejścia poznawczego, behawioralnego i emocjonalnego w koncepcji przywiązania prenatalnego. Określiły je jako abstrakcyjne pojęcie opisujące rozwijającą się w systemie ekologicznym relację między rodzicem a płodem, która jest potencjalnie obecna przed ciążą i wiąże się z poznawczymi oraz emocjonalnymi zdolnościami do konceptualizacji drugiego człowieka. Jednak w literaturze przedmiotu nadal brak spójności co do używania omawianego pojęcia.

W niniejszej pracy przyjąłam koncepcję więzi emocjonalnej zaproponowaną przez Cranley (1981), która opisuje proces tworzenia się relacji matki z dzieckiem rozpoczynający się już w okresie prenatalnym i kontynuowany po porodzie. Komponenty składające się na więź emocjonalną z dzieckiem to: traktowanie płodu jako odrębnej istoty, przypisywanie dziecku właściwości, wchodzenie z nim w interakcje, podejmowanie roli rodzicielskiej po porodzie oraz podporządkowanie się interesom dziecka, czyli wprowadzenie zmian w zachowaniu i przyzwyczajeniach, by zapewnić mu właściwy rozwój w ciąży (Bielawska-Batorowicz, 2006).

3.1.1. Traktowanie płodu jako odrębnej istoty

Pierwszym komponentem omawianej więzi emocjonalnej z dzieckiem w okresie prenatalnym jest uznanie płodu za odrębną istotę. Mimo że płód rozwija się w łonie matki, jest ściśle zależny od jej organizmu i fizycznie nie jest w stanie funkcjonować poza nim, niezwykle ważne w budowaniu relacji z dzieckiem jest uznanie przez matkę jego odrębności. W znacznym stopniu proces ten jest ułatwiony przez odczuwanie ruchów dziecka, jednak nie jest to niezbędne, aby nastąpił. W przypadku mężczyzn, którzy nie mogą doświadczać bezpośrednio ruchów płodu, pomocny może być jego obraz w badaniu ultrasonograficznym oraz relacje partnerki. Należy jednak podkreślić, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni mogą traktować płód jako niezależną całość, nawet jeśli nie pojawiły się tak konkretne wskaźniki, jak ruchy czy zapis USG (Bielawska-Batorowicz, 1995, 2006). Zeanah, Zeanah i Stewart (1990) przywołują badania podłużne wskazujące, że z czasem trwania ciąży wzrasta liczba kobiet uznających swoje nienarodzone dziecko jako osobnego człowieka. W pierwszym trymestrze 30% badanych podzielało opinię o odrębności, w trzecim aż 92%.

3.1.2. Przypisywanie właściwości dziecku

Warunkiem pojawiania się kolejnego elementu więzi jest zaakceptowanie odrębności dziecka. Wówczas rodzic zaczyna tworzyć obraz potomka nazywany „dzieckiem wyobrażonym” (Condon, Dunn, 1988). Rodzice przypisują nienarodzonemu dziecku preferowaną płęć oraz inne właściwości związane z jego aktywnością ruchową, odczuwanym nastrojem, usposobieniem mogącym się wyrażać

w kontaktach społecznych oraz wrażliwością na stymulację zewnętrzną. O ile cechy związane z aktywnością fizyczną dziecka mogą być określane na podstawie doświadczania jego ruchów przez matkę czy obrazu USG, to badania nie potwierdzają tego związku. Większość charakterystyk tworzonych przez rodziców dotyczy właściwości psychicznych dziecka, co pozwala przypuszczać, że wskazują oni cechy, które chcieliby widzieć u swoich dzieci po narodzeniu (Zeanah i in., 1990; Bielawska-Batorowicz, 2006).

3.1.3. Interakcje z dzieckiem

Trzecią składową więzi jest podejmowanie interakcji z dzieckiem, które może się wyrażać w różnych zachowaniach i tylko pozornie jest relacją jednostronną (Wojaczek, 2012). Według Golańskiej (1989) i Kornas-Biela (2002) mogą przyjmować formę: myślenia o dziecku, rozmawiania z nim i zwracania się do niego po imieniu czy przy użyciu pieszczotliwych określeń, dotykanie go przez powłoki brzucha, głaskanie, pobudzanie do ruchu, śpiewanie piosenek, opowiadanie wierszyków. Wraz ze zbliżaniem się do porodu formy te stają się coraz bardziej wyszukane i zróżnicowane, czemu sprzyjają bardziej wyczuwalne ruchy dziecka oraz jego wyraźne reakcje na inicjowany przez rodziców kontakt.

3.2. Determinanty więzi emocjonalnej

Zagadnienie więzi emocjonalnej z dzieckiem jest rozpatrywane w wielu aspektach. W poniższym rozdziale przedstawię czynniki wpływające na charakter i intensywność relacji matki z nienarodzonym dzieckiem. Należą do nich zmienne demograficzne, specyficzne doświadczenia związane z okresem prokreacji, jak również indywidualne właściwości kobiet oraz jakość relacji z najbliższymi.

3.2.1. Uwarunkowania demograficzne

W badaniach nad więzią prenatalną sporo uwagi poświęca się uwarunkowaniom demograficznym omawianego zagadnienia. Doniesienia badaczy na temat związku wieku matki z jej przywiązaniem do nienarodzonego dziecka pozwalają stwierdzić, że silniejsze relacje emocjonalne z płodem tworzą młode ciężarne (Berryman, Windridge, 1996, za: Bielawska-Batorowicz, 2006; Camarneiro, de Miranda Justo, 2017; Hopkins i in., 2018; Siddiqui i in., 1999; Ustunsoz, Guvenc, Akyuz, Oflaz, 2010). Wiek kobiety z czasem staje się czynnikiem zagrażającym ciąży. Im starsza kobieta, tym większe ryzyko powikłań. Być może mniejsze zaangażowanie w relację z oczekiwanym dzieckiem jest mechanizmem chroniącym

przed jego potencjalną stratą, szczególnie w pierwszych tygodniach ciąży. Sytuacja wygląda inaczej, gdy porównuje się dorosłe i nastoletnie matki. Badania Rowe, Wynter, Steele, Fisher i Quinlivan (2013) pokazują, że nastolatki oczekujące dziecka charakteryzuje niższy poziom przywiązania prenatalnego niż dorosłe kobiety, ale tylko w pierwszym trymestrze ciąży. W kolejnych etapach ciąży nie stwierdzono różnic. Z kolei np. Abasi, Tafazzoli, Esmaily i Hasanabadi (2013) nie zaobserwowali związku między wiekiem matki a jej relacją z płodem.

W większości badań nie stwierdzono związku poziomu wykształcenia ciężarnych z intensywnością więzi z dzieckiem (Bielawska-Batorowicz, 1995; Cranley, 1981; McNamara, Townsend, Herbert, 2019; Siddiqui i in., 1999). Ujemną zależność między poziomem wykształcenia a więzią matka – płód zaobserwowali np. Figueiredo, Costa (2009), Lai, Tang, Tse (2006), Ohara i in. (2017). Z kolei Mercer i in. (1988) oraz Kemp i Page (1987, za: Bielawska-Batorowicz, 2006) wykazali, że matki o niższym poziomie wykształcenia silniej związuje się ze swoim nienarodzonym dzieckiem, jednak tylko w sytuacji zagrożenia ciąży, w której jest konieczna hospitalizacja. Przeciwnie obserwacje poczynili Ustunsoz i in. (2010), odnotowując wzrost nasilenia więzi z dzieckiem wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia. Z uwagi na niespójność wspomnianych badań nie można traktować wykształcenia jako zmiennej stanowiącej o więzi emocjonalnej matki z dzieckiem. Na intensywność relacji emocjonalnej matka – płód nie ma wpływu status ekonomiczny (McNamara, Townsend, Herbert, 2019; Siddiqui i in., 1999).

3.2.2. Doświadczenia prokreacyjne i przebieg obecnej ciąży

Doświadczenia prokreacyjne kształtują postawę kobiety wobec macierzyństwa i jej nastawienie do samej ciąży (Ilska, Przybyła-Basista, 2014). Wśród cech obecnej ciąży oraz wcześniejszych doświadczeń położeńicznych, których znaczenie dla rozwoju więzi prenatalnej jest rozpatrywane w badaniach, wymienia się wiek ciąży, jej planowanie, kolejność, znajomość płci dziecka, problemy prokreacyjne i powikłania położeńiczne.

Przywiązanie stopniowo narasta wraz z rozwojem ciąży. Laxton-Kane i Slade (2005) zaobserwowali tworzenie relacji matka – płód w 10. tygodniu ciąży. Z kolei Kuo, Browsers, Chen, Chen, Tzeng i Lee (2013) odnotowali rozwój tej relacji już w 9. tygodniu ciąży u kobiet, które przeszły zapłodnienie *in vitro*. Można zatem zakładać, że na tak wczesnym etapie matki traktowały już swoje dzieci jako indywidualne i odrębne istoty, z którymi chciały nawiązywać relację. Narita i Maehara (1993) odnotowali znaczący wzrost więzi emocjonalnej w okresie między 5. a 40. tygodniem ciąży. W jej rozwoju pomagało też odczuwanie ruchów dziecka. Wiele innych badań dowodzi, że w każdym późniejszym okresie ciąży więź matka – płód staje się bardziej intensywna (Bielawska-Batorowicz, 1995, 2006; Bielawska-Batorowicz, Laxton-Kane, Slade, 2002; Caccia, Johnsson, Robinson, Barna, 1991; Hjelmstedt, Widström, Collins, 2006; Kuo, i in., 2013; McNamara, Townsend, Herbert, 2019; Pawlicka, Chrzan-Detkoś, Lutkiewicz, 2013; Sjörgen,

Edman, Widsröm, Mathiessen, Uvnäs-Moberg, 2004; Walsh, Hepper, Marshall, 2014). Yercheski i in. (2009) na podstawie przeprowadzonej metaanalizy 183 badań nad więzią w okresie prenatalnym wykazali, że najlepszym predyktorem intensywności więzi jest czas trwania ciąży.

Sytuacja, gdy ciąża jest zaskoczeniem dla kobiety i jej partnera, jest wyjątkowo trudna. Nieplanowanie ciąży może obniżać intensywność więzi z dzieckiem poprzez brak jej akceptacji, związane z tym negatywne uczucia i ambiwalentny stosunek (Narita, Meahara, 1993). W badaniach Abasi i in. (2013) oraz Camar-neiro i de Miranda Justo (2017) większe nasilenie więzi z dzieckiem przejawiały kobiety w planowanych niż te w nieplanowanych ciążach. Jednak Laxton-Kane i Slade (2002) zwracają uwagę, że z drugiej strony nieplanowane poczęcie aktywizuje proces radzenia sobie z nieoczekiwanym zdarzeniem, co może skutkować wzrostem natężenia więzi z dzieckiem. Zgodnie z wynikami Ekrami, Mohammad-Alizadeh Charandabi, Babapour Kheiroddin i Mirghafourvand (2020) przywiązanie matczyno-płodowe w ciążach nieplanowanych istotnie wzrasta po zastosowaniu interwencji w postaci poradnictwa grupowego i indywidualnego. Natomiast badanie kobiet w trzecim trymestrze pokazały, że więź matka – dziecko w okresie prenatalnym nie jest modyfikowana przez uznanie ciąży za planowaną lub nieplanowaną (Bielawska-Batorowicz, 1995, 2006; Bielawska-Batorowicz, Siddiqui, 2008). Może to wynikać z faktu, że pod koniec ciąży badane mogły być już po przejściu procesu radzenia sobie z niespodziewanym wydarzeniem (Laxton-Kane, Slade, 2002). Brak różnic w intensywności relacji z dzieckiem w ciążach spodziewanych i niespodziewanych wykazały również pomiary Meberta (1991) oraz Kemp i Page (1987, za: Bielawska-Batorowicz, 2006).

Nie bez znaczenia jest fakt, czy ciąża jest pierwszą, czy kolejną w życiu kobiety. Pawlicka i in. (2013) podkreślają, że zarówno dla kobiet, które mają już za sobą to doświadczenie, jak i dla tych bez niego jest to bardzo trudny czas. Dla pierworódek to okres zmagania z niewiadomą, brakiem wprawy w pełnieniu roli rodzicielskiej i opieki nad dzieckiem, a także brakiem doświadczenia w relacji z małym człowiekiem. Wieloródki przeżyły już poród, doświadczyły już opieki nad małym dzieckiem lub dziećmi i mają świadomość wysiłku z tym związanego. Dlatego ich zadaniem jest znalezienie w sobie zasobów do podjęcia tych wyzwań po raz kolejny.

Podobne postrzeganie kolejnej ciąży jako niełatwego i katalizującego negatywne emocje okresu przedstawiają np. O'Leary (2004) czy Brisch, Munz, Kächele, Terinde i Kreienberg (2005). Rezultaty badań więzi w pierwszych i kolejnych ciążach nie są jednoznaczne. Bielawska-Batorowicz (2006) podaje, że Niven i współautorzy (1993) odnotowali silniejszą więź u kobiet, które są już matkami. Natomiast Mercer i in. (1988) przypisują tworzenie bardziej intensywniej relacji pierworódkom, podobnie jak Armstrong i Hutti (1998), Lorensen, Wilson i White (2004), Pascoe, Koktailo i Broekhuizen (1995), Ustunsoz i in. (2010) czy Zimmerman i Doan (2003). Pawlicka i in. (2013) oraz Mercer i Ferketish (1994) nie zaobserwowali różnic w intensywności więzi u pierworódek i wieloródek. Różnic w sile relacji z dzieckiem w pierwszej i kolejnych ciążach nie stwierdzili też Berryman i Windridge (1996) ani później Laxton-Kane i Slade (2002).

Interesujące obserwacje poczynili w swoich badaniach Abasi i in. (2013), zwracając uwagę na wpływ wiedzy na temat przewidywanej płci dziecka na tworzenie z nim więzi. Okazało się, że kobiety, które spodziewają się chłopca, wykazują silniejsze przywiązanie prenatalne. Natomiast według Wu i Eichman (1988) to, czy poznana płeć jest zgodna z preferencjami rodziców, nie ma znaczenia dla więzi z dzieckiem. Również Lewis (2008) zaobserwowała, że sama znajomość płci dziecka przyczynia się do zacieśniania relacji z nim. Być może świadomość, czy rozwijające się dziecko jest chłopcem, czy dziewczynką ułatwia tworzenie jego bardziej realnego obrazu i przypisywanie mu właściwości. Jest to jednak sprzeczne z wnioskami sformułowanymi przez Wu i Eichman (1988), że wiedza na temat płci dziecka wiąże się ze słabszą relacją z nim. Rezultat badań zaskoczył autorki, jednak analiza jakościowa wykazała, że istotne wydają się tutaj przyczyny nieznaności płci dziecka. Matki, które jej nie poznały, deklarowały, że chcą, aby płeć była dla nich zaskoczeniem, że nie chcą ingerować w naturę oraz że to, czy urodzą chłopca, czy dziewczynkę nie jest dla nich ważne, ponieważ najistotniejsze jest zdrowie nienarodzonego dziecka. Według badaczek to może sugerować większą akceptację naturalnego przebiegu ciąży i przyszłego potomka, a także koncentrację na dobru dziecka.

Jak już wykazywałam w rozdziale 1.3, w sytuacji wystąpienia powikłań i zagrożenia ciąży kobiety odczuwają istotnie więcej negatywnych stanów i emocji. Oczekiwaniu lub niejasności diagnozy, hospitalizacji i obawom o życie dziecka towarzyszy silny lęk, poczucie napięcia i stresu (Rutkowska, Kowalska, Makara-Studzińska, Kwaśniewska, 2011). Yercheski i in. (2009) na podstawie analizy różnych badań stwierdzili, że powikłania w przebiegu ciąży mają mały wpływ na kształtowanie się relacji z dzieckiem. Badania ciągle nie dają jednoznacznej odpowiedzi, co do znaczenia zagrożeń ciąży w rozwijaniu więzi.

Jednym z bardzo istotnych doświadczeń prokreacyjnych jest zajście w ciążę oraz ewentualne trudności z tym związane. Próbowano znaleźć też odpowiedź na pytanie, jak kształtuje się przywiązanie u kobiet, które poddawały się leczeniu niepłodności, czyli stanowi wynikającemu z nieprawidłowości mechanizmów odpowiedzialnych za zapłodnienie oraz zagnieżdżenie komórki jajowej (Skrzypczak i in., 1998). Wyniki badań nie są tutaj spójne. Kuo i in. (2013) podkreślają, że wczesny etap ciąży jest kluczowy dla ustanowienia więzi z dzieckiem u kobiet poddanych zapłodnieniu *in vitro*, ponieważ istotnie wpływa to na dalszy rozwój więzi. Bielawska-Batorowicz (2006) podaje za Readingiem (1989), że kobiety zapłodnione metodą *in vitro* przejawiają silniejszą relację z dzieckiem niż kobiety z grupy kontrolnej. Inne obserwacje poczynili w swoich badaniach Hjelmstedt i in. (2006), którzy wykazali, że to, w jaki sposób zostało poczęte dziecko – naturalnie czy poprzez zapłodnienie pozaustrojowe, nie ma znaczenia dla kształtowania i rozwoju więzi emocjonalnej z nim w okresie prenatalnym.

Natomiast przegląd badań Ranjbar, Warmelink i Gharacheh (2019) ujawnił, że niezależnie od tygodnia ciąży przywiązanie rodziców do dziecka poczętego z wykorzystaniem technik wspomaganego rozrodu (*assisted reproductive technology* – ART) było podobne lub większe niż przywiązanie rodziców, u których poczęcie nastąpiło bez interwencji.

Zaobserwowano, że matki, którym nieobce są problemy z poczęciem dziecka, silniej koncentrują się na nim i budują z nim bardziej intensywną relację (Pawlicka i in., 2013). Znacznie częściej niż kobiety, które zaszły w ciążę bez problemów skupiają się na funkcjonowaniu dziecka w ich łonie, spędzają więcej czasu na myśleniu o tym, jakie jest i będzie po urodzeniu. Obraz dziecka wyobrażonego jest u nich bardziej konkretny i silniejszy.

Pawlicka i in. (2013) tłumaczą, że silne zaabsorbowanie rozwijającym się prenatalnie człowiekiem jest swoistym mechanizmem radzenia sobie z niepewną sytuacją i negatywnymi emocjami. Według autorek jest to spójne z badaniami Bergner, Beyer, Klapp i Rauchfuss (2008) wyróżniającymi trzy style radzenia sobie z niepewnością i lękiem u kobiet w ciążach zagrożonych. Pierwszym styl przejawiał się w tym, że badane radziły sobie poprzez skupianie myśli na obrazie swojego dziecka i siebie w roli matki, dzięki czemu nawiązywały z potomkiem wewnętrzną więź. Drugi sposób polegał na wycofywaniu się z relacji z bliskimi. Kobiety zajmował głównie niepokój o zdrowie i życie płodu, dlatego okres ciąży był w ich odbiorze negatywny. Matki z trzeciej grupy posługiwały się stylem, który polegał na radzeniu sobie ze stresem poprzez aktywne zdobywanie wiedzy na temat ciąży oraz dbanie o siebie i swoje zdrowie (Bergner i in., 2008).

Przeciwnie wyniki uzyskała Bielawska-Batorowicz (2000, za: Bielawska-Batorowicz, 2006), która porównywała więź emocjonalną z dzieckiem w grupach ciężarnych, które doświadczyły samoistnych poronień, chorowały na cukrzycę ciążową, były w ciążach prawidłowych lub po uprzednim leczeniu z powodu niepłodności. Badania wykazały, że najniższy poziom więzi reprezentują kobiety leczone wcześniej z niepłodności, zaś najwyższy te w ciążach bez powikłań. Zarówno zmagania z niepłodnością, jak i poronienia współwystępowały z niższą intensywnością więzi, a chorowanie na cukrzycę nie wpływało na jej poziom. Również Armstrong i Hult (1998) wskazują, że kobiety, które doświadczyły straty dziecka przez poronienie, nawiązują z nim mniej intensywną relację emocjonalną. Jest im także trudniej zaakceptować odrębność płodu od siebie (Mehran, Simbar, Shams, Ramezani-Tehrani, Nasiri, 2013). Natomiast analizy Tsatsara i Johnson (2006) nie potwierdziły różnic w nasileniu więzi z dzieckiem dyktowanych wystąpieniem poronienia lub jego brakiem. Być może jest to wynikiem przebytej już żałoby po wcześniejszej stracie (Bielawska-Batorowicz, 2006).

Z kolei badania Bielawskiej-Batorowicz i Siddiqui (2008) porównujące polskie i szwedzkie ciężarne pokazały, że więź jest rzeczywiście słabsza u kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, ale tylko u Polek. Natomiast szwedzkie matki oczekujące dziecka przejawiają niższe przywiązanie do niego w ciążach przebiegających prawidłowo. Pawełczyk, Cypryk i Bielawska-Batorowicz (1999) oraz Chazotte, Comerford Freda, Elovitz i Youchah (1995) w niezależnych badaniach kobiet z cukrzycą ciążową ujawnili, że zagrożenie ciąży wynikające z choroby matki nie ma wpływu na to, jak buduje ona więź z płodem. Zatem nie stwierdzono różnic w nasileniu relacji z dzieckiem w grupach kobiet zdrowych i chorych na cukrzycę. Porównania kobiet w ciążach wysokiego ryzyka i fizjologicznych, dokonane przez Kemp i Page (1987) czy Zimmerman i Doan (2003), nie wykazały różnic między matkami w intensywności więzi z dzieckiem. Podobne wyniki otrzymano

w badaniach porównawczych kobiet tureckich (Ustunsoz i in., 2010) oraz włoskich (Pisoni i in., 2015). Również sam fakt hospitalizacji w ciąży wysokiego ryzyka nie ma znaczenia dla przywiązania prenatalnego (Palma i in., 2020).

Do tej pory omówione zostały zagrożenia wynikające z historii położniczej i stanu zdrowia matki. W momencie, gdy pojawia się podejrzenie nieprawidłowości rozwoju płodu, konieczne jest zastosowanie diagnostyki prenatalnej. Zanim technika pozwoliła na obrazowanie płodu, o jego rozwoju informowały jedynie wyczuwane przez kobietę ruchy dziecka. Stromer (2003) uważa, że możliwość zobaczenia ruchów dziecka w łonie matki z dużym prawdopodobieństwem przyczynia się do zawiązywania relacji matki z nim już na wcześniejszych etapach ciąży, co potwierdzają obserwacje Narity i Meahary (1993). Można przypuszczać, że czas spędzony na oglądaniu obrazu dziecka, możliwość zadania pytań, rozwiania wątpliwości i uzyskania informacji od ekspertów mogą mieć wpływ na relację prenatalną. Boukydis i współpracownicy (2006) oraz de Jong-Pleij i in. (2013) zaobserwowali, że po badaniu USG z konsultacją wzrasta więź matka – płód, która była mierzona przed wykonaniem obrazowania. Lumley podkreśla, że wyniki badań są sprzeczne w tej kwestii (Öhman, 2011). Ostatecznie jednak większość z nich nie wykazała wpływu USG 3D lub 4D na poziom natężenia więzi prenatalnej.

Badacze podjęli też próby porównania wpływu technik dwuwymiarowych (2D) i trójwymiarowych (3D/4D). Jednak rodzaj zastosowanej metody oraz otrzymanego obrazu nie mają w tym przypadku znaczenia (Righetti i in., 2005; Pretorius i in., 2006). Należy również zwrócić uwagę na fakt, że ocena i zestawienie oddziaływania różnych systemów obrazowania jest trudne, ponieważ warunkiem wykonania USG trójwymiarowego jest uprzednie wykonanie badania w formie 2D (Sedgmen, McMahon, Cairns, Benzie, Woodfield, 2006).

Caccia i in. (1991) zauważyli, że u kobiet, które poddały się biopsji kosmówki oraz amniopunkcji, obniża się intensywność więzi z dzieckiem w momencie oczekiwania na diagnozę. Wyniki potwierdzające brak nieprawidłowości w rozwoju płodu wiązały się z wyraźnym wzrostem nasilenia relacji emocjonalnej. Zarejestrowany spadek intensywności przed uzyskaniem wyniku może być traktowany jako mechanizm obrony, który przygotowuje do ewentualnej straty dziecka (Bielawska-Batorowicz, 2006). Natomiast badania Zimerman i Doan (2003) wykazały, że kobiety, u których dzieci zdiagnozowano zespół Downa mniej chętnie podejmują interakcje z płodem.

Inne wnioski na podstawie swoich badań wysnuli Allison, Stafford i Anumba (2011). Zasugerowali, że wzrost nasilenia lęku u kobiet, które są w trakcie badań inwazyjnych, może być zarówno przyczyną, jak i skutkiem silniejszej więzi matki z płodem. To potwierdziło ich założenia, że matki, które rozwinęły emocjonalne przywiązanie do dziecka, odczuwają większy lęk o nie i o przebieg ciąży.

Lawson i Turriff-Jonasson (2006) badali więź w grupach kobiet, które poddały się przesiewowemu badaniu surowicy krwi lub amniopunkcji. U kobiet, które przeszły testy skriningowe z użyciem surowicy odnotowano niższy poziom więzi niż w przypadku kobiet po amniopunkcji lub tych, które nie uczestniczyły w procedurach testowych. Nawet korzystny wynik badania surowicy nie daje ostatecznej

diagnozy, dlatego zamiast ulgi może wprowadzać dezorientację, a tym samym zakłócić rozwój relacji matka – dziecko (Alhusen, 2008).

Ryzyko powikłań położniczych wzrasta także w ciążach wielopłodowych. Powikłania w ciążach mnogich są tożsame z tymi w ciążach pojedynczych, jednak występują częściej. Można także wyodrębnić zaburzenia charakterystyczne tylko dla ciąży, w których rozwija się więcej niż jedno dziecko. Należą do nich: zespół przetoczenia krwi między płodami (TTTS – *twin-to-twin transfusion syndrome*), zespół odwróconej perfuzji tętniczej (TRAP – *twin reversed arterial perfusion*), selektywne wewnątrzmaciczne ograniczenie wzrastania (sIUGR – *selective intrauterine growth restriction*), zgon wewnątrzmaciczny jednego z płodów (Ropacka-Lesiak, Szaflik, Bręborowicz, 2015). Badania Bieleninik i in. (2010) pokazują, że globalny wynik więzi matki z płodem nie różni się w ciążach jedno- i wielopłodowych. Natomiast kobiety, które spodziewają się jednego dziecka, mają mniejszą trudność z zaakceptowaniem jego odrębności, przypisują mu mniej właściwości i w mniejszym stopniu podporządkowują się jego potrzebom niż matki w ciążach mnogich.

3.2.3. Indywidualne właściwości kobiety

Kolejnym z obszarów poszukiwań czynników warunkujących powstawanie więzi z dzieckiem w okresie prenatalnym są indywidualne właściwości matki, czyli jej cechy osobowości, przeżywane stany emocjonalne oraz jej postawy i stan wiedzy.

Według Leifer (1977), badającej pierworódki, ciąża to czas emocjonalnej rewolucji i gwałtownej zmiany ról oraz szybkiego dojrzewania. Stopień integracji osobowości osiągnięty przez matkę podczas pierwszych tygodni ciąży pozwala przewidywać psychologiczny wzrost w dalszych jej etapach oraz we wczesnym macierzyństwie.

Predyktory więzi matki z płodem były szukane w cechach osobowości kobiety. Szwedzcy badacze (Sjögren i in., 2004) odnotowali, że nawiązywaniu bliższych relacji z nienarodzonym dzieckiem sprzyja tendencja do aprobowanych społecznie zachowań, czyli postępowania zgodnego z normami, w sposób pożądanym przez otoczenie. Według ich obserwacji częściej interakcję z dzieckiem prenatalnym podejmowały kobiety, które przejawiały większą skłonność do kontaktów społecznych.

Kobiety cechujące się większą ekstrawertywnością, bardziej ugodowe i sumienne również wykazują silniejsze przywiązanie prenatalne. Natomiast matki, które odczuwają stres oraz określają swoje nienarodzone dziecko jako nudne na podstawie pewnych wyobrażeń i przypisywanych mu właściwości, nawiązują mniej intensywną więź prenatalną (Maas, Vreeswijk, Braeken, Vingerhoets, Bakel, 2014).

Również poziom samooceny matki ma bezpośredni wpływ na jej przywiązanie emocjonalne do dziecka w okresie prenatalnym (Abasi i in., 2013). Kobiety

o wyższym poczuciu własnej wartości nawiązują silniejszą relację ze swoimi nienarodzonymi dziećmi (Koniak-Griffin, 1988; Muller, 1992). Negatywny obraz siebie może być przeszkodą w procesie wchodzenia w rolę rodzicielską. Kobiety, które nisko oceniają swoje kompetencje, postrzegają siebie za niewystarczająco sprawne, mądre czy silne, mogą uważać się za niezdolne do zadowalającego pełnienia roli macierzyńskiej (Włodarczyk, 2012).

Diagnoza wady rozwojowej płodu czy innego zagrożenia są często głównymi stresorami w okresie ciąży. Wiąże się to z wyższym poziomem lęku oraz stanami depresyjnymi (Cunha, Pereira, Caldeira, Carneiro, 2016). Badania Mercer i in. (1988) wykazały, że poziom depresji i niepokoju ciężarnych tylko nieznacznie wpływają na nasilenie więzi, a w przypadku zagrożenia ciąży nie miały znaczenia. Negatywny związek stanów depresyjnych matki z jej przywiązaniem do dziecka pokazują badania Lindgren (2001), Condon i Corkindale (1997, za: Laxton-Kane, Slade, 2002). Odwrotne wyniki uzyskali Briel i Besser (1999, za: Laxton-Kane, Slade, 2002), którzy zaobserwowali, że objawy depresyjne współwystępują z więzią prenatalną. Jednocześnie większość badań nie wykazała związku depresji w okresie ciąży z przywiązaniem prenatalnym (por. Rollè, Giordano, Santoniccolo, Trombetta, 2020). Ponadto badania wskazują także, że im wyższy lęk odczuwany przez kobiety, tym niższy poziom jej więzi z dzieckiem (Hart, McMahon, Mood, 2006; Mako, Deak, 2014; Narita, Meahara, 1993; Schmidt, Seehagen, Vocks, Schneider, Teismann, 2016). Potwierdziły to badania Hee i Young (2015), w których zauważono, że lęk jest najistotniejszym predyktorem relacji matki z dzieckiem w sytuacji, gdy ciąża obciążona jest ryzykiem. Silniejszego lęku według Pisoni i in. (2015) doświadczają matki zagrożone przedwczesnym rozwiązaniem i pośredniczy on w relacji między oceną ryzyka a przywiązaniem do dziecka (White i in., 2008).

Istotnym predyktorem więzi prenatalnej są wcześniejsze doświadczenia matki w relacjach z jej własnymi rodzicami (Radovanović, Mihić, 2018). Pozytywna relacja kobiety z własną matką ma związek z silniejszym przywiązaniem do dziecka przed i po urodzeniu (Tani, Castagna, Ponti, 2018). Mikulincer i Florian (1999) dokonali analizy wpływu stylu przywiązania matki na jej więź z nienarodzonym dzieckiem oraz jej postawę wobec sytuacji stresowych i sposoby radzenia sobie z nimi. Kobiety o bezpiecznym stylu przywiązania tworzą silniejszą więź z dzieckiem już w pierwszych miesiącach ciąży i ta tendencja utrzymuje się do samego rozwiązania. Ponadto odczuwają mniej negatywnego stresu, deklarują lepsze samopoczucie, a w trudnych sytuacjach związanych z ciążą poszukują wsparcia u innych. Badane, u których dominowały style pozabezpieczne nawiązywały mniej intensywną więź prenatalną i odczuwały relatywnie wyższy poziom negatywnego stresu. Jednak u kobiet przywiązujących się unikowo poziom natężenia więzi przyjmował kształt odwróconego U – najniższe nasilenie osiągał w pierwszym i trzecim trymestrze, a najwyższe w drugim. Badane z tej grupy przyjmowały też strategię dystansowania się od problemów związanych z przebiegiem ciąży. U matek charakteryzujących się stylem lękowo-ambiwalentnym poziom więzi był niższy na początku ciąży, ale stopniowo wzrastał z jej rozwojem, więc ostatecznie był porównywalny z tym u kobiet przywiązanych unikowo. Kobiety o lękowym stylu przywiązania w sytuacjach stresowych koncentrowały się na emocjach.

Chrzan-Dętkoś i Łockiewicz (2015) wykazały znaczenie romantycznego stylu przywiązania dla więzi prenatalnej. W ich badaniach istotnym predyktorem podejmowania interakcji z dzieckiem oraz przypisywania mu właściwości okazał się styl lękowo-ambiwalentny. Zaobserwowano także współwystępowanie bezpiecznego stylu przywiązania z podejmowaniem roli rodzicielskiej oraz stylu unikowego z bardziej intensywnym przypisywaniem cech dziecku. Natomiast badania Zaki, Ruiz-Ruano García i López Puga (2020) pokazują, że kobiety przywiązane lękowo deklarują więcej negatywnych oczekiwań wobec macierzyństwa. Często towarzyszy im poczucie niskiej skuteczności i braku możliwości zaspokojenia zgłaszanych potrzeb (Ainsworth i in., 1978; Płopa, 2008a, 2008b).

Pawlicka i in. (2013) wykazały, że prężność psychiczna rozumiana jako zaradność życiowa i odporność psychiczna wg Ogińskiej-Bulik (2011), pomagająca w radzeniu sobie z sytuacjami stresującymi, na co wskazują Izdebski i Subrynowicz (2011), ma istotne znaczenie przy tworzeniu pozytywnej więzi emocjonalnej z nienarodzonym dzieckiem.

Lindgren (2001) wykazuje, że dobre praktyki zdrowotne wspomagają rozwój relacji matka – płód. Massey i in. (2015) odkryli, że kobiety niepalące oraz te, które rzuciły palenie, by zapewnić nienarodzonemu dziecku zdrowy rozwój, w porównaniu z palaczkami, osiągają wyższe wyniki w podporządkowywaniu się interesom dziecka, które jest jednym z przejawów więzi z nim. Obserwacje Lindgren (2001) znajdują potwierdzenie w rezultatach badań Ji i Han (2010), którzy opisują pozytywny wpływ ćwiczeń Qi, wywodzących się z jogi i opartych o medytację, rozciąganie, pracę z oddechem na więź emocjonalną z dzieckiem.

Wydaje się, że również poziom wiedzy i świadomości matki odgrywa znaczącą rolę w kreowaniu relacji z nienarodzonym dzieckiem. Badacze zwrócili uwagę na znaczenie kursów edukacyjnych dla matek w okresie ciąży. Udział w tego rodzaju szkoleniach, zdobywanie informacji na temat ciąży oraz niezwyklej więzi, jaka kształtuje się między kobietą i jej dzieckiem w okresie prenatalnym, istotnie wpływają na rozwój tej relacji (Abasi i in., 2013; Bellieni, Ceccarelli, Rossi, Buonocore, Maffei, Perrone, Petriaglia, 2007) oraz poprawia stan zdrowia psychicznego matki (Taffazoli, Montakhab, Asadi, Aminyazdi, Shakeri, 2015).

3.2.4. Jakość relacji rodzinnych

Badacze zwracają też uwagę na znaczenie relacji społecznych, a szczególnie rodzinnych i z partnerem oraz otrzymywanego wsparcia społecznego w kształtowaniu więzi emocjonalnej z dzieckiem w okresie prenatalnym (McNamara, Townsend, Herbert, 2019).

Muller (1996) proponuje model przywiązania w ciąży, w którym postuluje, że doświadczenia oczekujących kobiet z ich własnymi matkami lub pierwszymi opiekunami prowadzą do rozwoju wewnętrznej reprezentacji, która z kolei wpływa na przyszłe więzi z rodziną, partnerem, przyjaciółmi. Ostatecznie proces ten umożliwia kobiecie przystosowanie się do ciąży i związania z płodem. Potwierdzają

to badania Siddiqui, Hägglöf, Eisemann (2000), którzy wykazali, że pozytywne relacje kobiety z własną matką w dzieciństwie pomagają w budowaniu silnego związku z nienarodzonym dzieckiem. Również Zdolska-Wawrzekiewicz, Chrzan-Dętkoś i Bidzan (2017) zaobserwowały związek między przywiązaniem kobiet w ciąży do ich matek a więzią z własnym nienarodzonym dzieckiem. Badaczki zaobserwowały, że znacznie wyższe wyniki w aspekcie podejmowania roli rodzicielskiej osiągają kobiety o wysokim lękowym i niskim unikowym przywiązaniu niż te przejawiające układ odwrotny.

Niewątpliwie relacja z partnerem i jej charakter wydatnie odciskają się na więzi, jaką kształtuje matka z dzieckiem (Yercheski i in., 2009). Według Kroelinger i Oths (2000) budowaniu wzajemnej akceptacji rodziców wobec siebie oraz ich nienarodzonego dziecka sprzyja pozytywne nastawienie i przychylna reakcja współmałżonka na wieść o ciąży. Nabiera to szczególnego znaczenia w przypadku nieplanowanego poczęcia. Negatywna postawa męża ciężarnej wobec takiej sytuacji współwystępuje z jej mniej intensywną więzią z dzieckiem (Narita, Meahara, 1993). Brak wsparcia lub zainteresowania ze strony męża oraz nieprzyjemne objawy ciążowe mogą opóźnić powstawanie więzi matka – płód (Lumley, 1982).

Ważną rolę relacji między rodzicami w budowaniu więzi prenatalnej zaobserwowały także Mercer i Ferketisch (1990). Badaczki podkreśliły znaczenie poczucia własnej wartości rodziców oraz otrzymywanego wsparcia w rozwijaniu przywiązania do dziecka prenatalnego. Znaczenie wsparcia społecznego i satysfakcji w relacji z partnerem postulują także m.in. Abasi i in. (2012, 2013), Alhusen (2008), Doster i in. (2018), Hjelmstedt, Widstrom, Collins (2006), Koniak-Griffin (1988), Yarcheski i in. (2009), Pawlicka, Chrzan-Dętkoś, Lutkiewicz (2013), Rubertsson, Pallant, Sydsjö, Haines, Hildingsson (2015), Siddiqui, Eisemann, Hägglöf (1999), Walsh, Hepper, Marshall (2014). Natomiast polskie badaczki wykazały znaczenie kolejności ciąży – otrzymane wsparcie sprzyja akceptacji odrębności dziecka i nawiązywaniu z nim częstszego kontaktu, ale tylko w sytuacji kolejnej ciąży. W przypadku pierworódek wsparcie nie było znaczące dla relacji matka – dziecko (Pawlicka, Chrzan-Dętkoś, Lutkiewicz, 2013), podobnie jak w sytuacji zagrożenia ciąży (Mercer i in., 1988).

Natomiast badania niezamężnych Kóreanek w ciąży, z którymi biologiczni ojcowie nienarodzonych dzieci zerwali kontakt w reakcji na wieść o ciąży, pokazały współwystępowanie niskiego poziomu wsparcia z niską samooceną. Jang, Kim i Lee (2015) zaobserwowali, że samoocena badanych częściowo mediuje relację między wsparciem społecznym a więzią prenatalną z dzieckiem.

Doniesienia z badań Gebuzy i in. (2015) pokazują, że wsparcie społeczne dla matek wzrasta adekwatnie do zagrożeń związanych z ciążą. Wsparcie od bliskich stanowi pewien bufor ochronny przed stresem, czym badaczki tłumaczą brak negatywnych następstw stresu prenatalnego u badanych noworodków. Jednak Pisoni i in. (2015) nie stwierdzili różnic w deklarowanej intensywności otrzymywanego wsparcia u kobiet w ciążach fizjologicznych i zagrożonych przedwczesnym porodem. Wykazali natomiast, że taki rodzaj pomocy od bliskich sprzyja rozwojowi więzi z dzieckiem. Również Fuller, Moore i Lester (1993) czy Ossa, Bustos i Fernandez (2012) zaobserwowali, że wsparcie płynące od rodziny, która dobrze

funkcjonuje w czasie ciąży, wiąże się z bardziej intensywną więzią emocjonalną z dzieckiem. Badania Hopkinsa i współpracowników (2018) pokazują, że wsparcie społeczne ma zarówno bezpośredni wpływ na więź rozwijającą się między kobietą a jej nienarodzonym dzieckiem, jak również osłabia wpływ lęku cechy na tę relację. Z kolei Bieleninik i in. (2010) wykazały, że więź emocjonalna z dzieckiem w okresie prenatalnym wzrasta wraz z nasileniem uzyskiwanego wsparcia, ale jedynie u kobiet w ciążach mnogich. Na współwystępowanie wyższego wsparcia społecznego z bardziej intensywną więzią matka – płód wskazują także w swoich badaniach Alhusen i in. (2012), Chang, Chen, Chen (2016), Ohara i in. (2017), Schmidt i in. (2016).

3.3. Skutki więzi emocjonalnej matki z dzieckiem w okresie prenatalnym

W kontekście pewnej sekwencji rozwojowej postawy i umiejętności prezentowane w ciąży są następstwem zdolności i doświadczeń zainicjowanych przed nią i mają wpływ na zachowania i postawy po urodzeniu (Doan i Zimmerman, 2003). Z tego powodu należy zwrócić uwagę na skutki więzi prenatalnej.

Już w momencie planowania ciąży kobieta rozpoczyna przygotowania do roli matki. Okres ciąży jest czasem nauki akceptacji tej roli i osławiania się z przyjściem na świat nowego człowieka (Orlikowska, Bołtuć, 2018). Bakiera (2013a) uważa poród za niezwykle ważny etap tego procesu, ponieważ wtedy ma miejsce transformacja w matkę. Komplikacje ciąży, których następstwem jest jej przedterminowe rozwiązanie, mogą zaburzyć ten proces. W literaturze to zjawisko określane jest „przedwczesnymi narodzinami rodzica” (Bruschweiler-Stern, 1998; Kmita, 2002). Przedwczesne przyjście na świat dziecka oraz powikłania położnicze mają istotny wpływ na charakter i dynamikę relacji w systemie rodzinnym. Pojawienie się nowego członka rodziny przed przewidywanym terminem i jego brak pełnej dojrzałości biologicznej, konieczność hospitalizacji i oddzielenia od rodziców zaburzają ich pierwsze kontakty z noworodkiem (Brisch, Bechinger, Betzler, Heinemann, 2003; Kmita, 2004; Orlikowska, Bołtuć, 2018).

Więź prenatalna oraz jej specyfika mają ścisły związek z relacją rodzica z dzieckiem po jego narodzinach (Muller, 1996). Więź matki z dzieckiem w okresie prenatalnym jest najważniejszym predyktorem jej więzi z dzieckiem po urodzeniu (Doster i in., 2018; Taffazoli i in., 2015). Relacja ta przejawia się bardziej w zachowaniach emocjonalnych i dążeniu do bliskości niż w opiece nad niemowlęciem. Podobne konsekwencje wykazały badania podłużne Siddiqui i in. (2000), w których początkowo sprawdzano poziom natężenia więzi prenatalnej, a później śledzono, jak wyglądają relacje matki z dzieckiem kilka miesięcy po porodzie. Kobiety przejawiające bardziej intensywną więź w czasie ciąży, po rozwiązaniu podejmowały więcej interakcji z niemowlęciem, szybciej reagowały na jego sygnały i dostarczały mu więcej stymulacji. Obserwacje zostały potwierdzone przez innych badaczy, np. Fijałkowska, Bielawska-Batorowicz (2019), Shin, Park i Kim

(2006), Zdolska-Wawrzekiewicz, Bidzan, Chrzan-Dętkoś, Pizuńska (2019). Matki nawiązujące słabszą więź prenatalną mają tendencję do mniejszej dbałości o zachowania prozdrowotne (Lindgren, 2001) i mają gorsze relacje z dzieckiem po porodzie (Bielawska-Batorowicz, 2006). Ponadto niski poziom przywiązania prenatalnego współwystępuje z zaniedbywaniem, a nawet przemocą wobec dziecka po urodzeniu (Tsujino, Oyama Higa, 2004).

Zatem intensywna więź prenatalna może być podstawą efektywnego i, co ważne, zaangażowanego rodzicielstwa. Relacja kobiety z dzieckiem w okresie prenatalnym przejawia się w pewnych aspektach behawioralnych, które składają się na zaangażowanie rodzicielskie po jego urodzeniu (Bakiera, 2013a, 2013b). Zaangażowany styl realizowania rodzicielstwa uwzględnia komponenty walencyjne, poznawczo-emocjonalne i behawioralne. Wyrazem zaangażowania walencyjnego jest traktowanie bycia rodzicem jako jednej z nadrzędnych wartości (Bakiera, 2013b), co obserwuje się także w wyrażaniu gotowości do pełnienia roli rodzicielskiej będącej elementem składowym więzi emocjonalnej w okresie prenatalnym. Zaangażowanie poznawczo-emocjonalne przejawia się w koncentrowaniu myśli, uwagi i wyobrażeń na zmieniającym się dziecku oraz byciu rodzicem (Bakiera, 2013a, 2013b), co można zaobserwować także w podmiotowym traktowaniu dziecka prenatalnego (Kornas-Biela, 2009), tworzeniu jego charakterystyk i interakcjach z nim. Natomiast podporządkowanie interesom się dziecka w okresie prenatalnym jest widoczne w zaangażowaniu behawioralnym, ujawniającym się w dostępności dla dziecka, w byciu z nim blisko oraz w opiece i działaniach ukierunkowanych na kreowanie środowiska jego rozwoju, zaspokajaniu jego potrzeb i dbaniu o jego prawidłowy rozwój (Bakiera, 2013a, 2013b; Janicka, 2014).

Bakiera (2013b) wykazała także, że rodzice żyjący w satysfakcjonującym związku demonstrują zdecydowanie bardziej konstruktywne postawy wobec dzieci. Bliska relacja między rodzicami jest związana z ich wzajemną zależnością od siebie, przejawiającą się w gotowości do wzajemnego wspierania się partnerów w sytuacjach codziennych i nieoczekiwanych, co stanowi czynnik integrujący związek (Janicka, 2008a). Natężenie zaangażowania między matką a jej partnerem i schematy ich zachowań wobec siebie mogą przekładać się na zaangażowanie w relacji rodzica z dzieckiem. Kobiety otrzymujące wsparcie w związku przejawiają wyższy poziom zaangażowania rodzicielskiego. Z kolei jego brak może ograniczać zdolność przystosowania się do roli rodzicielskiej (Janicka, 2014). Badania pokazują, że matki kohabitujące otrzymują mniej wsparcia od partnera niż te w związkach małżeńskich, co powoduje, że ich zaangażowanie przejawiające się w czasie spędzonym z dzieckiem, a także inwestowaniu w nie jest słabsze (Aronson, Huston, 2004).

Bliska relacja z narodzonym dzieckiem oraz adekwatne do jego potrzeb reakcje rodzica sprzyjają jego rozwojowi na różnych płaszczyznach, co potwierdzają między innymi badania Bowlby'ego (2007) czy Ainsworth (1989). Zatem proces nawiązywania więzi, rozpoczęty jeszcze w okresie prenatalnym, ma duże znaczenie dla dalszego funkcjonowania i rozwoju dziecka. Nie ulega wątpliwości, że wczesna identyfikacja zaburzeń w tworzeniu i progresie relacji prenatalnej przyczynia się do podjęcia bardziej efektywnych działań interwencyjnych ze strony profesjonalistów pracujących z rodzicami oczekującymi dziecka.

Rozdział 4. Metodologiczne założenia badań własnych

4.1. Cel badań i problemy badawcze

Celem podjętych badań była analiza więzi emocjonalnej matki z dzieckiem w okresie prenatalnym oraz ustalenie, czy istnieją różnice w jej nasileniu u kobiet zaklasyfikowanych do trzech grup: w ciążach fizjologicznych, w ciążach wysokiego ryzyka ze zdiagnozowanymi wadami rozwojowymi płodu oraz z innymi zagrożeniami. Podjęto także próbę określenia, które z wybranych zmiennych są predyktorami więzi prenatalnej przy uwzględnieniu zagrożeń ciąży lub ich braku oraz sprawdzenia, czy sposób doświadczania ciąży modyfikuje te uwarunkowania.

W niniejszej pracy pojęcia: płód, dziecko prenatalne, dziecko nienarodzone są stosowane zamiennie. W literaturze przedmiotu wspomniane określenia uznaje się za równoznaczne i odnoszące się do dziecka w łonie matki.

Sformułowano następujące pytania i hipotezy badawcze:

1. Czy kobiety w ciążach zdrowych, z wadami wrodzonymi oraz z innymi zagrożeniami różnią się w nasileniu więzi emocjonalnej z dzieckiem?

H1: Kobiety w ciążach wysokiego ryzyka i kobiety w ciążach fizjologicznych różnią się pod względem więzi prenatalnej.

H1.1: Kobiety w ciążach wysokiego ryzyka z wadami wrodzonymi płodu cechuje niższy poziom więzi niż kobiety w ciążach z innymi zagrożeniami i w ciążach zdrowych.

H1.2: Kobiety w ciążach z innymi zagrożeniami cechuje niższy poziom więzi niż w ciążach o prawidłowym przebiegu.

W czasie oczekiwania na diagnozę prenatalną może nastąpić obniżenie nasilenia więzi prenatalnej, jednak potwierdzenie prawidłowego rozwoju płodu powoduje jego znaczny wzrost (Caccia, 1991). Zmniejszenie natężenia więzi matka – płód może mieć związek z ryzykiem straty dziecka i stanowić swoisty mechanizm obronny, którego celem jest ochrona kobiety przed emocjonalnymi kosztami straty bliskiej osoby (Bielawska-Batorowicz, 2006). W przypadku jednej grupy badanych kobiet w toku procesu diagnostycznego stwierdzono i potwierdzono wrodzone wady rozwojowe płodów, co sugeruje, że nasilenie więzi prenatalnej z dzieckiem może być u nich niższe niż u kobiet w ciążach zdrowych oraz

z zagrożeniami niewynikającymi z nieprawidłowości rozwoju płodu. Jednocześnie porównania kobiet w ciążach wysokiego ryzyka i fizjologicznych nie wykazały różnic międzygrupowych w intensywności więzi z dzieckiem (Kemp, Page, 1987; Pisoni i in., 2015; Ustunsoz i in., 2010; Zimmerman, Doan, 2003). Palma i współpracownicy (2020) wykazali także brak znaczenia hospitalizacji w ciąży wysokiego ryzyka dla przywiązania prenatalnego.

2. Czy cechy obecnej ciąży, takie jak jej: planowanie, kolejność, znajomość płci dziecka, różnicują nasilenie więzi matka – płód?

H2: Kobiety w ciążach planowanych przejawiają silniejszą więź z dzieckiem niż te nieplanujące ciążę.

Kiedy kobieta zachodzi w ciążę, której nie planowała, może wywoływać to u niej negatywne emocje oraz trudności w akceptacji nowej sytuacji, roli rodzicielskiej i samej ciąży, co może przekładać się na mniejsze zaangażowanie emocjonalne w relację z dzieckiem w okresie prenatalnym. Na niższy poziom więzi emocjonalnej w nieplanowanych ciążach wskazują np. badania Camarneiro i de Miranda Justo (2017), Narita i Meagara (1993) czy Absasi i in. (2013).

H3: Kobiety w pierwszych ciążach tworzą silniejszą więź z dzieckiem niż wieloródki.

Przypuszcza się, że kobiety w pierwszej ciąży, mimo niewiadomej związanej z nową sytuacją i brakiem doświadczeń w wychowywaniu dziecka, będą przejawiać wyższy poziom więzi emocjonalnej z nim niż kobiety w kolejnych ciążach. Przeżywanie pierwszej ciąży może wiązać się z poczuciem ekscytacji, nowością oraz dumą z faktu dopełniania kobiecości przez stawanie się matką (Kucharska i in., 2013). Z kolei doświadczenia poprzednich ciąż, przeżycie porodu i opieki nad małym dzieckiem oraz świadomość, jaki wysiłek się z tym wiąże, mogą przyczyniać się do niższego nasilenia więzi matka – płód. Na tworzenie silniejszej więzi wśród pierwiastek wskazują np. badania Armstronga i Hutti (1998), Lorensen i in. (2004), Mercer i in. (1988), Pascoe i in. (1995), Ustunsoz i in. (2010) czy Zimmerman i Doan (2003).

H4: Znajomość płci płodu sprzyja tworzeniu więzi emocjonalnej z nim.

Badanie ultrasonograficzne dające możliwość obejrzenia dziecka oraz określenie jego płci mogą pomagać w tworzeniu wyobrażonego obrazu dziecka, przypisywaniu mu konkretnych cech oraz uświadamieniu i zaakceptowaniu go jako odrębnego człowieka, na co wskazują np. badania Abasi i in. (2013), Lewis (2008).

3. Czy negatywne doświadczenia prokreacyjne, jak: problemy z płodnością, poronienia, komplikacje podczas ciąży i porodów, różnicują nasilenie więzi emocjonalnej matki z dzieckiem?

Ze względu na zróżnicowane wyniki dotychczasowych badań dotyczących związku negatywnych doświadczeń położniczych z więzią emocjonalną z dzieckiem nie sformułowano hipotez badawczych do pytania 3.

4. Czy istnieje związek między wiekiem ciążowym a więzią emocjonalną z dzieckiem?

H5: Nasilenie więzi emocjonalnej wzrasta wraz z wiekiem ciąży we wszystkich badanych grupach.

H5.1: Nasilenie więzi wzrasta wraz z wiekiem ciąży z wadami wrodzonymi.

H5.2: Nasilenie więzi emocjonalnej wzrasta wraz z wiekiem ciąży z innymi zagrożeniami.

H5.3: Nasilenie więzi emocjonalnej wzrasta wraz z wiekiem ciąży zdrowej.

Więź emocjonalna matki z dzieckiem jest obserwowana już we wczesnych etapach ciąży. Rozwój dziecka w łonie matki wiąże się ze wzrostem jego aktywności, co sprzyja podejmowaniu kontaktu z nim i traktowaniu go jako indywidualnego człowieka oraz stosowaniu bardziej wysublimowanych form nawiązywania relacji z nim. Większość badań wskazuje wiek ciąży za istotny predyktor relacji emocjonalnej z dzieckiem (np. Bielawska-Batorowicz, 1995, 2006; Bielawska-Batorowicz i in., 2002; Caccia i in., 1991; Hjelmstedt i in., 2006; Kuo i in., 2013; McNamara, Townsend, Herbert, 2019; Pawlicka i in., 2013; Sjörgen i in., 2004; Walsh i in., 2014), dlatego przewiduje się, że wraz z postępem ciąży więź matka – płód będzie silniejsza.

5. Czy istnieje związek między wiekiem ciążowym a komponentami więzi matki z dzieckiem? – nie sformułowano hipotez.

6. Czy kobiety w badanych grupach różnie doświadczają ciąży?

H6: Kobiety w ciążach zdrowych, z wadami wrodzonymi i z innymi zagrożeniami różnie doświadczają swojego obecnego stanu.

H6.1: Matki w badanych grupach doświadczają lęku przed macierzyństwem na różnym poziomie.

a) *Przewiduje się, że kobiety w ciążach z wadami wrodzonymi odczuwają silniejszy lęk przed macierzyństwem niż te w ciążach fizjologicznych.*

b) *Badane w ciążach z innymi zagrożeniami odczuwają silniejszy lęk przed macierzyństwem niż te w ciążach fizjologicznych.*

H6.2: Poziom zagrożenia poczucia bezpieczeństwa w badanych grupach matek jest istotnie różny.

a) *Przypuszcza się, że kobiety w ciążach z wadami rozwojowymi doświadczają mniejszego poczucia bezpieczeństwa niż w ciążach zdrowych.*

b) *Matki w ciążach z innymi zagrożeniami mają mniejsze poczucie bezpieczeństwa niż te w ciążach fizjologicznych.*

H6.3: Poziom koncentracji na ciąży jest istotnie różny w badanych grupach kobiet.

a) *Przypuszcza się, że matki w ciążach z wadami wrodzonymi bardziej koncentrują się na swoim stanie niż te w ciążach prawidłowych.*

- b) *Kobiety w ciążach zagrożonych przez inne powikłania są bardziej skoncentrowane na obecnym stanie niż te w ciążach fizjologicznych.*

H6.4: Matki w badanych grupach różnie doświadczają trudności w sferze zaufania do siebie i możliwości wsparcia.

- a) *Przypuszcza się, że kobiety w ciążach z wadami mniej ufają sobie i specjalistom niż matki w ciążach zdrowych.*
- b) *Poziom zaufania do siebie i możliwości wsparcia jest niższy u kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami niż w ciążach prawidłowych.*

H6.5: Kobiety w badanych grupach różnicuje poziom akceptacji roli macierzyńskiej.

- a) *Przyjęto, że badane w ciążach z wadami wrodzonymi mniej akceptują rolę rodzicielską niż matki w zdrowych ciążach.*
- b) *Poziom akceptacji roli macierzyńskiej jest niższy u kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami niż tych w ciążach zdrowych.*

7. Czy istnieje związek między sposobem doświadczania ciąży przez kobietę a więzią emocjonalną z dzieckiem?

H7: Doświadczanie ciąży jako uciążliwej współwystępuje z niższym nasileniem ogólnej więzi matki z dzieckiem.

Hipoteza 7.1: Lęk przed macierzyństwem współwystępuje z mniejszym nasileniem więzi matki z dzieckiem.

- a) *Lęk przed macierzyństwem współwystępuje z mniej intensywną więzią prenatalną kobiet w ciążach z wadami.*
- b) *Lęk przed macierzyństwem kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami współwystępuje z obniżeniem ich więzi z dzieckiem.*
- c) *U kobiet w ciążach zdrowych lęk przed macierzyństwem współwystępuje z obniżeniem więzi prenatalnej.*

H7.2: Zagrożenie poczucia bezpieczeństwa obniża nasilenie więzi matki z dzieckiem.

- a) *Doświadczanie braku bezpieczeństwa osłabia więź z dzieckiem u kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi.*
- b) *Zagrożenie poczucia bezpieczeństwa obniża nasilenie więzi prenatalnej matek w ciążach z innymi zagrożeniami.*
- c) *Niskie poczucie bezpieczeństwa w ciąży zdrowej osłabia więź matki z dzieckiem.*

H7.3: Koncentracja na ciąży obniża nasilenie więzi matki z dzieckiem prenatalnym.

- a) *Koncentracja na ciąży z wadami wrodzonymi osłabia więź matki z dzieckiem.*
- b) *Koncentracja na ciąży osłabia więź prenatalną u kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami.*
- c) *Koncentracja na ciąży zdrowej obniża nasilenie więzi matki z dzieckiem.*

H7.4: Brak zaufania do specjalistów obniża nasilenie więzi matki z dzieckiem prenatalnym.

- a) *Brak zaufania do specjalistów matek w ciążach z wadami wrodzonymi osłabia ich więź z dzieckiem.*

- b) *Brak zaufania do specjalistów obniża nasilenie więzi matek w ciążach z innymi zagrożeniami.*
- c) *Brak zaufania do specjalistów osłabia więź prenatalną kobiet w ciążach zdrowych.*

H7.5: Brak akceptacji roli macierzyńskiej obniża nasilenie więzi matki z dzieckiem.

- a) *Brak akceptacji roli rodzicielskiej osłabia więź z dzieckiem u kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi.*
- b) *Brak akceptacji roli macierzyńskiej obniża nasilenie więzi prenatalnej matek w ciążach z innymi zagrożeniami.*
- c) *Nieakceptowanie roli macierzyńskiej osłabia więź z dzieckiem badanych w ciążach zdrowych.*

Ciąża niesie ze sobą wiele zmian i uciążliwości, które mogą być trudne do zaakceptowania przez matkę. Przewiduje się, że jeśli kobieta przejawia negatywną postawę wobec nowych obowiązków wiążących się z ciążą, nie czuje się bezpiecznie w nowej sytuacji i czuje lęk oraz nie ma pewności, co do profesjonalizmu opiekujących się nią specjalistów (Szymona-Pałkowska, 2006), to jej niezadowolone oraz przeciążenie mogą przekładać się na tworzenie mniej intensywnej więzi z nienarodzonym dzieckiem. Można przypuszczać, że związek ten będzie szczególnie widoczny w sytuacji ciąży z innymi zagrożeniami, dla których charakterystyczne są nieprzyjemne dla kobiet objawy i dolegliwości fizyczne. Kobiety w ciążach wysokiego ryzyka mogą przejawiać inne postawy wobec obecnej ciąży niż kobiety w ciążach fizjologicznych, szczególnie w aspekcie koncentracji na własnej trudnej sytuacji związanej z patologią ciąży (*ibidem*, 2006).

- 8. Czy istnieje związek między sposobem doświadczania ciąży przez kobietę a komponentami więzi emocjonalnej? – nie sformułowano hipotez.
- 9. Czy istnieje związek między wiekiem matki a więzią emocjonalną z dzieckiem?

H8: Istnieje zależność między wiekiem matki a więzią emocjonalną z dzieckiem. Im starsze są matki, tym tworzą mniej intensywną więź prenatalną.

H8.1: Im starsze są matki w ciążach z wadami wrodzonymi, tym mniej silną więź tworzą z dzieckiem.

H8.2: Starszy wiek matek w ciążach z innymi zagrożeniami nie sprzyja tworzeniu silnej więzi z dzieckiem.

H8.3: Im starsze są kobiety w ciążach zdrowych, tym mniej intensywną więź prenatalną przejawiają.

Ryzyko powikłań ciąży wzrasta wraz z wiekiem matki, co może skutkować stratą prenatalną. Starsze kobiety poprzez mniejsze zaangażowanie emocjonalne w tworzenie więzi z nienarodzonym dzieckiem mogą chronić się przed poniesieniem dużych kosztów emocjonalnych na skutek ewentualnej straty bliskiej osoby. Silniejszą więź prenatalną u młodszych dorosłych matek wykazały m.in. badania Camarneiro, de Miranda Justo, 2017; Hopkinsa i in., 2018; Siddiqui i in., 1999 czy Ustunsoz i in., 2010.

10. Czy istnieje związek między wiekiem matki a komponentami więzi prenatalnej? – nie sformułowano hipotez.

11. Czy poziom stylów przywiązania jest różny w badanych grupach kobiet?

H9: Występują różnice między badanymi matkami w zakresie trzech stylów przywiązania.

H9.1: Występują istotne różnice między badanymi grupami w poziomie bezpiecznego stylu przywiązania.

H9.2: Występują istotne różnice między badanymi grupami w poziomie lękowo-ambiwalentnego stylu przywiązania.

H9.3: Występują istotne różnice między badanymi grupami w poziomie unikowego stylu przywiązania.

12. Czy istnieje związek między stylem przywiązania a ogólną więzią emocjonalną z dzieckiem?

H10: Istnieje związek między stylem przywiązania matki a ogólnym wskaźnikiem więzi emocjonalnej z dzieckiem.

H10.1: Wysokie natężenie bezpiecznego stylu przywiązania współwystępuje z większym nasileniem więzi emocjonalnej z dzieckiem.

- a) Bezpieczne przywiązanie u matek w ciążach z wadami wrodzonymi ma związek z silniejszą więzią z dzieckiem.*
- b) U kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami bezpieczne przywiązanie współwystępuje z silniejszą więzią prenatalną.*
- c) W grupie kobiet w ciążach zdrowych wysokie natężenie bezpiecznego stylu przywiązania ma związek z silniejszą więzią emocjonalną z dzieckiem.*

H10.2: Wysokie natężenie lękowo-ambiwalentnego stylu przywiązania współwystępuje z mniejszym nasileniem więzi emocjonalnej z dzieckiem.

- a) W ciążach z wadami wrodzonymi przywiązanie lękowo-ambiwalentne współwystępuje z niższym nasileniem więzi z dzieckiem.*
- b) Styl lękowo-ambiwalentny współwystępuje z niższą więzią prenatalną u kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami.*
- c) U kobiet w ciążach zdrowych przywiązanie lękowo-ambiwalentne ma związek z niższą więzią matka – płód.*

H10.3: Wysokie natężenie unikowego stylu przywiązania współwystępuje z mniejszym nasileniem więzi emocjonalnej z dzieckiem.

- a) Wysokie natężenie unikowego stylu przywiązania ma związek z niższą więzią z dzieckiem u matek w ciążach z wadami.*
- b) W grupie badanych w ciążach z innymi zagrożeniami wysokie natężenie stylu unikowego współwystępuje z niską więzią prenatalną.*
- c) Wysokie natężenie unikowego stylu przywiązania ma związek z niższą więzią z dzieckiem matek w ciążach zdrowych.*

Osoby charakteryzujące się bezpiecznym stylem przywiązania mają tendencję do tworzenia bliskich i ciepłych relacji z innymi, w przeciwieństwie do tych przywiązanych lękowo, którym z obawy przed odrzuceniem trudno funkcjonować w bliskich związkach emocjonalnych oraz osób przywiązujących się unikowo, które dystansują się w relacjach emocjonalnych (Plopa, 2008b). Przypuszcza się, że więź prenatalna będzie silniejsza u kobiet o bezpiecznym stylu przywiązania niż u tych przywiązanych lękowo-ambiwalentnie. Badania Mikulincera i Floriana (1999) wykazujące, że kobiety przywiązane lękowo-ambiwalentnie i unikowo deklarują podobny poziom przywiązania prenatalnego, mimo że przebieg jego rozwoju jest inny w trakcie ciąży, i że jest ono istotnie niższe od tego charakterystycznego dla kobiet o bezpiecznym stylu przywiązania.

13. Czy istnieje związek między stylem przywiązania a komponentami więzi emocjonalnej? – nie sformułowano hipotez.

14. Czy poziom samooceny jest różny w badanych grupach kobiet?

H11: Kobiety w trzech badanych grupach różnią się poziomem samooceny.

15. Czy istnieje związek między samooceną matki a więzią emocjonalną z dzieckiem?

H12: Wysoka samoocena matki współwystępuje z tworzeniem silniejszej więzi emocjonalnej z dzieckiem.

H12.1: Wysoka samoocena matek w ciążach z wadami wrodzonymi ma związek z silniejszą więzią ogólną z dzieckiem.

H12.2: Wysoka samoocena kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami współwystępuje z silniejszą więzią z dzieckiem.

H12.3: Wysoka samoocena matek w ciążach zdrowych ma związek z silniejszą więzią prenatalną.

Wysoka samoocena przejawia się samoakceptacją, wiarą w możliwość poradzenia sobie w różnych sytuacjach, pozytywnym nastawieniem wobec siebie i swoich potencjalnych możliwości, czego konsekwencją mogą być bardziej rozwinięte zdolności społeczne i większa skutecznością w nawiązywaniu relacji z ludźmi. Można przypuszczać, że kobiety o wyższym poczuciu własnej wartości będą miały tendencję do większej akceptacji odrębności dziecka oraz tworzenia silniejszej więzi prenatalnej (Abasi i in., 2013; Koniak-Griffin, 1988; Muller, 1992).

16. Czy istnieje związek między samooceną matki a komponentami więzi emocjonalnej z dzieckiem? – nie sformułowano hipotez.

17. Czy lęk rozumiany jako cecha i jako stan są różne w badanych grupach kobiet?

H13: Kobiety w obu grupach ciąż zagrożonych odczuwają silniejszy lęk sytuacyjny niż kobiety w ciążach zdrowych.

H13.1: Kobiety w ciążach z wadami wrodzonymi odczuwają silniejszy lęk-stan niż te w ciążach zdrowych.

H13.2: Lęk sytuacyjny jest wyższy u kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami niż zdrowych.

H14: Kobiety w ciążach zdrowych, z wadami wrodzonymi i z innymi zagrożeniami charakteryzuje różny poziom lęku.

H14.1: Kobiety w ciążach zdrowych i z wadami wrodzonymi cechuje lęk na różnym poziomie.

H14.2: Kobiety w ciążach zdrowych i z innymi zagrożeniami cechuje lęk na różnym poziomie.

18. Czy istnieje związek między lękiem matki rozumianym jako cecha i jako stan a więzią emocjonalną z dzieckiem?

15: Wysoki poziom lęku rozumianego jako stan wiąże się z mniejszym nasileniem prenatalnej.

H15.1: Wysoki poziom lęku sytuacyjnego kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi współwystępuje z niższą więzią z dzieckiem.

H15.2: Wysoki poziom lęku stanu matek w ciążach z innymi zagrożeniami ma związek z niższą więzią prenatalną.

H15.3: Wysoki poziom lęku sytuacyjnego kobiet w ciążach zdrowych współwystępuje z niższą więzią z dzieckiem.

H16: Wysoki poziom lęku rozumianego jako cecha wiąże się z mniejszym nasileniem więzi prenatalnej.

H16.1: Wysoki lęk cecha matek w ciążach z wadami wrodzonymi wiąże się z mniejszym nasileniem więzi matka – płód.

H16.2: Wysoki poziom lęku rozumianego jako cecha współwystępuje z niższą więzią z dzieckiem w grupie kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami.

H16.3: Wysoki lęk charakteryzujący matki w ciążach zdrowych ma związek z niższą więzią z dzieckiem.

Lęk w rozumieniu stałej cechy osobowości może wiązać się z tendencją do reagowania silnym niepokojem na różne zdarzenia życiowe i wpływać na pojawienie się oraz natężenie lęku sytuacyjnego wywołanego interpretacją czynników zewnętrznych jako zagrażających. Poczuciu lęku często towarzyszą inne ujemne emocje oraz brak satysfakcji z podejmowanych działań (Maloni i in., 2002). Kobieta w czasie ciąży jest narażona na wiele sytuacji wywołujących niepokój, szczególnie w ciąży wysokiego ryzyka. Trudne i często sprzeczne emocje wywołane lękiem mogą przekładać się na tworzenie mniej intensywnej więzi prenatalnej (Hee i Young, 2015; Hopkins i in., 2018; Narita i Meahara, 1993; White i in., 2008).

19. Czy istnieje związek między lękiem matki rozumianym jako cecha i jako stan a komponentami więzi z dzieckiem? – nie sformułowano hipotez.

20. Czy stan cywilny kobiety i rodzaj związku różnicują jej przywiązanie prenatalne?

H17: Kobiety w związkach małżeńskich tworzą silniejszą więź z dzieckiem niż matki kohabitujące.

Znaczącą rolę w budowaniu poczucia bezpieczeństwa kobiety ma obecność jej partnera w czasie ciąży, ponieważ w związkach mężczyźni stanowią główne źródło wsparcia społecznego dla swoich partnerek. Zaobserwowano niższą samoocenę u kobiet, których partnerzy odeszli na wieść o ciąży w porównaniu do tych pozostających w stałych związkach (Jang i in., 2015). Brak akceptacji ciąży przez ojca dziecka może rzutować na brak jej aprobaty ze strony matki (Kroelinger, Oths, 2000; Narita i Meahara, 1993). Można zatem przewidywać, że kobiety pozostające w stałych związkach będą wykazywać większą akceptację wobec nienarodzonego dziecka, a tym samym nawiązywać z nim silniejszą więź prenatalną. Mężatki lepiej oceniają swoje związki niż kobiety w kohabitacji (Janicka, 2006, 2008b), które otrzymując mniej wsparcia od partnera, mniej angażują się w spędzanie czasu z dzieckiem po urodzeniu oraz mniej w nie inwestują (Aronson, Huston, 2004). Przypuszcza się zatem, że kobiety kohabitujące mogą tworzyć mniej intensywną relację prenatalną niż mężatki.

21. Czy wsparcie ogólne otrzymywane od partnera jest różne w badanych grupach kobiet?

H18: Kobiety w ciążach zdrowych, z wadami wrodzonymi i z innymi zagrożeniami otrzymują wsparcie od partnerów na różnym poziomie.

22. Czy istnieje związek między wsparciem otrzymywanym od partnera a więzią emocjonalną z dzieckiem?

H19: Wysoki poziom wsparcia ogólnego uzyskiwanego od partnera współwystępuje z tworzeniem bardziej intensywniej więzi prenatalnej.

H19.1: Silne wsparcie od partnera ma związek z bardziej intensywną więzią prenatalną kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi.

H19.2: Wysoki poziom wsparcia od partnera współwystępuje z bardziej intensywną więzią prenatalną w ciążach z innymi zagrożeniami.

H19.3: Silne wsparcie od partnera ma związek z silniejszą więzią prenatalną w ciążach zdrowych.

Najistotniejszym źródłem wsparcia dla kobiety w ciąży jest to uzyskiwane od partnera. Badania Markiewicz (2001, za: Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 176–177) pokazują, że poziom oczekiwanego wsparcia od partnera jest podobny u kobiet w ciążach zdrowych i w ciążach wysokiego ryzyka. Nie różnią się także w zakresie oceny wsparcia, które od nich uzyskują. Analizy pozwolą na weryfikację, czy badane matki w grupach ciąż zagrożonych (z wadami wrodzonymi oraz z innymi zagrożeniami) i zdrowych będą deklarować różną intensywność otrzymywanego wsparcia społecznego, czy na tym samym poziomie, na co wskazują badania Pisoni i in. (2015). Otrzymywane wsparcie sprzyja tworzeniu więzi prenatalnej, ponieważ jest zasobem chroniącym przed negatywnymi skutkami stresu (Pisoni i in., 2015). Przypuszcza się, że matki wspierane przez

swoich mężów/partnerów będą tworzyć silniejszą więź emocjonalną z nienarodzonymi dziećmi. Wskazują na to także badania np. Abasi i in. (2012), Alhusen (2008), Kijo i in. (2013), Mercer i Ferketisch (1990), Walsh i in. (2011) oraz przegląd badań McNamary, Townsend i Herbert (2019).

23. Czy istnieje związek między wsparciem otrzymywanym od partnera a komponentami więzi z dzieckiem? – nie sformułowano hipotez.

24. Czy zależność od partnera jest różna w trzech badanych grupach kobiet?

H20: Kobiety w ciążach zdrowych, z wadami wrodzonymi i z innymi zagrożeniami różnią się poziomem zależności od swoich partnerów.

25. Czy istnieje związek między zależnością kobiety od partnera a więzią prenatalną?

H21: Poczucie zależności od partnera współwystępuje z tworzeniem bardziej intensywnej więzi z dzieckiem we wszystkich badanych grupach.

H21.1: Zależność od partnera matek w ciążach z wadami wrodzonymi ma związek z silniejszą więzią prenatalną.

H21.2: Większa zależność od partnera matek w ciążach z innymi zagrożeniami współwystępuje z silniejszą więzią prenatalną.

H21.3: Zależność od partnera współwystępuje z wyższą więzią z dzieckiem w grupie kobiet w ciążach zdrowych.

Zależność manifestuje się w potrzebie bycia blisko z innymi i tworzenia z nimi wspierających relacji (Fiori, Consedine, Magai, 2008). Jej poziom wyznacza jakość relacji z partnerem (Alonso-Arbiol, Shaver, Yarnoz, 2002; Lowyck, Luyten, Demyttenaere, Corveleyn, 2008; Wojciszke, 2005). Wzajemna zależność partnerów wiąże się z satysfakcją ze związku (Janicka, 2006), która ma swoje odzwierciedlenie w innych sferach życia i odgrywa znaczącą rolę w budowaniu relacji z nienarodzonym dzieckiem (m.in. Abasi i in., 2012; Hjelmstedt i in., 2006; Kijo i in., 2013; Koniak-Griffin, 1988; Walsh i in., 2011), sprzyja także włączaniu się w zadania rodzicielskie oraz przejawianiu bardziej konstruktywnych postaw wobec dzieci (Bakiera, 2013b). W związkach opartych na wzajemnej zależności kobiety doświadczają większego poczucia bezpieczeństwa i oparcia w partnerze, co sprzyja zaangażowaniu w relację z nim. Schematy wzajemnych zachowań wypracowanych w związku mogą przekładać się na zaangażowanie w relację z dzieckiem i przystosowanie się do roli rodzicielskiej (Janicka, 2014).

26. Czy istnieje związek między zależnością matki od partnera a komponentami więzi z dzieckiem? – nie sformułowano hipotez.

27. Czy cechy obecnej ciąży, takie jak jej: planowanie, kolejność, znajomość płci płodu oraz negatywne doświadczenia prokreacyjne różnicują sposób doświadczania ciąży?

28. Czy wiek ciążowy jest predyktorem doświadczania ciąży przez kobiety w badanych grupach?
29. Czy właściwości indywidualne matki, jak: wiek, styl przywiązania, samoocena, lęk cecha i lęk stan są predyktorami doświadczania przez nie ciąży?
30. Czy stan cywilny i rodzaj związku różnicują matki w aspekcie doświadczania przez nie ciąży?
31. Czy zmienne relacyjne, jak wsparcie i zależność od partnera są predyktorami doświadczania ciąży przez kobiety w trzech badanych grupach?

Ze względu na brak podstaw teoretycznych dotyczących związku wybranych zmiennych z doświadczaniem obecnej ciąży nie sformułowano hipotez badawczych do pytań: 27–31.

32. Które z wybranych zmiennych związanych z doświadczeniami prenatalnymi, doświadczaniem obecnej ciąży, właściwościami matki oraz relacją z partnerem determinują występowanie i nasilenie więzi emocjonalnej z dzieckiem w okresie prenatalnym w ciążach zagrożonych i fizjologicznych?

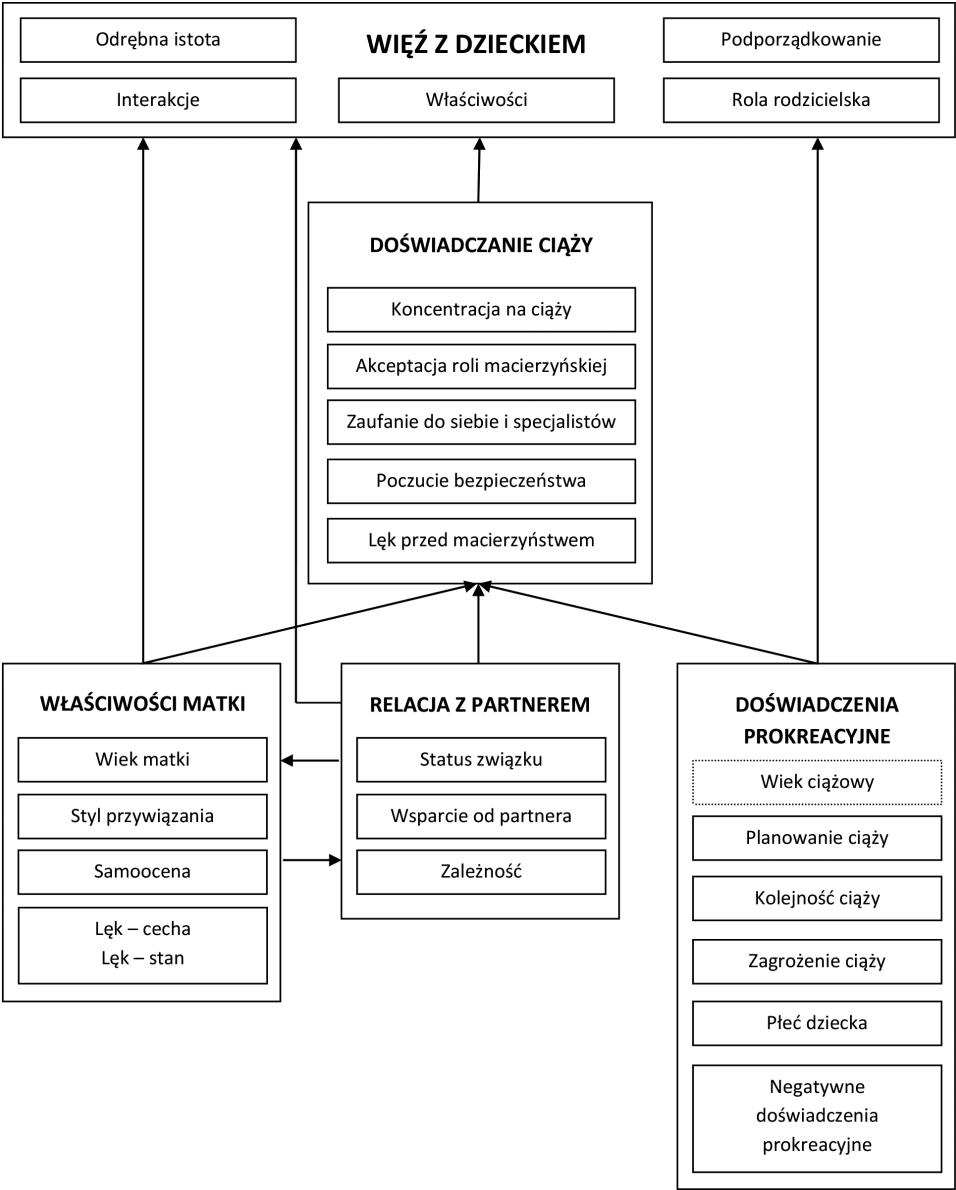
Hipoteza 22.: Predyktory więzi emocjonalnej matki z dzieckiem są różne dla kobiet w ciążach zdrowych i wysokiego ryzyka – z wadami wrodzonymi oraz innymi zagrożeniami.

W oparciu o założenia teoretyczne i główny cel przedstawianych badań został opracowany wyjściowy model testowanych zależności, który prezentuję na rysunku 1.

Rozważania przedstawione w części teoretycznej pokazują, że więź emocjonalna matki z dzieckiem w okresie prenatalnym podlega oddziaływaniom wielu czynników, które mogą wpływać na jej kształtowanie i nasilenie. W prezentowanym modelu uwzględniono wybrane zmienne demograficzne, położnicze i psychologiczne.

Model zakłada wpływ historii położniczej i cech obecnej ciąży (czyli wieku ciążowego, planowania ciąży, kolejności ciąży, znajomości płci dziecka, negatywnych doświadczeń prokreacyjnych), sposobu doświadczania ciąży (czyli postaw wobec uciążliwości i niedogodności związanych z obecną ciążą), właściwości indywidualnych matki (czyli jej wieku, samooceny, stylu przywiązania i odczuwanego lęku) oraz relacji z partnerem (czyli charakter związku, zależności i wsparcia od partnera) na nasilenie więzi prenatalnej. Przyjęto, że wymienione zmienne mogą mieć pośrednie lub bezpośrednie znaczenie dla budowania relacji z nienarodzonym dzieckiem.

Zależności między zmiennymi prezentowanymi w modelu mogą być różne w badanych grupach kobiet, tj.: w ciążach wysokiego ryzyka z wrodzoną wadą rozwojową, w ciążach z innymi zagrożeniami oraz w ciążach określanych jako zdrowe (bez powikłań, fizjologicznych).



Rysunek 1. Diagram zależności testowanych w badaniu

Źródło: opracowanie własne (dotyczy wszystkich rysunków w publikacji).

4.2. Charakterystyka grupy badanej i sposób przeprowadzania badań

Udział w badaniu wzięły 324 kobiety w ciąży – pacjentki Zakładu Diagnostyki i Profilaktyki Wad Wrodzonych Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki, Kliniki Ginekologii, Rozrodczości i Terapii Płodności Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki, Oddziału Patologii Ciąży w Szpitalu Madurowicza w Łodzi oraz klientki łódzkich szkół rodzenia: Ich Troje, Salve, Centrum Dla Mamy.

Projekt badawczy został pozytywnie zaopiniowany przez Komisję Bioetyki Badań Naukowych Uniwersytetu Łódzkiego. Badane zostały poinformowane o celu badania i zapewnione o jego pełnej poufności i dobrowolności. Wyraziły też pisemną zgodę na udział w badaniu (Formularz świadomej zgody). Z każdą kobietą przeprowadzono wywiad, podczas którego psycholog wypełniał ankietę demograficzną oraz zbierał informacje medyczne dotyczące przebiegu ciąży i wcześniejszych doświadczeń prokreacyjnych. Następnie uczestniczki otrzymywały komplet kwestionariuszy, który uzupełniały w dogodnym dla siebie czasie. Baterie testów wraz z wywiadem były zbierane i opatrywane kodem podczas kolejnego spotkania psychologa z badanymi.

W Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki właściwym badaniem psychologicznym objęto 106 kobiet oczekujących narodzin dziecka, u którego zdiagnozowana została wada wrodzona. W toku badań z analiz zostały wykluczone pacjentki, u których diagnoza nie została potwierdzona oraz takie, u których dzieci wykryto wady mnogie. W przypadku niektórych kobiet badanie nie zostało ukończono ze względów etycznych wynikających ze śmierci dziecka, złego stanu zdrowia lub samopoczucia badanej. Dodatkową trudność stanowiło dobranie homogenicznej pod względem tygodnia rozwoju ciąży grupy porównawczej, co wyeliminowało kobiety w ciążach z wadami wrodzonymi poniżej 22 tygodnia rozwoju. Ostatecznie do analiz włączono wyniki uzyskane z badań 65 kobiet, u których dzieci wykryto izolowane wady wrodzone, czyli dotyczące jednego narządu. Zaburzenia sklasyfikowano w pięć kategorii: wady serca, uropatia zaporowa, torbiele i guzy nerek, wytrzewienie, wodogłowie (tab. 1).

W doborze do drugiej grupy kobiet w ciążach zagrożonych kierowano się kryterium źródła ryzyka niewynikającego z zaburzeń rozwoju płodu. Przebadało 109 ciężarnych kobiet, które były hospitalizowane ze względu na zagrożenie ciąży będące skutkiem złego stanu zdrowia matki lub innych jej zaburzeń (w dalszych częściach książki określane jako inne zagrożenia ciąży). Wśród badanych znalazły się kobiety, u których pojawiły się krwawienia, bóle brzucha, wymioty, problemy z niewydolnością szyjki macicy oraz takie, u których zły stan zdrowia stanowił zagrożenie dla ciąży. Tabela 1 przedstawia rozkład ilościowy wad i objawów w obu grupach kobiet. W analizie ujęto wyniki tylko 65 kobiet ze względu na utrzymanie równej liczbeności oraz homogeniczności tygodnia ciąży we wszystkich badanych grupach.

Tabela 1

Rozkład zagrożeń w grupach kobiet w ciążach wysokiego ryzyka

Wady wrodzone płodu	N	Inne zagrożenia ciąży	N
uropatia zaporowa	26	niewydolność szyjki	30
torbiele i guzy nerek	20	stan zdrowia matki	25
wodogłowie	10	bóle brzucha	7
wady serca	6	wymioty	
wytrzewienie	3	krwawienie	3

Źródło: opracowanie własne (dotyczy wszystkich tabel w publikacji).

Trzecią grupę stanowiły kobiety w ciążach fizjologicznych, czyli zdrowych – w niniejszej pracy określenia te są stosowane zamiennie. Za ciążę zdrową uznano taką, w której nie wystąpiły zaburzenia rozwoju płodu oraz powikłania w ich dotychczasowym przebiegu, w których nie stwierdzono współwystępujących chorób matki i podczas których badane nie były hospitalizowane. Grupa została zrekrutowana wśród słuchaczek szkół rodzenia. W trakcie wywiadów z klientkami współpracujących placówek okazało się, że aż u 35 badanych istnieje zagrożenie ciąży wynikające ze stanu zdrowia matki. Część kobiet nie ukończyła badania lub nie wypełniła wszystkich arkuszy kwestionariuszy. Do końcowych analiz zakwalifikowano materiał z 74 badań, jednak ze względu na konieczność homogeniczności międzygrupowej w zakresie tygodnia rozwoju płodowego dziecka oraz zachowania równej liczebności grup przeanalizowano wyniki 65 kobiet.

Tabela 2

Średnie wartości wieku płodowego dziecka w ciążach z wadami wrodzonymi, z innymi zagrożeniami i zdrowych

		Wady wrodzone n = 65	Inne zagrożenia n = 65	Ciąże zdrowe n = 65	F	p
Tydzień ciąży	M	31,06	30,88	30,68	0,096	0,909
	min	22	22	22		
	max	40	40	40		
	SD	5,077	5,143	4,806		

Ostatecznie w badaniu wzięto pod uwagę wyniki 195 matek, które zostały podzielone na trzy równoliczne grupy. Nienarodzone dzieci badanych znajdowały się między 22. a 40. tygodniem wieku płodowego. W celu sprawdzenia, czy między badanymi grupami nie występują różnice w średnich wartościach tygodnia rozwoju ciąży, przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji w planie dla grup niezależnych. Analiza nie wykazała istotnych statystycznie różnic między

grupami, $F(2,192) = 0,10$; $p > 0,05$, co wskazuje na homogeniczność grup w zakresie średniego wieku płodowego dziecka. Szczegóły przedstawia tabela 2.

Tabela 3

Średnie wartości wieku badanych kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi, z innymi zagrożeniami i zdrowych

		Wady wrodzone $n = 65$	Inne zagrożenia $n = 65$	Ciąże zdrowe $n = 65$	F	p
Wiek badanej	M	29,69	30,32	30,0	0,28	0,754
	min	19	18	19		
	max	39	44	44		
	SD	4,889	5,365	3,984		

Tabela 3 obrazuje, że wiek badanych w grupie ciąż z wadami wrodzonymi mieścił się między 19. a 39. rokiem życia. Średnia wielu wyniosła 29,69 lat. W przypadku kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami wiek oscylował między 18. a 44. rokiem życia, a średnia wyniosła 30,32. Najmłodsze matki w ciążach fizjologicznych miały 19 lat, najstarsze 44 lata, a średnia ich wieku wyniosła 30,00 lat. Do porównań średniego wieku w badanych grupach kobiet zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między grupami odnośnie do średniego wieku życia badanych, $F(2,192) = 0,28$; $p > 0,05$.

W doborze uczestniczek badania nie udało się zachować równych proporcji w zakresie wykształcenia pomiędzy grupami matek w ciążach wysokiego ryzyka oraz w ciążach prawidłowych, co obrazuje tabela 4. Zarówno wśród kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi, jak i w grupie z innymi zagrożeniami wykształcenie wyższe deklarowało 67,7% badanych. W grupie ciąż zdrowych ten poziom wykształcenia osiągnęło aż 92,3% kobiet. Być może trudność w proporcjonalnym doborze grup klinicznych i grupy porównawczej pod względem wykształcenia jest efektem rekrutowania kobiet w ciążach fizjologicznych tylko spośród pacjentek szkół rodzenia. Badania wykazują, że przeciętne słuchaczki kursów przedporodowych charakteryzują się wyższym wykształceniem niż kobiety ciężarne niekorzystające z takich usług (Kwiatek i in., 2011). Należy jednak podkreślić, że w obu grupach w ciążach zagrożonych nie kontrolowano udziału w edukacji przedporodowej.

Natomiast zaobserwowana tendencja wydaje się odzwierciedlać istniejącą sytuację społeczną, zaś poziom edukacji prawdopodobnie odgrywa znaczącą rolę w epidemiologii patologii ciąży. Sytuacja ta znajduje potwierdzenie w badaniach zespołu Gupton (2001), w których wykazano, że kobiety w ciążach o charakterze patologicznym cechują się znacząco niższym wykształceniem niż kobiety w ciążach fizjologicznych.

Tabela 4

Charakterystyka badanych – zmienne demograficzne

	Kobiety w ciąży z wadami wrodzonymi <i>n</i> = 65	Kobiety w ciąży z innymi zagrożeniami <i>n</i> = 65	Kobiety w zdrowych ciążach <i>n</i> = 65
Wykształcenie			
Zasadnicze	6 (9,2%)	4 (6,2%)	1 (1,5%)
Średnie	15 (23,1%)	17 (26,2%)	4 (6,2%)
Wyższe	44 (67,7%)	44 (67,7%)	60 (92,3%)
Miejsce zamieszkania			
Duże miasto	31 (47,7%)	41 (63,1%)	49 (75,4%)
Małe miasto	19 (29,2%)	10 (15,4%)	7 (10,8%)
Wieś	15 (23,1%)	14 (21,5%)	9 (13,8%)
Rodzaj związku			
Małżeństwo	53 (81,5%)	48 (73,8%)	52 (80%)
Kohabitacja	12 (18,5%)	17 (26,2%)	13 (20%)

Wszystkie badane pozostawały w związkach z mężczyznami. 79% kobiet było mężatkami, 21% żyło ze swoimi partnerami w związkach nieformalnych. Nie zaobserwowano istotnych różnic między grupami w strukturze stanu cywilnego. Test zgodności Chi-kwadrat w badanych grupach ciężarnych wyniósł dla mężatek: $\chi^2 (2, N = 153) = 0,28$; $p > 0,05$ i odpowiednio dla kobiet kohabitujących: $\chi^2 (2, N = 42) = 1,0$; $p > 0,05$. W każdym przypadku matki deklarowały, że obecny partner jest ojcem ich nienarodzonego dziecka (tab. 4).

Tabela 5

Charakterystyka badanych – doświadczenia prokreacyjne

	Kobiety w ciąży z wadami wrodzonymi <i>n</i> = 65	Kobiety w ciąży z innymi zagrożeniami <i>n</i> = 65	Kobiety w zdrowych ciążach <i>n</i> = 65
Kolejność ciąży			
Pierwsza	31 (47,7%)	38 (58,5%)	59 (90,8%)
Kolejna	34 (52,3%)	27 (41,5%)	6 (9,2%)
Planowanie ciąży			
Tak	51 (78,9%)	54 (83,1%)	58 (89,2%)
Nie	14 (21,5%)	11 (16,9%)	7 (10,8%)
Komplikacje prokreacyjne			
Tak	30 (46,2%)	35 (53,8%)	14 (21,5%)
Nie	35 (53,8%)	30 (46,2%)	51 (78,5%)

Jak wskazuje tabela 5, 47,7% ciąż z wadami wrodzonymi było pierwszymi, jakich doświadczyły badane. W grupie z innymi zagrożeniami pierworódki stanowiły 58,5%, zaś wśród kobiet w ciążach fizjologicznych aż 90,8%. 78,5% matek,

u których dzieci wykryto wadę, planowało obecną ciążę. Wśród badanych z ciążami zagrożonymi z innych przyczyn planowane ciążę stanowiły 83,1%, a u tych w ciążach zdrowych – 89,2%.

Na uwagę zasługuje również fakt, że 46,2% kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi doświadczyło już wcześniej problemów z płodnością, poronień, komplikacji w czasie ciąży lub porodu. Negatywne doświadczenia prokreacyjne były udziałem 53,8% kobiet w ciążach z innym zagrożeniem i 21,5% badanych z grupy zdrowej (tab. 5).

4.3. Charakterystyka narzędzi badawczych

Do zbadania więzi emocjonalnej matki z dzieckiem w okresie prenatalnym i jej komponentów użyto kwestionariusza „Więź z dzieckiem w okresie ciąży” M.S. Cranley. Aby określić postawy matek wobec obecnej ciąży zastosowano Skalę Doświadczenia Ciąży S. Steuden i K. Szymony. W celu sprawdzenia indywidualnych właściwości matki użyto Kwestionariusz Stylów Przywiązania KSP autorstwa M. Plopy, Skalę Samooceny SES M. Rosenberga oraz Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI – narzędzie C.D. Spielbergera, R.L. Gorsuch, R.E. Lushene. Do sprawdzenia jakości relacji z partnerem oraz uzyskiwanego od niego wsparcia użyto Skalę Wsparcia Społecznego K. Kmiecik-Baran oraz Skalę Zależności od Małżonka SZM opracowaną przez O. Kriegelewicz i M.E. Babiuch. Kwestionariusz wywiadu własnej konstrukcji pozwolił na zebranie informacji demograficznych, medycznych, związanych z cechami obecnej ciąży oraz doświadczeniami prokreacyjnymi.

4.3.1. Kwestionariusz „Więź z dzieckiem w okresie ciąży”

Kwestionariusz Maternal Fetal Attachment Scale – MFAS autorstwa M.S. Cranley, zaadaptowany przez E. Bielawską-Batorowicz, służy do określenia różnych aspektów więzi emocjonalnej z dzieckiem w okresie ciąży. MFAS składa się z 24 twierdzeń, w których badane zaznaczają swoją opinię na pięciostopniowej skali. Twierdzenia pogrupowane są na pięć podskal:

- Podejmowanie roli rodzicielskiej – składa się z 4 itemów,
- Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty – składa się z 4 itemów,
- Nawiązywanie interakcji z dzieckiem – składa się z 5 itemów,
- Przypisywanie dziecku właściwości – składa się z 6 itemów,
- Podporządkowanie interesom dziecka – składa się z 5 itemów.

Konstrukcja skali pozwala zarówno na analizę wyników z poszczególnych podskal, jak i wyniku całościowego (Cranley, 1981). Im wyższy wynik uzyskany w skalach, tym silniejszą więź z dzieckiem prenatalnym przejawia badana. Współczynnik *alfa Cronbacha* wynosi – 0,81 dla całego kwestionariusza oraz 0,66, 0,58, 0,52, 0,61, 0,50 dla poszczególnych skal. W oryginalnej wersji językowej MFAS współczynniki wynoszą odpowiednio: 0,73, 0,62, 0,68, 0,67, 0,52 dla podskal i 0,84 dla całego kwestionariusza (Bielawska-Batorowicz, 1995), w przytaczanych badaniach 0,64, 0,57, 0,52, 0,59, 0,48 i 0,79 dla skali globalnej.

4.3.2. Skala Doświadczania Ciąży

Skala Doświadczania Ciąży autorstwa K. Szymony i S. Steuden służy do oceny postrzegania trudności ciąży w oparciu o pięć wymiarów: Lęk przed macierzyństwem, Zagrożenie poczucia bezpieczeństwa, Koncentrację na ciąży, Trudności w sferze zaufania do siebie i możliwości wsparcia, Trudności w akceptacji roli macierzyńskiej. Początkowo skala składała się z 63 twierdzeń dotyczących różnych aspektów macierzyństwa, ojcostwa i ciąży z uwzględnieniem obaw, oczekiwań i trudności związanych z nową sytuacją życiową. Po dokonaniu wstępnych badań, z uwagi na niejasną treść oraz niezadowalające właściwości psychometryczne, odrzucono 6 itemów przy pomocy sędziów kompetentnych. Kolejnym krokiem były badania pilotażowe, którymi objęto 80 kobiet i 70 mężczyzn oczekujących narodzin dziecka. Na ich podstawie dokonano analizy czynnikowej, która pozwoliła wyodrębnić 5 czynników. W ostatecznej wersji skali znalazło się 30 itemów, które najwyżej korelowały z uzyskanymi czynnikami. Pozycje kwestionariusza oceniane są na czterostopniowej skali od 0 do 3. Test zawiera dwie wersje przeznaczone dla matek i ojców (Szymona-Pałkowska, 2005). Dla potrzeb przeprowadzenia analiz w oparciu o modelowanie strukturalne utworzono wskaźnik ogólny – „Doświadczanie ciąży”, który stanowi sumę punktów uzyskanych w pięciu opisanych poniżej czynnikach. Wyniki mieszczą się w przedziale od 0 do 90 punktów. Im wyższy wynik, tym trudniejsze i bardziej uciążliwe dla badanej są doświadczenia związane z ciążą.

Czynnik I: Lęk przed macierzyństwem/ojcostwem

Składa się na niego 10 twierdzeń, a wysoki wynik wskazuje na doświadczanie przez oczekujących rodziców negatywnych emocji, odczuwanie przez nich samotności, drażliwości oraz lęku dotyczącego przebiegu ciąży, obaw dotyczących obowiązków macierzyńskich/ojcowskich, niepokoju związanego z pielęgnacją i wychowaniem dziecka oraz innymi obciążeniami. Współczynnik *alfa Cronbacha* dla skali wynosi 0,84. Tożsamy wynik uzyskano dla badanej grupy.

Czynnik II: Zagrożenie poczucia bezpieczeństwa

Zawiera 5 twierdzeń dotyczących poczucia bezpieczeństwa w relacji z partnerem w związku ze stanem ciąży. Wysoki wynik oznacza poczucie braku bezpieczeństwa we wzajemnych relacjach pomiędzy małżonkami w kontekście

oczekiwania na potomka. Wskazuje na poczucie braku akceptacji ciąży przez partnera, odczuwanie chłodu, niechęci i braku zaangażowania w więzi małżeńskie oraz rodzicielskie ze strony partnera. Współczynnik *alfa Cronbacha* dla skali wynosi 0,73, a 0,74 dla badanej grupy.

Czynnik III: Koncentracja na ciąży

Skala obejmuje 6 twierdzeń dotyczących troski o zdrowie i rozwój dziecka oraz zmian zachodzących w ciele kobiety spowodowanych ciążą. Wysoki wynik wskazuje na zachowania i myśli skoncentrowane na ciąży i jej przebiegu, które prowadzą do obciążenia i zmęczenia psychicznego oraz odczuwania osamotnienia społecznego i ambiwalencji emocjonalnej. Współczynnik *alfa Cronbacha* dla skali wynosi 0,54 i 0,60 dla badanej grupy.

Czynnik IV: Trudności w sferze zaufania do siebie i możliwości wsparcia

Do tej skali włączono 6 twierdzeń związanych z rodzajem i jakością wsparcia udzielanego przez personel medyczny oraz poczuciem zaufania do siebie i funkcjonowania w roli rodzicielskiej. Wysoki wynik wskazuje na odczuwanie dystansu i braku zaufania badanych do lekarzy i innych profesjonalistów, krytyczną postawę do ich działań wynikającą z negatywnych doświadczeń w kontakcie z osobami prowadzącymi ciążę. Ponadto może świadczyć o niepewności i skrupowaniu związanymi z odnalezieniem się w sytuacji ciąży i przyszłego rodzicielstwa. Współczynnik *alfa Cronbacha* dla skali wynosi 0,61, a dla badanej grupy – 0,63.

Czynnik V: Trudności w akceptacji roli macierzyńskiej/ojcowskiej

Czynnik tworzą 3 twierdzenia dotyczące satysfakcji z wypełniania obowiązków związanych z rolą macierzyńską i ojcowską. Wysoki wynik wskazuje na problemy z akceptacją nowej roli społecznej i niezadowolenie z konieczności wejścia w nią. Ponadto świadczą o niskim zaangażowaniu i braku chęci do podejmowania obowiązków związanych z rodzicielstwem oraz przewidywaniu trudności w ich wypełnianiu. Współczynnik *alfa Cronbacha* dla skali wynosi 0,65, a dla badanej grupy 0,58.

4.3.3. Kwestionariusz Stylów Przywiązania KSP

Narzędzie stworzone przez M. Ploę, służące do badania stylów przywiązania w relacjach partnerskich w oparciu o koncepcję Hazan i Shavera. Początkowo składające się z 50 twierdzeń, które poddano analizie czynnikowej. Pozwoliło to na wyodrębnienie trzech czynników, do których włączono po 8 twierdzeń. Kwestionariusz składa się z 24 itemów, do których należy się ustosunkować na siedmiostopniowej skali. Konstrukcja skali oparta jest o wymiary odnoszące się do trzech stylów:

- Styl bezpieczny, który przejawia się odczuwaniem zadowolenia z relacji z partnerem, okazywaniem sobie czułości, wsparcia i przywiązania również w sytuacjach trudnych. Oparty jest o wzajemne zaufanie, poczucie bezpieczeństwa i bliskości.

- Styl lękowo-ambiwalentny cechuje się obawą o powodzenie i trwałość relacji. Często towarzyszy temu niepokój przed utratą partnera, podejrzliwość, zamartwianie i czujność, szczególnie nasilone, gdy partner nie postępuje zgodnie z wyobrażeniami i oczekiwaniami.
- Styl unikowy charakteryzujący się budowaniem wyraźnych granic, brakiem chęci do nawiązywania bliskich i czułych relacji z partnerem. Komunikacja z partnerem jest pozbawiona otwartości i spontaniczności, ogranicza się tylko do racjonalnych komunikatów.

Dla każdej ze skal wyniki surowe mieszczą się w granicach 8–56 punktów. W celu oceny stopnia nasilenia danej postawy w kierunku pożądanym lub niepożądanym, przelicza się je na skalę stenową. Im wyższe wyniki, tym wyższe nasilenie stylu przywiązania. Rzetelność poszczególnych wymiarów jest zadowalająca i wynosi odpowiednio: 0,91, 0,78, 0,80 (Plopa, 2008a, 2008b), a dla badanej grupy: 0,90, 0,76, 0,77.

4.3.4. Skala Samooceny SES

Skala opracowana w 1965 r. przez M. Rosenberga w adaptacji M. Łaguny, K. Lachowicz-Tabaczek, I. Dzwonkowskiej (2007) służy do pomiaru globalnej samooceny, która jest uważana za stosunkowo stałą cechę, a nie chwilowy stan. Kwestionariusz poprzez samoopis bada przekonania i postawy wobec własnego Ja. Narzędzie tworzy 10 pozycji, a badani określają zgodność z nimi na czterostopniowej skali. Im więcej punktów, tym wyższą samoocenę prezentuje badany. Współczynnik rzetelności *alfa Cronbacha* w różnych grupach badanych waha się między 0,81–0,83, a dla grupy badanej 0,80.

4.3.5. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI

Narzędzie State-Trait Anxiety Inventory (STAI) C.D. Spielbergera, R.L. Gorsuch, R.E. Lushene w polskiej adaptacji C.D. Spielbergera, J. Strelaua, M. Tysarczyka, K. Wrześniewskiego składa się z dwóch części zawierających po 20 pytań. Część pierwsza służy do badania lęku jako stanu odczuwanego w danym momencie, rozumianego jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie. Część druga bada lęk rozumiany jako względnie stałą cechę osobowości. Osoba badana ocenia twierdzenia na czterostopniowej skali. Wyniki obu podskal zliczane są odrębnie i mogą wahać się między 20 (niskie natężenie lęku) a 80 (wysokie natężenie lęku) punktami. Wysokie wyniki w wymiarze lęku jako stanu mogą wskazywać na odczuwanie stresu będącego wynikiem trudnej sytuacji życiowej, w jakiej znajduje się osoba badana. Natomiast wysokie wyniki w wymiarze lęku jako cechy

mogą świadczyć o stałej predyspozycji osobowościowej do odpowiadania lękiem na różne sytuacje życiowe. Współczynnik *alfa Cronbacha* dla skali X-1 wynosi 0,90, a dla skali X-2 – 0,88 (Wrześniewski, Sosnowski, Matusiak, Fecenec, 2011). Podobne wyniki uzyskano dla badanej grupy.

4.3.6. Skala Wsparcia Społecznego

Narzędzie autorstwa K. Kmiecik-Baran opiera się na założeniach koncepcji Tardy'ego (1985) i służy do badania rodzaju i siły wsparcia otrzymywanego od różnych grup społecznych. W badaniach skoncentrowano się na wsparciu uzyskiwanym od partnera. Jest ono rozpatrywane w czterech kategoriach:

- Wsparcie emocjonalne, czyli dawanie poczucia, że na daną osobę lub grupę można liczyć i uzyskać od niej pomoc w każdej chwili.
- Wsparcie wartościujące, czyli dawanie do zrozumienia, że wspierana osoba dysponuje możliwościami, zdolnościami i umiejętnościami potrzebnymi do prawidłowego funkcjonowania i radzenia sobie z różnymi sytuacjami.
- Wsparcie instrumentalne przejawia się w udzielaniu jednostce konkretnej pomocy materialnej, usługowej, rzeczowej.
- Wsparcie informacyjne polega na udzielaniu porad oraz dostarczaniu ważnych dla funkcjonowania wspieranej osoby informacji.

Początkowo skala zawierała 56 pozycji, jednak na podstawie opinii sędziów kompetentnych i badań wstępnych dokonano redukcji itemów ze względu na trafność treściową i moc dyskryminacyjną. Ostatecznie kwestionariusz zawiera 24 twierdzenia, a pozycje kwestionariusza oceniane są na pięciostopniowej skali. Należy podkreślić, że im wyższy wynik osiąga osoba badana, tym mniejsze wsparcie otrzymuje od partnera. Skala osiąga zadowalające współczynniki zgodności wewnętrznej mieszczące się w granicach 0,70–0,82 (Kmiecik-Baran, 1995). Dla badanej grupy współczynnik *alfa Cronbacha* wyniósł 0,81.

4.3.7. Skala Zależności od Małżonka SZM

Kwestionariusz O. Kriegelewicz i M.E. Babiuch służy do pomiaru wzajemnej zależności stałych partnerów. Narzędzie do diagnozowania właściwości relacji rozumianej jako poszukiwanie pomocy od partnera, oczekiwanie zainteresowania i opieki, wyrażanie lęku przed opuszczeniem oraz przekonanie, że relacja jest warunkiem szczęścia.

Część twierdzeń zaczerpnięto ze Spouse-Specific Dependency Scale J.H. Rathaus i K.D. O'Leary'ego (1997). Skala zawiera 28 twierdzeń, do których badani ustosunkowują się na czterostopniowym wymiarze. Im wyższy wynik punktowy osiągają, tym bardziej są zależni od partnera. Współczynnik *alfa Cronbacha* wyniósł 0,95 – podobny wynik uzyskano w prezentowanych badaniach. Jest to jedyne w Polsce narzędzie służące do diagnozowania zależności jako właściwości relacji, a nie cechy osobowości czy stylu poznawczego (Babiuch, Kriegerlewiec, 2000).

4.3.8. Kwestionariusz wywiadu

Opracowany specjalnie na potrzeby prowadzonych badań wywiad (załącznik 2) służy do określania wcześniejszych doświadczeń prokreacyjnych (przebyte ciążę, poronienia, powikłania w czasie wcześniejszych ciąż i porodów) oraz kompletowania danych społeczno-demograficznych (wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny i staż związku) i medycznych związanych z obecną ciążą (tydzień ciąży, termin porodu, płeć dziecka, mnogość ciąży, przyczyna hospitalizacji).

4.4. Metody analizy statystycznej wyników badań

Do obliczeń statystycznych wykorzystano pakiet PS IMAGO PRO 5.1 oraz jego moduł AMOS. W analizie statystycznej zastosowano statystyki opisowe: częstotliwości, średnie arytmetyczne, odchylenia standardowe w celu scharakteryzowania badanej populacji w aspekcie demograficznym oraz analizowanych zmiennych. Analiza wymagała uwzględnienia testów parametrycznych i nieparametrycznych. Do porównywania grup na podstawie wartości średnich zastosowano test t-Studenta, jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA – z zachowaniem rozkładu w grupach zbliżonego do normalnego oraz warunku równości wariancji, oraz testu U Manna-Whitneya. W celu określenia równoliczności grup wykorzystany został test zgodności Chi-kwadrat. Do ustalenia współzależności i siły związku między zmiennymi zastosowano współczynnik korelacji r-Pearsona. Z kolei analiza regresji liniowej metodą krokową umożliwiła wstępną ocenę wartości predykcyjnej czterech kategorii zmiennych objaśniających, które ostatecznie zostały wprowadzone do modelu ogólnego. Weryfikację zaproponowanego modelu teoretycznego przeprowadzono w oparciu o analizę równań strukturalnych.

Rozdział 5. Cechy obecnej ciąży i doświadczenia prokreacyjne a więź z dzieckiem prenatalnym

Więź emocjonalna z dzieckiem mierzona jest Kwestionariuszem „Więź z dzieckiem w okresie ciąży” M.S. Cranley w adaptacji E. Bielawskiej-Batorowicz (1995). Dzięki tej metodzie analizie można poddać aspekty więzi, takie jak: podejmowanie roli rodzicielskiej, traktowanie dziecka jako odrębnej istoty, nawiązywanie interakcji z dzieckiem, przypisywanie mu właściwości i podporządkowanie się jego interesom. Ponadto zsumowanie wyników uzyskanych w każdej z podskal pozwala określić ogólny poziom więzi matki z dzieckiem prenatalnym. Im wyższy wynik osiągnięty w skalach, tym silniejsze przywiązanie do nienarodzonego dziecka przejawia matka.

Analizy statystyczne, przedstawione w niniejszym rozdziale, służą porównaniu nasilenia więzi emocjonalnej oraz jej komponentów w grupach kobiet w ciążach wysokiego ryzyka z wadami wrodzonymi, z innymi zagrożeniami oraz w ciążach zdrowych.

W kolejnym etapie dokonam porównania nasilenia więzi i jej składowych, biorąc pod uwagę planowanie obecnej ciąży, jej kolejność i płeć dziecka oraz wystąpienie negatywnych doświadczeń prokreacyjnych. Następnie przedstawię analizę zależności między więzią emocjonalną z dzieckiem a wiekiem ciążowym.

Poniższe analizy statystyczne przeprowadziłam oddzielnie dla każdego wymiaru Kwestionariusza MFAS Cranley oraz dla wyniku ogólnego.

5.1. Więź matki z dzieckiem prenatalnym w ciążach zdrowych, z wadami wrodzonymi i innymi zagrożeniami

Analiza wyników więzi emocjonalnej matki z dzieckiem w okresie prenatalnym wykazała, że średnie nasilenie tej relacji wynosi 92,83, przy odchyleniu standardowym 11,88 (średni wynik 3,87 w skali 1–5; SD = 0,67). W badanej grupie matka uzyskuje w tej skali wynik od 80,95 do 104,71 (tab. 6).

Tabela 6

Więź z dzieckiem matek w ciążyach z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych

		Wady wrodzone <i>n</i> = 65	Inne zagrożenia <i>n</i> = 65	Ciąże zdrowe <i>n</i> = 65	<i>F</i>	<i>p</i>
Interakcja z dzieckiem	M	18,29	17,65	18,80	2,255	0,108
	min	8	8	12		
	max	25	25	25		
	SD	3,081	3,520	2,653		
Podporządkowanie się interesom dziecka	M	20,52	20,62	20,54	0,019	0,981
	min	10	8	14		
	max	25	25	25		
	SD	2,519	3,449	2,693		
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	M	16,69	16,89	16,78	0,083	0,921
	min	10	4	7		
	max	20	20	20		
	SD	2,487	3,336	2,509		
Podejmowanie roli rodzicielskiej	M	16,48	16,11	16,72	0,654	0,521
	min	9	6	7		
	max	20	20	20		
	SD	2,784	3,419	3,023		
Właściwości przypisywane dziecku	M	21,49	20,57	20,34	1,306	0,273
	min	12	8	8		
	max	30	28	29		
	SD	4,135	4,112	4,655		
Więź z dzieckiem	M	93,48	91,83	93,18	0,353	0,703
	min	67	44	55		
	max	112	114	111		
	SD	10,915	13,694	10,949		

Analiza wariancji nie wykazała istotnych statystycznie różnic w nasileniu więzi prenatalnej między badanymi grupami kobiet w ciążach zdrowych, z wadami wrodzonymi i z innymi zagrożeniami, $F(2,192) = 0,35$; $p > 0,05$. Nie zaobserwowano także zróżnicowania międzygrupowego w nasileniu poszczególnych aspektów więzi, czyli podejmowania interakcji z dzieckiem, podporządkowania się jego interesom, traktowania go jako odrębnej istoty, przypisywania mu właściwości czy podejmowania roli rodzicielskiej.

Na podstawie powyższych wyników należy odrzucić hipotezę 1.1 mówiącą, że matki w ciążach z wadami wrodzonymi będą tworzyć mniej intensywną więź z dzieckiem niż te w ciążach zdrowych i z innymi zagrożeniami. Nie można także przyjąć hipotezy 1.2 mówiącej, że kobiety w ciążach z innymi zagrożeniami i te w ciążach fizjologicznych charakteryzuje różny poziom więzi z dzieckiem prenatalnym.

5.2. Więź matki z dzieckiem prenatalnym w ciążach planowanych i nieplanowanych

Kolejnym krokiem analiz było sprawdzenie, czy planowanie lub nieplanowanie ciąży różnicuje poczucie więzi z nienarodzonym dzieckiem. W celu skontrolowania równoliczności grup zastosowano test zgodności Chi-kwadrat, który zgodnie z przewidywaniami okazał się istotny statystycznie: $\chi^2(1, N = 195) = 88,01$; $p < 0,001$. Ze względu na znaczącą dysproporcję liczebności grup kobiet, które planowały lub nie planowały ciąży, dokonałam ich porównania testem nieparametrycznym U Manna-Whitney dla prób niezależnych.

Tabela 7
Więź matki z dzieckiem w czasie ciąży planowanej i nieplanowanej

		Ciąża		Istotność test U Manna-Whitney dla prób niezależnych
		planowana $n = 163$	nieplanowana $n = 32$	
		1	2	3
Interakcja z dzieckiem	M	18,27	18,18	0,679
	min	8	8	
	max	25	23	
	SD	3,151	3,035	
Podporządkowanie się interesom dziecka	M	20,72	19,72	0,021
	min	8	15	
	max	25	24	
	SD	2,942	2,556	

Tabela 7 (cd.)

		1	2	3
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	M	16,77	16,91	
	min	4	9	
	max	20	20	0,990
	SD	2,851	2,506	
Podejmowanie roli rodzicielskiej	M	16,53	15,94	
	min	6	7	
	max	20	20	0,373
	SD	3,019	3,388	
Właściwości przypisywane dziecku	M	20,76	21,00	
	min	8	13	
	max	30	28	0,993
	SD	4,443	3,646	
Więź emocjonalna z dzieckiem	M	93,06	91,69	
	min	44	56	
	max	114	108	0,552
	SD	11,938	11,721	

Analiza wykazała (tab. 7), że matki, które są w ciąży planowanej oraz te, dla których była ona zaskoczeniem, nie różnią się w nasileniu przywiązania emocjonalnego do swojego dziecka. Należy zatem odrzucić hipotezę 2 mówiącą, że kobiety w ciążach planowanych przejawiają silniejszą więź z dzieckiem niż te w ciążach nieplanowanych. Natomiast zaobserwowano różnicę w skali Podporządkowanie interesom dziecka. Okazało się, że kobiety, które planowały posiadanie dziecka, są istotnie bardziej skłonne do zmiany swojego trybu życia dla dobra rozwoju płodu i przebiegu ciąży niż te, które nie planowały poczęcia ($U = 1938,00$; $p < 0,05$).

5.3. Więź matki z dzieckiem prenatalnym w pierwszej i kolejnych ciążach

W tabeli 8 zostały przedstawione wyniki analizy porównania więzi emocjonalnej z dzieckiem w grupach kobiet, które mają już za sobą doświadczenia ciąży i dla których jest ono nowe.

Tabela 8

Więź matki z dzieckiem w czasie pierwszej i kolejnych ciąż

		Ciąża		Istotność test U Manna-Whitney dla prób niezależnych
		pierwsza <i>n</i> = 128	kolejna <i>n</i> = 67	
Interakcja z dzieckiem	M	18,38	17,99	0,729
	min	8	8	
	max	25	25	
	SD	3,015	3,33	
Podporządkowanie się interesom dziecka	M	20,46	20,75	0,870
	min	8	15	
	max	25	25	
	SD	3,104	2,48	
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	M	16,95	16,48	0,495
	min	4	12	
	max	20	20	
	SD	2,97	2,41	
Podejmowanie roli rodzicielskiej	M	16,23	16,82	0,373
	min	6	11	
	max	20	20	
	SD	3,33	2,51	
Właściwości przypisy- wane dziecku	M	20,49	21,39	0,179
	min	8	8	
	max	30	29	
	SD	4,27	4,36	
Więź emocjonalna z dzieckiem	M	92,52	93,42	1,00
	min	44	67	
	max	113	114	
	SD	12,46	10,76	

Ponownie wykonany został test zgodności Chi-kwadrat w celu sprawdzenia równoliczności grup. Wykazał on brak równowagi liczebnej w grupach: $\chi^2(1, N = 195) = 19,08$; $p < 0,001$, dlatego w dalszym etapie porównywania średnich został użyty test nieparametryczny U Manna-Whitney dla prób niezależnych. Analiza nie wykazała różnic w nasileniu więzi oraz jej składowych u badanych matek w pierwszych lub kolejnych ciążach. Wyniki dają podstawy do odrzucenia hipotezy 3. stanowiącej, że kobiety w pierwszych ciążach tworzą silniejszą więź z dzieckiem niż wieloródki.

5.4. Więź matki z dzieckiem prenatalnym a jego płeć

Na 195 badanych kobiet 108 spodziewało się dziecka płci męskiej, 76 żeńskiej, w przypadku 9 kobiet nie można było jej określić, a 2 nie chciały jej poznać mimo możliwości. Ze względu na znaczącą dysproporcję między grupami nie dokonano porównania nasilenia więzi z dzieckiem między kobietami nieznającymi i znającymi płeć dziecka. Uniemożliwiło to zweryfikowanie hipotezy 4. mówiącej, że znajomość płci płodu sprzyja tworzeniu więzi prenatalnej. W związku z tym postanowiono sprawdzić, czy płeć dziecka różnicuje nasilenie więzi matki z nim. Do dalszej analizy porównawczej zostały włączone tylko wyniki kobiet, u których płeć nienarodzonych dzieci była znana.

Porównanie średnich wartości przywiązania matka – płód i jego elementów składowych nie wykazało różnic w nasileniu mierzonych zmiennych w grupach kobiet spodziewających się chłopców i tych oczekujących dziewczynek, co przedstawia tabela 9.

Tabela 9

Więź matki z dzieckiem a przewidywana płeć dziecka

		Przewidywana płeć dziecka		t	p
		męska n = 108	żeńską n = 76		
		1	2	3	4
Interakcja z dzieckiem	M	18,27	18,26		
	min	9	8	0,011	0,991
	max	25	25		
	SD	3,196	3,044		
Podporządkowanie się interesom dziecka	M	20,83	20,24		
	min	9	8	1,369	0,173
	max	25	25		
	SD	2,876	2,957		

		1	2	3	4
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	M	16,81	16,66		
	min	4	6	0,357	0,722
	max	20	20		
	SD	2,624	2,951		
Podejmowanie roli rodzicielskiej	M	16,46	16,29		
	min	7	6	0,375	0,708
	max	20	20		
	SD	3,021	3,191		
Właściwości przypisywane dziecku	M	21,36	20,17		
	min	11	8	1,828	0,069
	max	30	29		
	SD	4,084	4,697		
Więź emocjonalna z dzieckiem	M	93,73	91,62		
	min	44	45	1,178	0,241
	max	114	112		
	SD	11,797	12,249		

W celu sprawdzenia, czy przewidywana płeć dziecka różnicuje poczucie więzi z nim w sytuacji różnych zagrożeń ciąży lub ich braku, przeprowadzono dwuczynnikową analizę wariancji w schemacie 3 (zagrożenie ciąży: wady wrodzone, inne zagrożenia oraz ciążę zdrowe) x 2 (przewidywana płeć dziecka: męska, żeńska), gdzie zmienną zależną była więź emocjonalna. Do zweryfikowania równej liczebności porównywanych kategorii zastosowano test Chi-kwadrat. Wykazał on równowagę liczebną w grupach: $\chi^2(2, N = 184) = 0,06$; $p > 0,05$, czyli warunek do przeprowadzenia dwuczynnikowej analizy wariancji został spełniony. Efekt interakcji obu czynników dla więzi ogólnej okazał się nieistotny statystycznie $F(2, 178) = 2,58$; $p > 0,05$. Podobnie dla jej składowych z wyjątkiem Podporządkowania się interesom dziecka, dla której $F(2, 178) = 3,62$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,04$. Testy wykazały, że matki łatwiej zmieniają swój sposób funkcjonowania dla dobra ciąży, gdy spodziewają się dziecka płci męskiej, ale tylko w ciążach bez powikłań.

5.5. Więź z dzieckiem prenatalnym u matek z negatywnymi doświadczeniami prokreacyjnymi

Aby uzyskać odpowiedź na trzecie pytanie badawcze: czy negatywne doświadczenia prokreacyjne, jak: problemy z płodnością, poronienia, komplikacje podczas ciąży i porodów, różnicują nasilenie więzi emocjonalnej matki z dzieckiem w okresie prenatalnym zastosowano test t-Studenta dla prób niezależnych.

Wyniki przedstawione w tabeli 10 nie wskazują na istotne statystycznie różnice w nasileniu więzi emocjonalnej i jej komponentów między matkami, które mają za sobą trudne sytuacje położnicze, a tymi, które ich nie doświadczyły. Można zatem wnioskować, że wystąpienie w przeszłości problemów z płodnością, poronień, komplikacji podczas ciąży czy porodów nie warunkują nasilenia więzi emocjonalnej z nienarodzonym dzieckiem.

Tabela 10

Więź z dzieckiem a doświadczenia prokreacyjne matek

		Negatywne doświadczenia prokreacyjne		t	p
		męska n = 108	żeńską n = 76		
		1	2	3	4
Interakcja z dzieckiem	M	18,31	18,15		
	min	8	11	0,347	0,729
	max	25	25		
	SD	3,218	3,000		
Podporządkowanie się interesom dziecka	M	20,55	20,57		
	min	8	9	-0,042	0,966
	max	25	25		
	SD	2,799	3,062		
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	M	16,73	16,87		
	min	6	4	-0,345	0,731
	max	20	20		
	SD	2,814	2,775		
Podejmowanie roli rodzicielskiej	M	16,16	16,85		
	min	6	7	-1,547	0,123
	max	20	20		
	SD	3,317	2,665		

		1	2	3	4
Właściwości przypisywane dziecku	M	20,46	21,30		
	min	8	11	-1,348	0,179
	max	30	29		
	SD	4,514	3,979		
Więź emocjonalna z dzieckiem	M	92,21	93,75		
	min	45	44	-0,888	0,376
	max	112	114		
	SD	12,209	11,403		

Niemożliwe było przeprowadzenie dwuczynnikowej analizy wariancji, mającej na celu zweryfikowanie, czy negatywne doświadczenia prokreacyjne wiążą się z nasileniem więzi emocjonalnej w sytuacji wysokiego ryzyka ciąży lub jego braku. Test Chi-kwadrat w schemacie 3 (zagrożenie ciąży: wady wrodzone, inne zagrożenia oraz ciążę zdrowe) x 2 (negatywne doświadczenia ciążowe: wystąpiły, brak) wykazał, że grupy nie spełniają warunku równoliczności $\chi^2(2, N = 195) = 15,36; p < 0,01$.

5.6. Wiek ciążowy a więź z dzieckiem prenatalnym

Wiek ciążowy badanych wahał się między 22. a 40. tygodniem, a średnia dla wszystkich grup wyniosła ok. 31 tygodni (tab. 2). W tabeli 11 zostały przedstawione korelacje między wiekiem obecnej ciąży a nasileniem więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz jej komponentów.

Tabela 11

Tydzień ciąży a więź emocjonalna i jej komponenty – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona

		Tydzień ciąży		
		wada	inne zagrożenia	zdrowa
		1	2	3
Interakcja z dzieckiem	<i>r</i>	0,116	0,170	0,045
	<i>p</i>	0,359	0,175	0,721
Podporządkowanie się interesom dziecka	<i>r</i>	-0,001	-0,102	-0,124
	<i>p</i>	0,992	0,418	0,325
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	<i>r</i>	0,051	-0,031	0,152
	<i>p</i>	0,686	0,807	0,226

Tabela 11 (cd.)

		1	2	3
Właściwości przypisywane dziecku	<i>r</i>	-0,02	-0,016	-0,013
	<i>p</i>	0,987	0,899	0,920
Podejmowanie roli rodzicielskiej	<i>r</i>	0,089	0,260	0,265
	<i>p</i>	0,483	0,036	0,033
Więź z dzieckiem	<i>r</i>	0,077	0,085	0,124
	<i>p</i>	0,542	0,502	0,324

Nie stwierdzono współzależności natężenia więzi prenatalnej i tygodnia obecnej ciąży w żadnej z grup badanych kobiet, co każe odrzucić hipotezę 5 zakładającą, że nasilenie więzi prenatalnej będzie wzrastać wraz z wiekiem ciąży. Analiza nie wykazała także zależności między tygodniem rozwoju płodu a traktowaniem go jako odrębnej istoty, podejmowaniem z nim interakcji, podporządkowaniem się jego interesom czy gotowością do podejmowania roli rodzicielskiej.

Natomiast zaobserwowano związek o słabej sile między tygodniem życia płodowego a przypisywaniem właściwości dziecku w grupie kobiet w ciążach wysokiego ryzyka z innym zagrożeniem niż wada wrodzona ($r = 0,260$; $p < 0,05$) oraz w grupie kobiet w ciążach zdrowych ($r = 0,265$; $p < 0,05$). W obu grupach korelacja jest dodatnia, co oznacza, że wraz z wiekiem ciąży matki tworzą bardziej konkretne wyobrażenie dziecka i przypisują mu więcej cech, właściwości i umiejętności. W grupie kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi tydzień ciąży nie współwystępuje z przypisywaniem właściwości dziecku.

5.7. Predyktory więzi z dzieckiem prenatalnym – doświadczenia prokreacyjne i cechy obecnej ciąży

W celu określenia, które z przedstawionych zmiennych związanych z historią położniczą i cechami obecnej ciąży pozwalają przewidzieć natężenie więzi emocjonalnej i jej składowych, zastosowano regresję wielozmiennową. Równania regresji wykonano oddzielnie dla trzech grup badanych kobiet. Przeprowadzono analizę regresji dla globalnej więzi i analogicznie dla jej komponentów, traktując wynik ogólny oraz wyniki w poszczególnych skalach jako zmienne objaśniane.

W grupie matek w ciążach z wadami wrodzonymi nie stwierdzono możliwości przewidywania nasilenia więzi emocjonalnej oraz jej komponentów na podstawie cech obecnej ciąży i doświadczeń prokreacyjnych. W takim samym planie dokonano analizy regresji dla grupy kobiet w ciążach wysokiego ryzyka z innymi zagrożeniami. Nie stwierdzono żadnych istotnych predyktorów więzi emocjonalnej z dzieckiem

Tabela 12

Współczynnik regresji liniowej dla więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu doświadczeń prokreacyjnych i cech ciąży w grupie kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami

Zmienna objaśniana	Zmienna objaśniająca	Beta	p	R ²
Przypisywanie właściwości	Tydzień ciąży	0,260	0,036	0,068

Natomiast tydzień ciąży okazał się istotnym predyktorem przypisywania dziecku właściwości. Wraz z postępem ciąży matki w ciążach z innymi zagrożeniami łatwiej tworzą obraz nienarodzonego dziecka i nadają mu więcej cech i właściwości. Model wyjaśnia 7% wariancji, $F(1,63) = 4,59$; $p < 0,05$ (tab. 12).

Tabela 13

Współczynnik regresji liniowej dla więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu doświadczeń prokreacyjnych i cech ciąży w grupie kobiet w ciążach zdrowych

Zmienna objaśniana	Zmienna objaśniająca	Beta	p	R ²
Przypisywanie właściwości	Tydzień ciąży	0,265	0,033	0,070

Przedstawiona analiza regresji pokazuje (tab. 13), że również w ciążach zdrowych tydzień ciąży pozwala przewidywać intensywność przypisywania właściwości dziecku. Kobiety w tej grupie wraz z wiekiem ciąży nadają więcej cech swoim nienarodzonym dzieciom. Wariancja jest wyjaśniana w 7%, $F(1,63) = 4,75$; $p < 0,05$.

5.8. Podsumowanie

Przedstawione wyniki wykazują, że badane kobiety nawiązały silną więź emocjonalną z nienarodzonymi dziećmi we wszystkich jej aspektach. Zaakceptowały odrębność płodu, przypisują mu właściwości. Ponadto podejmują różnorodne działania prowadzące do nawiązania z nim kontaktu przez powłoki brzuszne. Nie stanowi dla nich problemu zmiana codziennego sposobu funkcjonowania tak, aby zapewnić zdrowy rozwój dziecku i ciąży. Są także gotowe na podjęcie roli macierzyńskiej i wyobrażają sobie, jak będą się w niej realizować.

Stan zagrożenia ciąży, niezależnie od źródła, lub jego brak nie różnicuje nawiązania relacji z dzieckiem prenatalnym, co oznacza, że matki w ciążach zdrowych, z wadami wrodzonymi oraz z innymi zagrożeniami przejawiają podobny poziom przywiązania prenatalnego. Fakt, czy ciąża była planowana, czy też pojawiła się niespodziewanie, również nie różnicuje badanych kobiet w zakresie ich więzi prenatalnej, poza skalą Podporządkowania się interesom dziecka. Matki, których zamiarem było zajście w ciążę, mają większą łatwość w zmianie swoich przyzwyczajeń związanych z przyjmowaniem właściwego dla ciężarnej trybu życia.

Poziom badanej więzi matka – płód nie różnicuje także kobiet w pierwszej i kolejnych ciążach. Nie mają na to również wpływu wcześniejsze negatywne doświadczenia położnicze, jak poronienia, problemy z płodnością czy komplikacje

podczas ciąży i porodów. Natomiast kobiety w ciążach zdrowych łatwiej podporządkowują się interesom dziecka, jeśli jest ono płci męskiej. W pozostałych aspektach przejawiania więzi nie zaobserwowano różnic w jej nasileniu zależnie od płci płodu.

W grupach kobiet w ciążach zagrożonych przez patologie inne niż wady wrodzone oraz w ciążach fizjologicznych wiek ciąży jest predyktorem przypisywania właściwości dziecku. Wraz z postępem ciąży wzrasta intensywność nadawania dziecku cech i tworzenia jego wyobrażonego obrazu. W pozostałych aspektach więzi i w jej ogólnym wymiarze nie zaobserwowano żadnych zależności.

Rozdział 6. Doświadczanie ciąży zagrożonej i fizjologicznej a więź z dzieckiem prenatalnym

Czas oczekiwania na narodziny dziecka jest wyzwaniem dla kobiety. Obfituje on w trudności, które są następstwem szeregu zmian zachodzących w jej życiu i funkcjonowaniu oraz wymagań stawianych przez otoczenie. Kluczową rolę w ich interpretacji odgrywają przekonania i postawy kobiety wobec ciąży i macierzyństwa. Pewna pula uciążliwości związanych z tym wyjątkowym czasem jest udziałem wszystkich rodziców, niezależnie od charakteru ciąży. Część z nich pojawia się jednak tylko w sytuacji wystąpienia komplikacji przebiegu ciąży, które mogą stanowić ryzyko dla zdrowia i życia matki albo płodu.

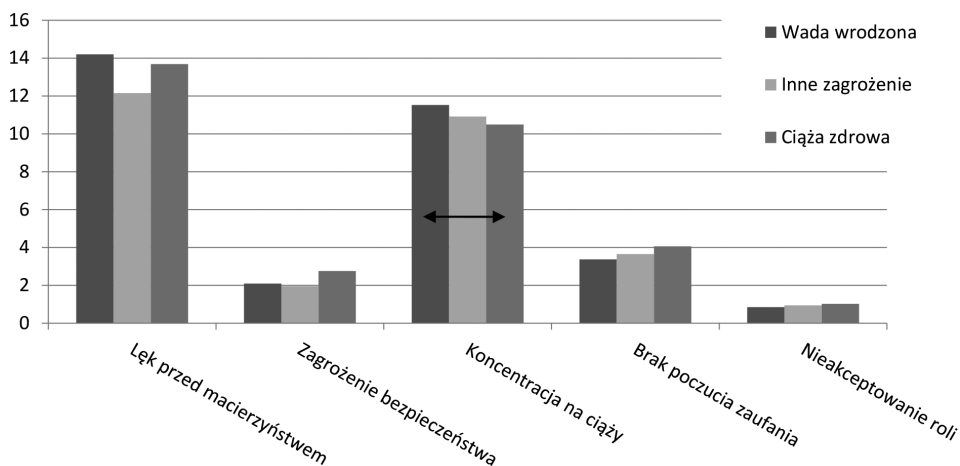
Postawy wobec ciąży mierzono Skalą Doświadczania Ciąży stworzoną przez K. Szymonę i S. Steuden. Metoda ta pozwala na analizowanie pięciu aspektów doświadczania ciąży: lęku przed macierzyństwem, zagrożenia poczucia bezpieczeństwa, koncentracji na obecnym stanie, trudności w sferze zaufania do siebie i możliwości wsparcia oraz w akceptacji roli rodzicielskiej. Im wyższy wynik osiągnięty w poszczególnych skalach, tym doświadczenia związane z obecnym stanem są odbierane jako bardziej uciążliwe i obciążające.

Przedstawione w tym rozdziale analizy mają na celu porównanie nasilenia doświadczania ciąży zdrowych, z wadami wrodzonymi i z innymi zagrożeniami. Zaprezentowana zostanie także analiza zależności między sposobem doświadczania ciąży a więzią emocjonalną z dzieckiem i jej komponentami.

6.1. Doświadczanie ciąży fizjologicznej, z wadami wrodzonymi i innymi zagrożeniami

Na podstawie średnich wyników, które obrazuje rysunek 2, można stwierdzić, że niezależnie od stanu zagrożenia ciąży badane matki odczuwają najmniej trudności w związku z zaakceptowaniem roli rodzicielskiej i związanych z nią obowiązków. Czują się też raczej bezpieczne w swoich relacjach z partnerami, pogłębiają ją w czasie trwania ciąży i czują się wspierane w oczekiwaniu na dziecko. Badane darzą dość dużym zaufaniem specjalistów, a informacje i opieka, jaką od nich otrzymują, dobrze wpływa na ich samopoczucie, co potwierdzają także moje obserwacje oraz rozmowy z nimi i wyrażane przez nie zadowolenie z opieki medycznej.

Najsilniej podkreślaną niedogodnością związaną z ciążą jest u wszystkich badanych kobiet lęk przed macierzyństwem. Przyszłe matki doświadczają negatywnych emocji związanych z obawami dotyczącymi pielęgnacji i wychowywania dziecka. Skupiają też swoje myśli na przebiegu ciąży.



Rysunek 2. Średnie wartości doświadczania ciąży

Tabela 14

Doświadczanie ciąży z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych

		Wady wrodzone <i>n</i> = 65	Inne zagrożenia <i>n</i> = 65	Ciąże zdrowe <i>n</i> = 65	<i>F</i>	<i>p</i>
		1	2	3	4	5
Lęk przed macierzyństwem	M	14,20	12,15	13,68	2,276	0,105
	min	2	2	2		
	max	27	28	25		
	SD	5,723	5,295	6,003		
Zagrożenie poczucia bezpieczeństwa	M	2,09	1,95	2,75	2,073	0,129
	min	0	0	0		
	max	9	11	15		
	SD	2,104	2,355	2,687		
Koncentracja na ciąży	M	11,52	10,91	10,49	3,052	0,049
	min	7	6	1		
	max	16	17	16		
	SD	2,024	2,206	2,868		

		1	2	3	4	5
Brak poczucia zaufania do siebie i specjalistów	M	3,37	3,65	4,06		
	min	0	0	0	1,446	0,238
	max	8	10	10		
	SD	1,957	2,355	2,645		
Nieakceptowanie roli rodzicielskiej	M	0,85	0,94	1,02		
	min	0	0	0	0,239	0,788
	max	4	9	6		
	SD	1,064	1,767	1,269		

Tabela 14 ilustruje porównanie różnych aspektów doznawania okresu ciąży przez matki w ciążach fizjologicznych, zagrożonych przez wrodzoną wadę rozwojową płodu i z innych przyczyn. Jednoczynnikowa analiza wariancji w planie dla grup niezależnych nie wykazała różnic międzygrupowych w doświadczeniu ciąży w aspekcie odczuwania lęku przed macierzyństwem, zagrożenia poczucia bezpieczeństwa, braku poczucia zaufania do siebie i specjalistów oraz nieakceptowania roli rodzicielskiej. Wskazuje to na konieczność odrzucenia hipotez 6.1, 6.2, 6.4 oraz 6.5 mówiących, że poziom nasilenia wymienionych wymiarów doświadczenia ciąży jest różny w trzech badanych grupach. Natomiast występują różnice między badanymi grupami w wymiarze koncentracji na ciąży, $F(2, 192) = 3,05$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,31$.

Przeprowadzone porównania *post hoc* za pomocą testu Bonferroniego ujawniły istotne różnice ($p = 0,45$) między grupą kobiet w ciążach zdrowych i z wadami rozwojowymi płodu (rys. 2). Matki, u których nienarodzonych dzieci wykryto zaburzenia rozwoju, przejawiają silniejszą troskę o ich zdrowie, ich myśli są zogniskowane na ciąży i jej przebiegu, czego konsekwencją może być obciążenie i zmęczenie psychiczne oraz ambiwalencja emocjonalna. Uzyskane wyniki pozwalają na przyjęcie hipotezy 6.3a mówiącej, że poziom koncentracji na ciąży jest istotnie wyższy u kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi niż w ciążach prawidłowych. Należy odrzucić hipotezę 6.3b stanowiącą, że kobiety w ciążach z innymi powikłaniami są bardziej skoncentrowane na obecnym stanie niż te w ciążach fizjologicznych

6.2. Doświadczenie ciąży a więź z dzieckiem prenatalnym

Kolejnym krokiem analiz było sprawdzenie, czy istnieje związek między uciążliwościami wynikającymi z przebiegu obecnej ciąży a więzią prenatalną oraz jej elementami składowymi.

Tabele 15, 16 i 17 pokazują, że niezależnie od stanu zagrożenia ciąży lub jego braku ogólny poziom więzi emocjonalnej maleje wraz ze wzrostem braku

akceptacji dla przyszłej roli rodzicielskiej. W przypadku ciąż z wadami wrodzonymi siła związku jest słaba ($r = -0,294$; $p < 0,05$). Korelacja umiarkowana występuje w grupach ciąż z innymi zagrożeniami ($r = -0,473$; $p < 0,005$) i zdrowych ($r = -0,391$; $p < 0,005$).

Natomiast tylko w grupach z ciążami wysokiego ryzyka występuje ujemna zależność między poziomem więzi emocjonalnej a zagrożeniem poczucia bezpieczeństwa kobiety oraz brakiem poczucia zaufania do siebie oraz specjalistów. Im bardziej zachwiane poczucie bezpieczeństwa i ufności, tym słabsza więź prenatalna. W przypadku ciąż z wadami wrodzonymi siła związku jest na poziomie słabym, a ciąż z innymi zagrożeniami na poziomie umiarkowanym (tab. 15 i 16).

Tabela 15

Doświadczenie ciąży z wadami wrodzonymi a więź emocjonalna i jej komponenty – zależność mierzona współczynnikiem r -Pearsona

Wady wrodzone		Doświadczenie ciąży				
		LM	PB	KC	PZ	NR
Interakcja z dzieckiem	r	-0,049	-0,214	-0,178	-0,132	-0,153
	p	0,701	0,087	0,156	0,294	0,224
Podporządkowanie się interesom dziecka	r	-0,159	-0,236	0,108	-0,360	-0,179
	p	0,206	0,058	0,392	0,003	0,153
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	r	0,049	-0,186	0,228	-0,275	-0,148
	p	0,696	0,139	0,068	0,027	0,239
Podejmowanie roli rodzicielskiej	r	-0,103	-0,234	0,227	-0,182	-0,423
	p	0,414	0,060	0,069	0,147	0,001
Właściwości przypisywane dziecku	r	0,061	-0,163	0,122	-0,185	-0,178
	p	0,629	0,194	0,334	-0,140	0,156
Więź emocjonalna z dzieckiem	r	-0,042	-0,279	0,231	-0,299	-0,294
	p	0,738	0,025	0,064	0,015	-0,018

Objaśnienia: LM – Lęk przed macierzyństwem; PB – Zagrożone poczucie bezpieczeństwa; PZ – Brak zaufania do siebie i możliwości wsparcia; NR – Nieakceptowanie roli rodzicielskiej; KC – Koncentracja na ciąży.

U kobiet w ciążach z wadami rozwojowymi wystąpiła ujemna zależność na umiarkowanym i niskim poziomie między brakiem poczucia zaufania a podporządkowaniem się interesom dziecka ($r = -0,360$; $p < 0,005$) oraz traktowania dziecka jako odrębnej istoty ($r = -0,275$; $p < 0,05$). Im niższa ufność w siebie i specjalistów, tym trudniej dostosować się przyszłej matce do wymogów sytuacji

cięży oraz zaakceptować jej, że rozwijające się w niej dziecko jest niezależnym człowiekiem. Ponadto, im mniej aprobeuje ona rolę macierzyńską, tym trudniej jej wyobrazić sobie siebie podczas jej pełnienia po urodzeniu dziecka, na co wskazuje ujemna umiarkowana korelacja między nieakceptowaniem roli rodzicielskiej a jej podejmowaniem ($r = -0,423$; $p < 0,005$) (tab. 15).

Tabela 16

Doświadczanie ciąży z innymi zagrożeniami a więź emocjonalna i jej komponenty – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona

Wady wrodzone		Doświadczanie ciąży				
		LM	PB	KC	PZ	NR
Interakcja z dzieckiem	<i>r</i>	-0,108	-0,234	0,112	-0,134	-0,308
	<i>p</i>	0,393	0,061	0,372	0,287	0,013
Podporządkowanie się interesom dziecka	<i>r</i>	-0,307	-0,437	0,240	-0,529	-0,491
	<i>p</i>	0,013	0,001	0,055	0,001	0,001
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	<i>r</i>	-0,214	-0,373	0,101	-0,242	-0,383
	<i>p</i>	0,087	0,002	0,426	0,052	0,002
Podejmowanie roli rodzicielskiej	<i>r</i>	-0,283	-0,308	0,134	-0,403	-0,449
	<i>p</i>	0,022	0,013	0,288	0,001	0,001
Właściwości przypisywane dziecku	<i>r</i>	-0,034	-0,083	0,099	-0,169	-0,215
	<i>p</i>	0,787	0,512	0,433	0,178	0,086
Więź emocjonalna z dzieckiem	<i>r</i>	-0,238	-0,363	0,177	-0,378	-0,473
	<i>p</i>	0,056	0,003	0,159	0,002	0,001

Objaśnienia: LM – Lęk przed macierzyństwem; PB – Zagrożone poczucie bezpieczeństwa; PZ – Brak zaufania do siebie i możliwości wsparcia; NR – Nieakceptowanie roli rodzicielskiej; KC – Koncentracja na ciąży.

Jedynie w przypadku innych zagrożeń (tab. 16) nieakceptowanie roli rodzicielskiej współwystępuje z rzadszym podejmowaniem interakcji z dzieckiem ($r = -0,308$; $p < 0,05$). Większe trudności z podporządkowaniem się interesom dziecka oraz wyobrażaniem sobie siebie jako przyszłego rodzica wiążą się w tej grupie z wyższym lękiem przed macierzyństwem oraz mniejszą akceptacją roli rodzicielskiej, brakiem poczucia bezpieczeństwa i zaufania. Ponadto u kobiet w ciąży z ryzykiem wynikającym z innych przyczyn niż wada rozwojowa płodu spada nasilenie traktowania go jako odrębnej istoty wraz ze wzrostem nieakceptowania roli macierzyńskiej ($r = 0,383$; $p < 0,005$) i mniejszym poczuciem bezpieczeństwa ($r = -0,308$; $p < 0,05$) (tab. 16).

Tabela 17

Doświadczenie ciąży fizjologicznej a więź emocjonalna i jej komponenty – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona

Wady wrodzone		Doświadczenie ciąży				
		LM	PB	KC	PZ	NR
Interakcja z dzieckiem	<i>r</i>	-0,016	-0,046	-0,124	-0,132	-0,148
	<i>p</i>	0,900	0,713	0,325	0,295	0,240
Podporządkowanie się interesom dziecka	<i>r</i>	-0,207	-0,290	0,228	-0,294	-0,446
	<i>p</i>	0,099	0,019	0,068	0,017	0,001
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	<i>r</i>	-0,200	-0,047	0,154	-0,224	-0,347
	<i>p</i>	0,111	0,708	0,221	0,073	0,005
Podejmowanie roli rodzicielskiej	<i>r</i>	-0,135	-0,260	0,122	-0,183	-0,394
	<i>p</i>	0,284	0,036	0,332	0,144	0,001
Właściwości przypisywane dziecku	<i>r</i>	-0,072	-0,104	0,191	-0,007	-0,133
	<i>p</i>	-,568	0,409	0,127	0,957	0,290
Więź emocjonalna z dzieckiem	<i>r</i>	-0,168	-0,121	0,236	-0,209	-0,391
	<i>p</i>	0,180	0,336	0,058	0,094	0,001

Objaśnienia: LM – Lęk przed macierzyństwem; PB – Zagrożone poczucie bezpieczeństwa; PZ – Brak zaufania do siebie i możliwości wsparcia; NR – Nieakceptowanie roli rodzicielskiej; KC – Koncentracja na ciąży.

Tabela 17 pokazuje, że w ciążach zdrowych podporządkowanie się interesom dziecka koreluje ujemnie z brakiem poczucia bezpieczeństwa ($r = -0,290$; $p < 0,05$), brakiem poczucia zaufania ($r = -0,294$; $p < 0,05$), nieakceptowaniem roli rodzicielskiej ($r = -0,446$; $p < 0,005$) oraz ogólnym wskaźnikiem doświadczenia ciąży ($r = -0,260$; $p < 0,05$). Poza tym brak akceptacji dla roli rodzicielskiej współwystępuje z niższą akceptacją dziecka jako autonomicznej istoty ($r = -0,347$; $p < 0,05$). Zaobserwowano także ujemną relację między gotowością do realizowania roli rodzicielskiej a zaburzonym poczuciem bezpieczeństwa ($r = -0,260$; $p < 0,05$) oraz nieakceptowaniem tej roli ($r = -0,394$; $p < 0,005$).

Poziom przypisywania właściwości dziecku jest niezależny od doświadczeń ciąży we wszystkich badanych grupach. W żadnej z grup nie zaobserwowano także związku koncentracji na ciąży z więzią emocjonalną i jej przejawami.

6.3. Predyktory więzi z dzieckiem prenatalnym – doświadczenie obecnej ciąży

W celu określenia, które z przedstawionych zmiennych, dotyczących doświadczenia obecnej ciąży, czyli postaw wobec niej i uciążliwości z nią związanych, pozwalają przewidzieć natężenie więzi emocjonalnej i jej składowych, zastosowano regresję wielozmiennową. Równania regresji krokowej wykonano oddzielnie dla trzech grup badanych kobiet. Przeprowadzono analizę regresji dla globalnej więzi i analogicznie dla jej komponentów, traktując wynik ogólny oraz wyniki w poszczególnych skalach jako zmienne objaśniane. W tabeli 18 uwzględniono tylko zmienne, które okazały się predyktorami więzi emocjonalnej i jej komponentów w grupie kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi.

Tabela 18

Analiza regresji liniowej dla więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu doświadczenia ciąży z wadami wrodzonymi

Zmienna objaśniana	Zmienna objaśniająca	Beta	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Podporządkowanie dziecku	Brak zaufania do specjalistów	-0,360	0,003	0,129
Odrębna istota	Brak zaufania do specjalistów	-0,275	0,027	0,076
Rola rodzicielska	Nieakceptowanie roli	-0,423	0,001	0,179
Więź emocjonalna	Nieakceptowanie roli	-0,319	0,001	0,153

Przedstawione obliczenia wskazują, że istotnym predyktorem więzi ogólnej z zakresu doświadczenia ciąży jest nieakceptowanie roli rodzicielskiej. Kobiety w ciążach z wadami wrodzonymi nawiązują silniejszą więź emocjonalną im bardziej akceptują rolę rodzicielską. Model wyjaśnia 15% wariancji zmiennej zależnej ($R^2 = 0,15$), $F(1,63) = 11,34$; $p < 0,01$. Pozwala to na przyjęcie hipotezy 7.5a mówiącej, że brak akceptacji roli rodzicielskiej obniża nasilenie więzi prenatalnej w ciążach z wadami wrodzonymi.

Analogicznie do globalnej więzi emocjonalnej z dzieckiem przeprowadzono analizę regresji wielozmiennowej dla poszczególnych jej komponentów. Żadna ze zmiennych z grupy doświadczenia ciąży nie okazała się istotnym predyktorem dla podejmowania interakcji z dzieckiem oraz przypisywania mu właściwości. Natomiast jedynym predyktorem podporządkowania się interesom dziecka jest brak zaufania do siebie i specjalistów. Kobiecie łatwiej zmienić swój tryb życia dla potrzeb dziecka, gdy wierzy w kompetencje specjalistów opiekujących się nią i ciążą. Model wyjaśnia 13% wariancji, $F(1,63) = 9,37$; $p < 0,005$.

Wśród predyktorów traktowania dziecka jako odrębnej osoby również istotnym okazał się brak zaufania do siebie i specjalistów. Jednak model wyjaśnia tylko 8% wariancji, $F(1,63) = 5,15$; $p < 0,05$. Przedstawione wyniki świadczą, że matki w ciążach z wadami wrodzonymi mają większą łatwość w akceptacji odrębności dziecka, jeśli pozytywnie oceniają działania i profesjonalizm personelu medycznego.

W kolejnym modelu zmienną wyjaśnianą było podejmowanie roli rodzicielskiej, a predyktorem okazało się nieakceptowanie roli rodzica. Model wyjaśnia 18% wariancji, $F(1,63) = 13,74$; $p < 0,001$. Uzyskane wyniki wskazują, że kiedy kobiety, u których dzieci wykryto zaburzenia rozwoju, bardziej akceptują rolę matki, to wyrażają większą gotowość do wypełniania obowiązków rodzicielskich, kiedy dziecko przyjdzie na świat.

Tabela 19 pokazuje istotne predyktory więzi emocjonalnej i jej składowych, obejmujące doświadczanie obecnej ciąży dla grupy kobiet z innymi zagrożeniami.

Tabela 19

Analiza regresji liniowej dla więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu doświadczania ciąży z innymi zagrożeniami

Zmienna objaśniana	Zmienna objaśniająca	Beta	p	R ²
Interakcje z dzieckiem	Nieakceptowanie roli	-0,308	0,013	0,095
Podporządkowanie dziecku	Nieakceptowanie roli	-0,329	0,004	0,370
	Brak zaufania do specjalistów	-0,393	0,001	
Odrębność dziecka	Nieakceptowanie roli	-0,281	0,025	0,206
	Brak bezpieczeństwa	-0,264	0,035	
Rola rodzicielska	Nieakceptowanie roli	-0,341	0,006	0,259
	Brak zaufania do specjalistów	-0,262	0,033	
Więź emocjonalna	Nieakceptowanie roli	-0,473	0,001	0,211

Analiza pokazała, że poziom akceptacji roli rodzicielskiej jest predyktorem nasilenia więzi emocjonalnej z dzieckiem w okresie prenatalnym u kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami, co pozwala na przyjęcie hipotezy 7.5b stanowiącej, że brak akceptacji roli macierzyńskiej obniża nasilenie więzi prenatalnej w tej grupie badanych. Kiedy kobieta jest pogodzona z sytuacją stawiania się matką, wtedy nawiązuje silniejszą relację z nienarodzonym dzieckiem. Wariancja jest wyjaśniana w 21%, $F(1,63) = 18,11$; $p < 0,001$.

Nieakceptowanie roli rodzicielskiej jest też predyktorem interakcji z dzieckiem. Model wyjaśnia 10% wariancji zmiennej, $F(1,63) = 6,58$; $p < 0,05$. Matki, które nie akceptują swojej nowej roli, podejmują mniej prób kontaktu z dzieckiem w okresie prenatalnym.

Predyktorami podporządkowania interesom dziecka są: brak zaufania do specjalistów oraz nieakceptowanie roli rodzicielskiej. Model wyjaśnia 37% wariancji zmiennej, $F(2,62) = 18,18$; $p < 0,001$. Kobiety w ciążach z innymi zagrożeniami mają mniejszą trudność ze zmianą swojego trybu życia dla dobra dziecka, gdy ufają profesjonalistom prowadzącym ciążę oraz gdy akceptują nową rolę.

Nieakceptowanie roli rodzicielskiej i zagrożone poczucie bezpieczeństwa są predyktorami traktowania dziecka jako odrębnej istoty. Oznacza to, że kobiety

w ciążach z innymi zagrożeniami są bardziej skłonne akceptować niezależność dziecka, gdy akceptują rolę rodzicielską i czują się bezpiecznie w tej sytuacji. Wariancja jest wyjaśniana w 20%, $F(2,62) = 8,04$; $p < 0,001$.

Natomiast brak akceptacji roli macierzyńskiej i brak zaufania do specjalistów są znaczące dla gotowości do podjęcia roli rodzicielskiej w przyszłości. Kobiety, które doceniają profesjonalizm lekarzy i zaakceptowały nowe zadania wynikające ze stawiania się matką, chętniej snują wyobrażenia na temat sprawowania opieki nad dzieckiem po jego urodzeniu. Model wyjaśnia 26% wariancji zmiennej, $F(2,62) = 10,82$; $p < 0,001$. Nie znaleziono predyktorów przypisywania właściwości dziecku wśród tej grupy zmiennych.

W tabeli 20 przedstawiono wyniki analizy regresji liniowej uwzględniającej doświadczanie ciąży dla więzi emocjonalnej i jej elementów w grupie kobiet w zdrowych ciążach.

Tabela 20

Analiza regresji liniowej dla więzi emocjonalnej oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu doświadczania ciąży zdrowej

Zmienna objaśniana	Zmienna objaśniająca	Beta	p	R ²
Podporządkowanie dziecku	Nieakceptowanie roli	-0,446	0,001	0,199
Odrębność dziecka	Nieakceptowanie roli	-0,347	0,005	0,121
Rola rodzicielska	Nieakceptowanie roli	-0,394	0,001	0,155
Więź emocjonalna	Nieakceptowanie roli	-0,391	0,001	0,153

Wyniki wskazują, że istotnym predyktorem więzi globalnej w grupie ciąż fizjologicznych jest nieakceptowanie roli rodzicielskiej, co pozytywnie weryfikuje hipotezę 7.5c. Kobiety w zdrowych ciążach nawiązują silniejszą relację emocjonalną z dzieckiem, gdy akceptują nową rolę społeczną. Model wyjaśnia 15% wariancji zmiennej, $F(1,63) = 11,34$; $p < 0,001$.

Brak akceptacji roli macierzyńskiej pozwala również przewidywać podporządkowywanie się interesom dziecka. Model wyjaśnia wariancję w 20%, $F(1,63) = 13,70$; $p < 0,001$. Im mniejszy jest poziom aprobaty wobec roli matki, tym kobiecie trudniej zmienić swoje przyzwyczajenia dla dobra dziecka i ciąży.

Również traktowanie dziecka jako odrębnej istoty może być przewidywane na podstawie nieakceptowania roli rodzicielskiej. Brak jej akceptacji powoduje mniejszą zdolność do traktowania dziecka jako niezależnego człowieka. Wariancja jest wyjaśniana przez model w 21%, $F(1,63) = 8,65$; $p < 0,01$.

Analogicznie wygląda sytuacja dla skali Podejmowanie roli rodzicielskiej, której poziom punktowy jest również warunkowany przez akceptację roli rodzicielskiej. Badane w zdrowych ciążach wyobrażają sobie chętnie siebie w roli matek opiekujących się dziećmi po urodzeniu, gdy zaakceptowały nową rolę macierzyńską. Model wyjaśnia wariancję zmiennej w 16%, $F(1,63) = 11,58$; $p < 0,001$.

Nie znaleziono istotnych predyktorów dla podejmowania interakcji z dzieckiem oraz przypisywania mu właściwości wśród aspektów doświadczania ciąży w grupie kobiet w ciążach zdrowych.

W żadnej z badanych grup więź emocjonalna nie może być przewidywana na podstawie lęku przed macierzyństwem, co każe odrzucić hipotezę 7.1 mówiącą, że ten wymiar doświadczania ciąży obniża nasilenie więzi matki z dzieckiem. Nie ma na nią wpływu również zagrożenie poczucia bezpieczeństwa oraz brak zaufania do siebie i specjalistów. Nie można zatem przyjąć hipotez 7.2 i 7.4 mówiących, że oba aspekty doświadczania ciąży zmniejszają nasilenie więzi prenatalnej. Hipoteza 7.3, wskazująca na mniejsze nasilenie relacji matka – płód w wyniku nadmiernej koncentracji na ciąży, została zweryfikowana negatywnie we wszystkich grupach badanych kobiet. Przyjęta została jedynie hipoteza 7.5 stanowiąca, że brak akceptacji roli rodzicielskiej obniża nasilenie relacji z nienarodzonym dzieckiem we wszystkich grupach.

6.4. Podsumowanie

Kobiety w ciążach z wadami wrodzonymi istotnie silniej koncentrują się na ciąży i jej objawach niż kobiety w ciążach zdrowych. Więź emocjonalna z dzieckiem matek w tej grupie jest niższa, gdy nie akceptują roli macierzyńskiej. W grupie kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi brak akceptacji roli rodzicielskiej pozwala przewidywać także mniejszą gotowość do jej podjęcia już po urodzeniu dziecka. Z kolei mniejsze zaufanie do personelu medycznego skutkuje większymi trudnościami w traktowaniu dziecka jako odrębnej istoty oraz w podporządkowaniu się jego interesom.

Również u badanych w ciążach z innymi zagrożeniami intensywność relacji z nienarodzonym dzieckiem jest przewidywana na podstawie nieakceptowania roli rodzicielskiej. Brak akceptacji tej roli społecznej przez matki wiąże się z mniejszym nasileniem ich więzi z dzieckiem. Badane w ciążach z innymi zagrożeniami mniej chętnie podporządkowują się interesom dziecka i podejmują rolę rodzicielską, gdy jej nie akceptują i nie mają zaufania do specjalistów. Nieakceptowanie roli macierzyńskiej oraz brak poczucia bezpieczeństwa obniżają także u nich poziom akceptacji odrębności dziecka.

Natomiast im bardziej kobiety w ciążach zdrowych nie akceptują roli macierzyńskiej, tym tworzą mniej intensywną więź emocjonalną z dzieckiem, trudniej jest im podporządkować się interesom dziecka, traktować je jako odrębną istotę oraz wyobrażać sobie siebie jako rodzica sprawującego opiekę nad dzieckiem po urodzeniu.

Rozdział 7. Właściwości indywidualne badanych kobiet w ciąży zagrożonych i fizjologicznych a więź z dzieckiem prenatalnym

Indywidualne właściwości matki są jednym z aspektów, w których upatruje się uwarunkowań więzi, jaką tworzą ze swoimi dziećmi. W tym rozdziale podjęłam próbę prześledzenia nasilenia wybranych cech i stanów emocjonalnych badanych kobiet i ich związku z relacją prenatalną matka – płód oraz jej komponentami.

7.1. Wiek matki a więź z dzieckiem prenatalnym

Jak wskazałam w tabeli 3, wiek badanych oscylował między 18. a 44. rokiem życia. Wiek życia nie różnicował istotnie badanych grup kobiet. Średnia wieku dla matek (w każdej z grup) wyniosła ok. 30 lat.

Tabela 21
Wiek matki a więź emocjonalna i jej komponenty – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona

		Wiek matki		
		wady wrodzone	inne zagrożenia	zdrowe ciążę
1		2	3	4
Interakcja z dzieckiem	r	−0,012	−0,194	−0,194
	p	0,927	0,122	0,122
Podporządkowanie się interesom dziecka	r	0,049	0,009	0,009
	p	0,700	0,945	0,945
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	r	−0,251	−0,233	−0,233
	p	0,044	0,062	0,062
Podejmowanie roli rodzicielskiej	r	−0,174	−0,160	−0,160
	p	0,166	0,204	0,204

Tabela 21 (cd.)

1		2	3	4
Właściwości przypisywane dziecku	<i>r</i>	-0,087	-0,074	-0,074
	<i>p</i>	0,492	0,557	0,557
Więź emocjonalna z dzieckiem	<i>r</i>	-0,126	-0,174	-0,174
	<i>p</i>	0,316	0,166	0,166

W celu sprawdzenia zależności między wiekiem matki a więzią prenatalną dokonałam analizy korelacji. W żadnej z badanych grup nie stwierdzono związku między wiekiem badanej a więzią emocjonalną z dzieckiem oraz jej przejawami (tab. 21). Należy zatem odrzucić hipotezę 8 stanowiącą, że im starsze matki, tym nawiązują mniej intensywną więź emocjonalną z dziećmi.

Na uwagę zasługuje jednak fakt, że w grupie kobiet w ciąży ze stwierdzonymi wadami rozwojowymi płodów wiek koreluje ujemnie z traktowaniem dziecka jako odrębnej istoty ($r = -0,251$; $p < 0,05$). Oznacza to, że matkom w ciąży zagrożonych przez dysfunkcję rozwojową dziecka wraz z wiekiem trudniej jest akceptować jego autonomię jako odrębnego człowieka (tab. 21).

7.2. Styl przywiązania a więź z dzieckiem prenatalnym

Do pomiaru poziomu stylów przywiązania charakterystycznych dla badanych kobiet został wykorzystany Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych opracowany przez M. Ploę. Metoda ta pozwala na określenie nasilenia trzech stylów przywiązania: bezpiecznego, lękowo-ambiwalentnego oraz unikowego. Wymiary skali odnoszą się do poziomu gotowości do nawiązywania bliskich relacji, wyrażania czułości, zaufania i przywiązania wobec partnera, poczucia bezpieczeństwa w związku i otwartości komunikowania się w nim.

Dokonano porównania poziomów stylów przywiązania w badanych grupach. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA nie wykazała różnic w nasileniu konkretnych stylów przywiązania między grupami kobiet w ciąży zagrożonych wadami i innymi zaburzeniami oraz w ciąży fizjologicznych, co nie pozwala na przyjęcie hipotezy 9 (tab. 22).

W celu sprawdzenia, który styl przywiązania jest dominujący w danej grupie, użyto testu chi-kwadrat do porównania liczebności kobiet osiągających wysokie i bardzo wysokie wyniki w poszczególnych wymiarach. Wartość statystyk χ^2 okazała się istotna statystycznie i wyniosła: w grupie kobiet w ciąży z wadami wrodzonymi – $\chi^2 (2, N = 79) = 73,39$; $p < 0,001$; z innymi zagrożeniami – $\chi^2 (2, N = 77) = 78,10$; $p < 0,001$; zdrowych – $\chi^2 (2, N = 77) = 84,26$; $p < 0,001$.

Zdecydowanie najbardziej charakterystycznym dla badanych matek we wszystkich grupach jest styl bezpieczny i plasuje się na poziomie 9 stena. Wyniki

wysokie i bardzo wysokie w tej skali osiągają odpowiednio w grupie kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi – 62 badane, z innymi zagrożeniami – 62 badane, zdrowych – 63 badane. Oznacza to, że niezależnie od zagrożenia ciąży lub jego braku mają bliski kontakt uczuciowy z partnerem, odczuwają satysfakcję z kontaktów i intymnej relacji z nim, czerpią przyjemność z jego obecności, ufają mu i otrzymują od niego wsparcie.

Tabela 22

Style przywiązania kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych

		Wady wrodzone <i>n</i> = 65	Inne zagrożenia <i>n</i> = 65	Ciąże zdrowe <i>n</i> = 65	<i>F</i>	<i>p</i>
Styl bezpieczny	M	47,37	48,57	49,26	1,118	0,329
	min	8	10	28		
	max	56	56	56		
	SD	8,142	7,736	5,810		
Styl lękowo- -ambiwalentny	M	23,11	21,55	21,17	0,727	0,485
	min	9	8	8		
	max	56	50	46		
	SD	10,076	9,548	9,480		
Styl unikowy	M	15,57	14,74	14,46	0,307	0,736
	min	2	8	8		
	max	52	52	45		
	SD	9,652	8,592	6,648		

Dużo mniej charakterystyczny dla badanych jest styl lękowo-ambiwalentny. W grupie z wadami wrodzonymi badane osiągają przeciętne nasilenie stylu lękowo-ambiwalentnego, a w dwóch pozostałych grupach wyniki niskie. Na poziomie wyników surowych nie są to różnice istotne statystycznie. Wyniki wysokie i bardzo wysokie w tej skali osiąga odpowiednio w grupie kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi – 12 kobiet, z innymi zagrożeniami – 11 kobiet, zdrowych – 13 kobiet. Pozwala to przypuszczać, że zamartwianie, czujność i niepokój o niepowodzenie i rozpad związku nie towarzyszą im często.

Najmniejsze nasilenie we wszystkich grupach badanych wykazał pomiar stylu unikowego. Wyniki wysokie i bardzo wysokie w tej skali osiąga odpowiednio w grupie kobiet w ciążach z wadami – 5 badanych, z innymi zagrożeniami – 4 badane, zdrowych – 1 badana. Można przypuszczać, że badane kobiety raczej rzadko doświadczają niechęci wobec partnera czy braku dążenia do bliskości i czułości w diadzie.

W następnym kroku dokonany został pomiar zależności między stylem przywiązania reprezentowanym przez badane a ich więzią emocjonalną z dzieckiem.

Tabela 23

Style przywiązania matki a więź emocjonalna i jej komponenty w ciążach z wadami wrodzonymi – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona

Wady wrodzone		Styl bezpieczny	Styl lękowo- -ambiwalentny	Styl unikowy
Interakcja z dzieckiem	<i>r</i>	0,074	-0,060	-0,023
	<i>p</i>	0,557	0,633	0,856
Podporządkowanie się interesom dziecka	<i>r</i>	0,095	-0,233	-0,089
	<i>p</i>	0,453	0,075	0,481
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	<i>r</i>	0,013	0,004	0,078
	<i>p</i>	0,920	0,972	0,535
Podejmowanie roli rodzicielskiej	<i>r</i>	0,122	-0,115	-0,149
	<i>p</i>	0,334	0,362	0,136
Właściwości przypisywane dziecku	<i>r</i>	-0,047	0,020	-0,101
	<i>p</i>	0,711	0,874	0,425
Więź emocjonalna z dzieckiem	<i>r</i>	0,059	-0,089	-0,085
	<i>p</i>	0,641	0,480	0,499

Tabela 23 pokazuje, że w grupie kobiet w ciążach ze zdiagnozowaną wrodzoną wadą rozwojową płodu poziom stylu przywiązania matki nie ma związku z relacją, jaką tworzy ona ze swoim dzieckiem oraz jej komponentami.

Tabela 24

Styl przywiązania matki a więź emocjonalna i jej komponenty w ciążach z innymi zagrożeniami – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona

Inne zagrożenia		Styl bezpieczny	Styl lękowo- -ambiwalentny	Styl unikowy
1		2	3	4
Interakcja z dzieckiem	<i>r</i>	-0,022	-0,019	-0,035
	<i>p</i>	0,860	0,882	0,781
Podporządkowanie się interesom dziecka	<i>r</i>	0,190	-0,155	-0,142
	<i>p</i>	0,129	0,217	0,261
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	<i>r</i>	0,086	-0,348	-0,236
	<i>p</i>	0,496	0,005	0,058
Podejmowanie roli rodzicielskiej	<i>r</i>	0,035	-0,181	-0,251
	<i>p</i>	0,783	0,148	0,044

		1	2	3	4
Właściwości przypisywane dziecku	<i>r</i>		0,005	-0,044	-0,139
	<i>p</i>		0,969	0,726	0,269
Więź emocjonalna z dzieckiem	<i>r</i>		0,073	-0,187	-0,207
	<i>p</i>		0,561	0,135	0,099

Nie stwierdzono także zależności więzi ogólnej z żadnym z przejawianych stylów przywiązania w grupie w ciążach zdrowych i z innymi zagrożeniami (tab. 24 i 25). Wskazuje to na konieczność odrzucenia hipotezy 10 stanowiącej o istotnej zależności między stylami przywiązania kobiet oraz ich więzią emocjonalną z dzieckiem.

Sprawdzono również relacje między stylami przywiązania a komponentami więzi emocjonalnej. W grupie kobiet w ciążach wysokiego ryzyka z powodu innych zagrożeń niż wada wrodzona (tab. 24) styl lękowo-ambiwalentny koreluje ujemnie na poziomie umiarkowanym z traktowaniem dziecka jako odrębnej istoty ($r = -0,348$; $p < 0,005$). Czyli im bardziej lękowo przywiązana jest matka, tym mniej akceptuje autonomię dziecka. Ponadto styl unikowy wiąże się ujemnie na słabym poziomie z podejmowaniem roli rodzicielskiej ($r = -0,251$; $p < 0,05$). Oznacza to, że im bardziej unikowo reaguje badana, tym jej gotowość do realizacji roli matki jest mniejsza.

Tabela 25

Styl przywiązania a więź emocjonalna i jej komponenty w zdrowych ciążach – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona

Zdrowe ciążę		Styl bezpieczny	Styl lękowo-ambiwalentny	Styl unikowy
Interakcja z dzieckiem	<i>r</i>	0,102	0,006	0,005
	<i>p</i>	0,420	0,964	0,966
Podporządkowanie się interesom dziecka	<i>r</i>	0,348	-0,286	-0,273
	<i>p</i>	0,004	0,021	0,028
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	<i>r</i>	0,270	0,052	-0,095
	<i>p</i>	0,030	0,680	0,451
Podejmowanie roli rodzicielskiej	<i>r</i>	0,251	-0,156	-0,121
	<i>p</i>	0,043	0,215	0,337
Właściwości przypisywane dziecku	<i>r</i>	-0,103	0,176	0,154
	<i>p</i>	0,416	0,160	0,219
Więź emocjonalna z dzieckiem	<i>r</i>	0,198	-0,025	-0,056
	<i>p</i>	0,114	0,842	0,661

Najwięcej zależności zaobserwowano w grupie kobiet w ciążach zdrowych (tab. 25). Podporządkowanie się interesom dziecka koreluje dodatnio ze stylem bezpiecznym ($r = 0,348$; $p < 0,005$) oraz ujemnie ze stylem lękowo-ambiwalentnym ($r = -0,286$; $p < 0,05$) i stylem unikowym ($r = -0,273$; $p < 0,05$). Oznacza to, że poziom gotowości do zmiany swojego sposobu funkcjonowania dla potrzeb ciąży wzrasta u matek w ciążach zdrowych wraz ze wzrostem nasilenia przywiązania bezpiecznego i niższym przejawianiem pozabezpieczanych stylów przywiązania. Zaś wraz ze wzrostem nasilenia przywiązania bezpiecznego wzrasta tendencja do traktowania płodu jako odrębnej istoty oraz chęć podjęcia roli rodzicielskiej.

7.3. Samoocena a więź z dzieckiem prenatalnym

Przeanalizowany został również poziom samooceny badanych matek. Do pomiaru tej cechy została użyta Skala Samooceny SES M. Rosenberga, która pozwala określić rodzaj postawy wobec własnego Ja. Wysoka globalna ocena siebie jest wyrazem przekonania, że jest się wartościowym i wystarczająco dobrym, ale nie lepszym od innych człowiekiem. Niski poziom samooceny interpretuje się z kolei jako przejaw niezadowolenia z siebie, odrzucenia własnego Ja i postrzeganie siebie jako jednostki mało wartościowej. Sposób postrzegania własnej osoby wydaje się być znaczący w przypadku kobiet w ciąży, ponieważ może rzutować na ich ocenę własnych umiejętności poradzenia sobie z nowymi wyzwaniami, jakie stawia przed nimi ciąża oraz macierzyństwo.

Tabela 26

Samoocena kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych

		Wady wrodzone $n = 65$	Inne zagrożenia $n = 65$	Ciąże zdrowe $n = 65$	F	p
Samoocena	M	31,82	32,95	32,82	0,970	0,381
	min	19	20	15		
	max	49	40	40		
	SD	5,508	4,645	5,062		

W oparciu o normalizację polskiej wersji SES (Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna, 2008) można stwierdzić, że średnia samoocena badanych we wszystkich trzech grupach plasuje się na poziomie przeciętnym. Porównanie poziomu omawianej zmiennej w badanych grupach pokazało, że kobiety w ciążach, u których dzieci wykryto wady wrodzone, cechuje najniższy wśród badanych grup poziom samooceny. Największe nasilenie tej cechy występuje u kobiet z innymi zagrożeniami ciąży, jednak jednoczynnikowa analiza wariancji nie wykazała istotnych statystycznie różnic w poziomie poczucia własnej wartości w grupach badanych matek, co nie pozwala na przyjęcie hipotezy 11 (tab. 26).

Tabela 27

Samooceńa matki a więź emocjonalna i jej komponenty – zależność mierzona współczynnikiem r -Pearsona

		Samooceńa		
		wady wrodzone	inne zagrożenia	zdrowe ciążę
Interakcja z dzieckiem	r	0,122	0,292	-0,067
	p	0,333	0,018	0,597
Podporządkowanie się interesom dziecka	r	0,185	0,205	0,040
	p	0,140	0,102	0,755
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	r	0,047	0,237	-0,072
	p	0,709	0,058	0,568
Podejmowanie roli rodzicielskiej	r	0,175	0,142	-0,080
	p	0,163	0,259	0,527
Właściwości przypisywane dziecku	r	0,025	0,319	-0,164
	p	0,841	0,010	0,191
Więź emocjonalna z dzieckiem	r	0,142	0,316	-0,115
	p	0,259	0,010	0,362

W kolejnym kroku zbadano związek samooceny matki z jej więzią emocjonalną z dzieckiem. Analiza korelacji nie wykazała związku nasilenia więzi emocjonalnej i jej składowych z samooceną kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi i ciążach fizjologicznych. Należy odrzucić hipotezy 12.1 i 12.3 zakładające współwystępowanie wysokiej samooceny z silniejszą więzią ogólną w grupach ciąż zdrowych i z wadami. Natomiast w grupie matek w ciążach z innymi zagrożeniami zaobserwowano dodatnie zależności samooceny z więzią emocjonalną ($r = 0,316$; $p < 0,05$), interakcjami z dzieckiem ($r = 0,292$; $p < 0,05$), właściwościami przypisywanymi dziecku ($r = 0,319$; $p < 0,05$). Okazało się, że im wyższa samoocena badanej, tym silniejsze jej przywiązanie do nienarodzonego dziecka, częstsze interakcje z nim i przypisywanie mu cech oraz właściwości (tab. 27). Wyniki pozwalają na przyjęcie hipotezy 12.2 mówiącej, że wysoka samoocena matki współwystępuje z tworzeniem silniejszej więzi emocjonalnej w grupie kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami.

7.4. Lęk a więź z dzieckiem prenatalnym

Okresowi ciąży często towarzyszy lęk związany z nowymi doświadczeniami, z obawami o przebieg ciąży i porodu oraz oceną własnych kompetencji rodzicielskich. Niepokój matki może być szczególnie silny, gdy dowiaduje się ona, że

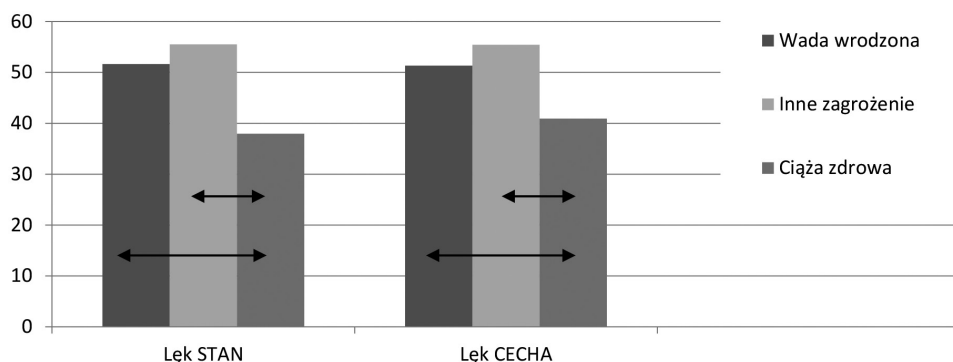
zdrowie lub życie jej nienarodzonego dziecka jest zagrożone. Ponadto poziom lęku, będącego pewną właściwością człowieka, oddziałuje na sposób interpretacji różnych zdarzeń jako mniej lub bardziej zagrażających. W związku z tym kolejnym etapem analiz było określenie nasilenia lęku, jaki charakteryzuje badane kobiety oraz jaki towarzyszy im w obecnej sytuacji ciąży. Do pomiaru lęku sytuacyjnego oraz rozumianego jako wewnętrzna właściwość zastosowano Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) C.D. Spielberga.

Tabela 28

Lęk u kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych

		Wady wrodzone <i>n</i> = 65	Inne zagrożenia <i>n</i> = 65	Ciąże zdrowe <i>n</i> = 65	<i>F</i>	<i>p</i>
Lęk STAN	M	51,63	55,51	37,94	36,925	0,001
	min	30	28	20		
	max	71	78	77		
	SD	11,050	10,525	14,732		
Lęk CECHA	M	51,34	55,43	40,92	35,203	0,001
	min	31	35	25		
	max	73	75	74		
	SD	9,871	8,685	11,706		

Jednoczynnikowa analiza wariancji w planie dla grup niezależnych wykazała, że różnice te są istotne statystycznie, dlatego w następnym kroku przeprowadzone zostały porównania *post hoc* za pomocą testu Bonferroniego. Wyniki przedstawione w tabeli 28 pokazują, że kobiety w ciążach z wadami wrodzonymi ($p = ,001$) oraz z innymi zagrożeniami ($p = ,001$) odczuwają istotnie wyższy poziom lęku sytuacyjnego niż badane w ciążach zdrowych, $F(2,192) = 36,93$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,28$. Uzyskane wyniki pozwalają na przyjęcie hipotezy 14. Podobną tendencję zaobserwowano dla lęku cechy $F(2,192) = 35,20$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,27$. Kobietom w ciążach z zagrożeniem z przyczyn związanych i niezwiązanych z wadą płodu towarzyszy w obecnej sytuacji istotnie wyższy lęk niż tym, u których ciąża przebiega prawidłowo, co potwierdza hipotezę 13. Na podstawie polskiej normalizacji skali STAI (Wrześniewski, Sosnowski, Jaworowska, Fecene, 2011) można określić, że w obu podskalach badane w ciążach z wadami wrodzonymi i innymi zagrożeniami osiągnęły wyniki wysokie, natomiast te w ciążach fizjologicznych – przeciętne (rys. 3).



Rysunek 3. Średnie wartości lęku rozumianego jako stan i jako cecha

Tabela 29

Lęk matki a więź emocjonalna i jej komponenty – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona

		Lęk – stan			Lęk – cecha		
		wady	inne	zdrowe	wady	inne	zdrowe
Interakcja z dzieckiem	<i>r</i>	–0,022	0,015	–0,095	–0,013	0,028	–0,156
	<i>p</i>	0,859	0,903	0,453	0,918	0,828	0,215
Podporządkowanie się interesom dziecka	<i>r</i>	0,036	0,034	–0,294	0,084	0,030	–0,214
	<i>p</i>	0,778	0,789	0,017	0,507	0,812	0,087
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	<i>r</i>	0,053	0,105	–0,074	0,221	0,111	–0,167
	<i>p</i>	0,677	0,406	0,556	0,076	0,381	–0,183
Podejmowanie roli rodzicielskiej	<i>r</i>	–0,226	0,010	–0,058	0,183	0,084	–0,099
	<i>p</i>	0,071	0,939	0,649	0,145	0,508	0,432
Właściwości przypisywane dziecku	<i>r</i>	–0,142	0,188	0,044	–0,003	0,044	0,078
	<i>p</i>	0,260	0,134	0,726	0,979	0,727	0,534
Więź emocjonalna z dzieckiem	<i>r</i>	–0,097	0,097	–0,109	0,111	0,076	–0,123
	<i>p</i>	0,440	0,443	0,386	0,377	0,549	0,330

Zbadano także zależności między lękiem a więzią prenatalną i jej komponentami. Analiza korelacji między lękiem stanem i cechą a więzią emocjonalną nie ujawniła istotnych statystycznie związków w badanych grupach. Jedynie w grupie kobiet w ciążach zdrowych zaobserwowano ujemny związek na słabym poziomie między lękiem rozumianym jako stan a podporządkowaniem się interesom dziecka ($r = -0,294$; $p < 0,05$). Im silniejszy lęk sytuacyjny towarzyszy matce w ciąży fizjologicznej, tym ma mniejszą łatwość w zmianie swoich przyzwyczajeń dla potrzeb nienarodzonego dziecka (tab. 29).

Uzyskane wyniki wskazują na konieczność odrzucenia hipotezy 16 stanowiącej, że wysoki poziom lęku rozumianego jako cecha wiąże się z mniejszym nasileniem więzi emocjonalnej z dzieckiem we wszystkich badanych grupach oraz hipotezy 15 zakładającej, że również silny lęk sytuacyjny wiąże się z mniejszą więzią z dzieckiem.

7.5. Predyktory więzi z dzieckiem prenatalnym – indywidualne właściwości matki

W kolejnym kroku analiz jak predyktory więzi emocjonalnej z dzieckiem i jej subdymensji potraktowano zmienne z grupy indywidualnych właściwości matki, czyli jej wiek, prezentowany styl przywiązania, poziom samooceny oraz nasilenie lęku cechy i stanu. Równania regresji wykonano oddzielnie dla trzech grup badanych kobiet. Przeprowadzono analizę regresji metodą krokową dla globalnej więzi i analogicznie dla jej składowych.

Tabela 30

Analiza regresji liniowej dla więzi emocjonalnej oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu indywidualnych właściwości kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi

Zmienna objaśniana	Zmienna objaśniająca	Beta	p	R ²
Odrębna istota	Wiek matki	-0,251	0,044	0,063

Tabela 30 pokazuje zmienne, które okazały się istotnymi predyktorami więzi z dzieckiem w okresie prenatalnym i jego składowych u kobiet w ciążach, w których zdiagnozowano wady płodu. Żadna ze zmiennych niezależnych nie jest predyktorem poziomu więzi emocjonalnej, interakcji z dzieckiem, traktowania go jako odrębnej istoty, przypisywania mu właściwości i podporządkowania się mu w tej grupie.

Natomiast na podstawie wieku matki można przewidywać nasilenie wyodrębniania przez nią płodu. Wyniki wskazują, że wraz z wiekiem kobietom w ciążach z wykrytą wadą coraz trudniej traktować płód jako odrębnego człowieka. Omawiany model wyjaśnia jedynie 6% wariancji zmiennej, $F(1,63) = 4,23$; $p < 0,05$.

Tabela 31

Analiza regresji liniowej dla więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu indywidualnych właściwości kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami

Zmienna objaśniana	Zmienna objaśniająca	Beta	p	R ²
Interakcje z dzieckiem	Samoocena	0,292	0,018	0,085
Przypisywanie właściwości	Samoocena	0,319	0,010	0,102
Odrębna istota	Styl lękowo-ambiwalentny	-0,348	0,005	0,121
Rola rodzicielska	Styl unikowy	-0,251	0,044	0,063
Więź emocjonalna	Samoocena	0,316	0,010	0,100

Analogicznie przeprowadzono analizę regresji dla więzi i jej komponentów w grupie kobiet w ciążach wysokiego ryzyka z innymi zagrożeniami. Wyniki przedstawione w tabeli 31 pokazują, że poziom samooceny matek w ciążach z innymi wadami jest predyktorem ich więzi z dzieckiem prenatalnym. Wariancja jest wyjaśniana w 10%, $F(1,63) = 6,97$; $p < 0,05$. Samoocena jest także predyktorem interakcji podejmowanych z dzieckiem. W tym przypadku wariancję zmiennej wyjaśnia tylko 8%, $F(1,63) = 5,89$; $p < 0,05$. Stwierdzono również znaczenie samooceny dla przypisywania właściwości dziecku. Wariancję zmiennej wyjaśnia 10%, $F(1,63) = 7,13$; $p < 0,05$. Wobec tego kobiety, które cechuje wyższy poziom samooceny, tworzą silniejszą relację emocjonalną z dzieckiem prenatalnym, częściej próbują nawiązać z nim kontakt i przypisują mu więcej cech oraz właściwości.

Analiza wykazała, że styl lękowo-ambiwalentny jest predyktorem traktowania dziecka jako odrębnej istoty. Model wyjaśnia 12% wariancji zmiennej, $F(1,63) = 8,67$; $p < 0,01$. Wyniki wskazują, że kobietom w ciążach z zagrożeniami trudniej jest zaakceptować odrębność płodu, gdy dominuje u nich przywiązanie lękowe.

W przypadku podejmowania roli rodzicielskiej istotnym predyktorem okazał się unikowy styl przywiązania, $F(1,63) = 4,24$; $p < 0,05$, przy niskim procencie wyjaśniania wariancji zmiennej – 6%. Przywiązanie unikowe utrudnia wyobrażanie sobie siebie w pełnieniu roli opiekuna po urodzeniu dziecka.

Nie znaleziono istotnych predyktorów nasilenia podporządkowania się interesom dziecka związanych z właściwościami indywidualnymi kobiety w tej grupie.

Tabela 32

Analiza regresji liniowej dla więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu indywidualnych właściwości kobiet w ciążach zdrowych

Zmienna objaśniana	Zmienna objaśniająca	Beta	p	R ²
Podporządkowanie dziecku	Styl bezpieczny	0,348	0,004	0,121
Odrębność dziecka	Styl bezpieczny	0,270	0,030	0,073
Rola rodzicielska	Styl bezpieczny	0,251	0,043	0,063

Tabela 32 prezentuje istotne predyktory dla więzi emocjonalnej i jej elementów z grupy zmiennych dotyczących indywidualnych właściwości matki u kobiet w zdrowych ciążach. Istotnym predyktorem podporządkowania się interesom dziecka okazał się bezpieczny styl przywiązania. Model wyjaśnia wariancję zmiennej w 12%, $F(1,63) = 8,70$; $p < 0,005$. Matki w zdrowych ciążach są bardziej skłonne zmienić swój sposób funkcjonowania dla dobra dziecka, gdy przywiązują się bezpiecznie.

Również traktowanie dziecka jako odrębnej istoty może być przewidywane na podstawie stylu bezpieczny w tej grupie kobiet. Badane prezentujące bezpieczny styl przywiązania bardziej akceptują niezależność dziecka jako człowieka. Wariancja zmiennej jest wyjaśniana tylko w 7%, $F(1,63) = 4,94$; $p < 0,05$.

Podobnie jak przy poprzednich zmiennych objaśnianych, w przypadku podejmowania roli rodzicielskiej istotnym predyktorem jest bezpieczny styl przywiązania.

Procent wyjaśniania wariancji przez model jest tu jeszcze mniejszy i wynosi 6%, $F(1,63) = 4,25$; $p < 0,05$. Kobiety z grupy w zdrowych ciążach są skłonne bardziej wyobrażać sobie siebie przy pełnieniu obowiązków rodzicielskich po urodzeniu dziecka, gdy charakteryzuje je bezpieczny styl przywiązania.

Analiza nie wyłoniła istotnych predyktorów dla więzi emocjonalnej, podejmowania interakcji z dzieckiem oraz przypisywania mu cech wśród właściwości indywidualnych kobiet w ciążach zdrowych.

7.6. Podsumowanie

Analizie poddano takie zmienne indywidualne kobiet, jak: wiek, styl przywiązania, samoocena, poziom lęku oraz oceniono ich związek z więzią emocjonalną matki z dzieckiem oraz jej komponentów.

Nie jest zaskakujące, że kobiety w ciążach zdrowych, z wadami wrodzonymi i z innymi zagrożeniami nie różnią się w zakresie stylu przywiązania oraz samooceny. Natomiast matki w ciążach zagrożonych, niezależnie od przyczyny, przejawiają wyższy lęk sytuacyjny i rozumiany jako właściwość niż kobiety w prawidłowych ciążach.

Okazało się, że u kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi predyktorem traktowania dziecka jako odrębnej istoty jest wiek matki. Wraz z wiekiem spada akceptacja odrębności autonomii dziecka. Nie stwierdzono zależności między stylem przywiązania, samooceną oraz lękiem a więzią z nienarodzonym dzieckiem, co dotyczy wyniku ogólnego, jak i jej komponentów.

Predyktorem więzi z dzieckiem w grupie w ciążach z innymi zagrożeniami jest samoocena. Wysoka samoocena matki sprzyja tworzeniu jej relacji emocjonalnej z nienarodzonym dzieckiem. Kobiety z wysokim poczuciem własnej wartości podejmują też więcej interakcji z dzieckiem oraz przypisują mu więcej właściwości. Natomiast można przewidywać, że im bardziej matki w ciążach wysokiego ryzyka z innymi zagrożeniami są przywiązane lękowo, tym mniej akceptują odrębność płodu. Ponadto, im silniejszy jest u nich unikowy styl przywiązania, tym mniej chętne są do podjęcia roli rodzicielskiej.

Badane kobiety w ciążach fizjologicznych w większym stopniu akceptują odrębność dziecka, łatwiej podporządkowują się jego interesom oraz chętniej snują wyobrażenia na temat roli rodzicielskiej pełnionej po jego urodzeniu, gdy są przywiązane bezpiecznie.

Rozdział 8. Charakter relacji z partnerem badanych kobiet w ciążach zagrożonych i fizjologicznych a więź z dzieckiem prenatalnym

Trwały związek jest dla partnerów źródłem poczucia bezpieczeństwa, szeroko rozumianej stabilizacji i wsparcia, co wpływa na ich lepsze funkcjonowanie w innych aspektach życia (Kossakowska-Petrycka, Walęcka-Matyja, 2008). Wielu autorów podkreśla, że relacja z partnerem i jej charakter odgrywają istotną rolę w budowaniu więzi z dzieckiem w okresie prenatalnym (Mercer i Ferketisch, 1990; Yercheski i in., 2009). Zwraca się także szczególną uwagę na znaczenie wsparcia otrzymywanego od partnera w kształtowaniu i rozwoju relacji przywiązania matka – płód (Abasi i in., 2012; Abasi i in., 2013; Alhusen, 2008; Hjelmstedt i in., 2006; Kijo i in., 2013; Yarcheski i in., 2009; Pawlicka i in., 2013; Siddiqui i in., 1999; Walsh i in., 2011). W tym rozdziale postaram się odpowiedzieć na pytanie, czy stan cywilny matki oraz rodzaj wsparcia otrzymywanego od partnera i zależność od niego mogą stanowić o więzi emocjonalnej z dzieckiem.

8.1. Stan cywilny matki a więź z dzieckiem prenatalnym

Celem podjętych analiz było sprawdzenie, czy stan cywilny matki różnicuje nasilenie jej relacji prenatalnej z dzieckiem. Wszystkie badane pozostawały w związkach z mężczyznami, którzy byli ojcami ich nienarodzonych dzieci. W celu skontrolowania równoliczności grup kobiet zameężnych i w związkach nieformalnych przeprowadzono test zgodności Chi-kwadrat, który zgodnie z przewidywaniami okazał się istotny statystycznie: $\chi^2(1, N = 195) = 63,19; p < 0,001$. Ze względu na znaczącą dysproporcję liczebności grup kobiet w związkach małżeńskich i kohabitujących dokonałam ich porównania testem nieparametrycznym U Manna-Whitney dla prób niezależnych.

Tabela 33

Stan cywilny matki a więź emocjonalna z dzieckiem i jej komponenty

		Związek		Istotność test U Manna-Whitney dla prób niezależnych
		małżeństwo <i>n</i> = 153	kohabitacja <i>n</i> = 42	
Interakcja z dzieckiem	M	18,37	17,79	0,218
	min	8	8	
	max	25	23	
	SD	3,11	3,18	
Podporządkowanie się interesom dziecka	M	20,63	20,29	0,345
	min	8	14	
	max	25	25	
	SD	2,96	2,67	
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	M	16,61	17,45	0,069
	min	4	9	
	max	20	20	
	SD	2,87	2,42	
Podejmowanie roli rodzicielskiej	M	16,48	16,29	0,889
	min	6	7	
	max	20	20	
	SD	3,01	3,36	
Właściwości przypisy- wane dziecku	M	20,82	20,71	0,722
	min	8	18	
	max	30	28	
	SD	4,46	3,78	
Więź emocjonalna z dzieckiem	M	92,92	92,52	0,937
	min	44	56	
	max	114	113	
	SD	11,98	11,67	

Analiza wykazała (tab. 33), że mężatki i kobiety w niezalegalizowanych związkach nie różnią się w nasileniu przywiązania emocjonalnego do swojego dziecka. Należy zatem odrzucić hipotezę 17, stanowiącą, że kobiety poślubione tworzą silniejszą relację z nienarodzonym dzieckiem niż te kohabituujące. Można wnioskować, że forma związku, jaki łączy matkę z ojcem dziecka, nie ma znaczenia dla więzi emocjonalnej między nią a płodem.

8.2. Wsparcie od partnera a więź z dzieckiem prenatalnym

Następnym etapem było określenie poziomu wsparcia uzyskiwanego przez badane matki od ich partnerów, ponieważ stanowi ono jeden z podstawowych zasobów, pomagających w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych, wpływa na samopoczucie ciężarnej i może oddziaływać na jej postawę wobec ciąży i nienarodzonego dziecka. Z wielu źródeł wsparcia społecznego, z których może korzystać kobieta w ciąży, to uzyskiwane od partnera jest uznawane za najistotniejsze. Do pomiaru czterech rodzajów wsparcia: informacyjnego, instrumentalnego, emocjonalnego i wartościującego oraz wsparcia globalnego użyto Skali Wsparcia Społecznego opracowanej przez B. Kmiecik-Baran.

Tabela 34

Wsparcie od partnera u kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych

		Wady wrodzone <i>n</i> = 65	Inne zagrożenia <i>n</i> = 65	Ciąże zdrowe <i>n</i> = 65	<i>F</i>	<i>p</i>
		1	2	3	4	5
Wsparcie informacyjne	M	11,15	10,22	10,14	2,120	0,123
	min	6	6	5		
	max	21	15	28		
	SD	3,369	2,528	3,414		
Wsparcie instrumentalne	M	11,29	10,26	10,26	1,692	0,187
	min	6	6	6		
	max	21	18	29		
	SD	3,490	3,266	4,240		
Wsparcie wartościujące	M	11,34	10,51	11,17	1,723	0,181
	min	7	7	7		
	max	21	17	26		
	SD	2,970	2,040	2,972		
Wsparcie emocjonalne	M	7,66	7,28	7,69	0,485	0,616
	min	6	6	6		
	max	17	16	30		
	SD	2,380	2,035	3,423		
Wsparcie od partnera	M	41,45	38,26	39,26	1,691	0,187
	min	29	27	26		
	max	80	65	113		
	SD	9,740	7,207	12,609		

W celu ich porównania w badanych grupach została zastosowana jedno-czynnikowa analiza wariancji w planie dla grup niezależnych. Nie wskazała ona różnic międzygrupowych w ocenie wsparcia ogólnego dawanego przez męża lub partnera, co nie pozwala na przyjęcie hipotezy 18. Istotnie statystycznie różnice nie pojawiły się również w odbiorze jego komponentów, czyli wsparcia informacyjnego, instrumentalnego, emocjonalnego i wartościującego (tab. 34).

Należy tutaj zaznaczyć, że w Skali Wsparcia Społecznego niski wynik oznacza silniejsze wsparcie. Tabela 34 pokazuje, że badane ze wszystkich grup osiągnęły wysokie wyniki we wszystkich wymiarach wsparcia, a najwyżej oceniały wsparcie emocjonalne. Poziom wsparcia informacyjnego, instrumentalnego i wartościującego pozostawał na podobnym poziomie.

Tabela 35

Wsparcie od partnera a więź emocjonalna i jej komponenty w ciążyach z wadami wrodzonymi – zależność mierzona współczynnikiem r -Pearsona

Wady wrodzone		Wsparcie od partnera				
		informa- cyjne	instrumen- talne	wartościu- jące	emocjo- nalne	ogólne
Interakcja z dzieckiem	r	-0,110	-0,039	-0,066	-0,195	-0,119
	p	0,384	0,760	0,603	0,119	0,343
Podporządkowanie się interesom dziecka	r	-0,179	-0,002	0,003	-0,163	-0,101
	p	0,154	0,989	0,980	0,195	0,422
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	r	-0,130	-0,179	-0,178	-0,068	-0,180
	p	0,301	0,155	0,156	0,590	0,151
Podejmowanie roli rodzicielskiej	r	-0,189	-0,105	-0,148	-0,183	-0,193
	p	0,131	0,407	0,238	0,145	0,124
Właściwości przypisywane dziecku	r	-0,032	-0,033	-0,061	-0,003	-0,042
	p	0,798	-0,795	0,630	0,978	0,737
Więź emocjonalna z dzieckiem	r	-0,163	-0,091	-0,119	-0,156	-0,163
	p	0,196	0,471	0,344	0,214	0,193

Przeprowadzona została także analiza związku różnych rodzajów wsparcia z więzią emocjonalną i jej komponentami. Nie wykazała ona zależności między zmiennymi w grupie kobiet w ciążyach z wadami wrodzonymi (tab. 35).

Tabela 36

Wsparcie od partnera a więź emocjonalna i jej komponenty w ciążach z innymi zagrożeniami – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona

Inne zagrożenia		Wsparcie od partnera				
		informa- cyjne	instrumen- talne	wartościu- jące	emocjo- nalne	ogólne
Interakcja z dzieckiem	<i>r</i>	-0,033	-0,069	-0,090	-0,056	-0,084
	<i>p</i>	0,791	0,583	0,476	0,658	0,504
Podporządkowanie się interesom dziecka	<i>r</i>	-0,214	-0,256	-0,156	-0,118	-0,269
	<i>p</i>	0,086	0,040	0,214	0,349	0,030
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	<i>r</i>	-0,062	-0,145	-0,102	-0,012	-0,120
	<i>p</i>	0,623	0,249	0,419	0,927	0,342
Podejmowanie roli rodzicielskiej	<i>r</i>	-0,129	-0,063	-0,172	-0,101	-0,151
	<i>p</i>	0,305	0,620	0,172	0,424	0,231
Właściwości przypisywane dziecku	<i>r</i>	-0,138	-0,009	-0,041	-0,028	-0,072
	<i>p</i>	0,272	0,944	0,748	0,822	0,568
Więź emocjonalna z dzieckiem	<i>r</i>	-0,151	-0,136	-0,142	-0,081	-0,178
	<i>p</i>	0,228	0,280	0,258	0,523	0,156

Natomiast wśród matek z ciążami z innymi zagrożeniami podporządkowanie się interesom dziecka korelowało ujemnie na niskim poziomie ze wsparciem instrumentalnym ($r = -0,256$; $p < 0,05$) oraz wsparciem ogólnym ($r = -0,269$; $p < 0,05$) (tab. 36). Oznacza to, że im silniejsze wsparcie globalne i o charakterze instrumentalnym otrzymywały badane od swoich partnerów, tym wyższa była ich gotowość do zmiany swojego funkcjonowania dla zdrowia dziecka i ciąży (im wyższy wynik w Skali Wsparcia Społecznego, tym niżej oceniane otrzymywane wsparcie).

Tabela 37

Wsparcie od partnera a więź emocjonalna i jej komponenty w zdrowych ciążach – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona

Zdrowe ciążę		Wsparcie od partnera				
		informa- cyjne	instrumen- talne	wartościu- jące	emocjo- nalne	ogólne
1		2	3	4	5	6
Interakcja z dzieckiem	<i>r</i>	-0,025	-0,119	-0,212	-0,033	-0,105
	<i>p</i>	0,846	0,345	0,090	0,796	0,403
Podporządkowanie się interesom dziecka	<i>r</i>	-0,178	-0,158	-0,248	-0,133	-0,196
	<i>p</i>	0,156	0,210	0,047	0,292	0,118

Tabela 37 (cd.)

		1	2	3	4	5	6
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	<i>r</i>		–0,011	–0,111	–0,058	–0,051	–0,068
	<i>p</i>		0,930	0,380	0,647	0,684	0,591
Podejmowanie roli rodzicielskiej	<i>r</i>		–0,217	–0,310	–0,276	–0,152	–0,269
	<i>p</i>		0,082	0,012	0,026	0,227	0,030
Właściwości przypisywane dziecku	<i>r</i>		0,039	0,067	–0,093	–0,018	0,006
	<i>p</i>		0,756	0,598	0,459	0,888	0,961
Więź emocjonalna z dzieckiem	<i>r</i>		–0,096	–0,150	–0,242	–0,102	–0,161
	<i>p</i>		0,449	0,232	0,053	0,419	0,200

W tabeli 37 pokazano badane zależności dla kobiet w zdrowych ciążach. Zaobserwowano ujemne korelacje między wsparciem wartościującym a podporządkowywaniem się interesom dziecka ($r = -0,248$; $p < 0,05$) oraz podejmowaniem roli rodzicielskiej a wsparciem instrumentalnym ($r = -0,310$; $p < 0,05$), wartościującym ($r = -0,276$; $p < 0,05$) i ogólnym ($r = -0,269$; $p < 0,05$). Oznacza to, że im wyższy poziom wsparcia wartościującego otrzymują badane, tym większą mają łatwość w zmianie trybu życia dla potrzeb dziecka i ciąży. Ponadto silniejsze wyobrażenie siebie w roli rodzicielskiej współwystępuje z wyżej ocenianym wsparciem instrumentalnym, wartościującym i ogólnym otrzymywanym od partnera. Wszystkie związki są na słabym lub umiarkowanym poziomie korelacji.

W kontekście uzyskanych wyników nie można przyjąć hipotezy 19 mówiącej, że wysoki poziom wsparcia globalnego uzyskiwanego od partnera współwystępuje z tworzeniem bardziej intensywniej więzi emocjonalnej (wskaźnik ogólny) z dzieckiem we wszystkich badanych grupach.

8.3. Zależność od partnera a więź z dzieckiem prenatalnym

Poziom zależności, wiążący się z potrzebą stworzenia i utrzymania wspierającej relacji, jest niezwykle znaczący dla dynamiki bliskich związków i ogólnego dobrostanu człowieka (Alonso-Arbiol i in., 2002; Fiori i in., 2008; Suwalska-Barancewicz, 2015). Dojrzała forma zależności pozwala na zwracanie się do innych o pomoc i wsparcie w trudnych sytuacjach bez utraty autonomii, dobrego samopoczucia oraz poczucia winy. Zależność w związku przejawia się w odczuwaniu zadowolenia z relacji, poszukiwaniu opieki i zainteresowania od partnera oraz przekonaniu, że można się z nim podzielić lękami i zmartwieniami (Liberska, Suwalska-Barancewicz, 2012). Osoby zdrowo uzależnione od partnerów czerpią większe zadowolenie ze związków, mają mniej problemów emocjonalnych, łatwiej przystosowują się do współżycia z innymi oraz tworzą silniejsze i trwalsze relacje

społeczne (Fiori i in., 2008; Suwalska-Barancewicz, 2015). Do określenia poziomu zależności od partnerów (rozumianej jako właściwość relacji) kobiet w badanych grupach wykorzystano Skalę Zależności od Małżonka SZM opracowaną przez O. Krieglewicz i M.E. Babiuch.

Aby stwierdzić, czy występują różnice w odczuwaniu zależności od partnera w badanych grupach, zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji w planie dla prób niezależnych. Pokazała ona, że zależność od partnera jest różna u kobiet w ciążach zdrowych i wysokiego ryzyka (tab. 37), co pozwala na przyjęcie hipotezy 20.

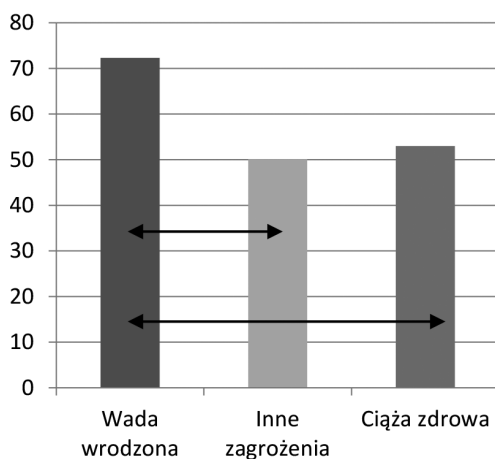
Tabela 38

Zależność od partnera kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych

		Wada wrodzona n = 65	Inne zagrożenie n = 65	Ciąża zdrowa n = 65	F	p
Zależność od partnera	M	72,32	50,14	53,00	31,089	0,001
	min	32	32	34		
	max	105	92	95		
	SD	23,559	11,546	15,001		

W celu określenia, między którymi grupami występują różnice zastosowano test różnic *post-hoc* Bonferroniego. Rysunek 4 pokazuje, że kobiety w ciążach z wrodzonymi wadami rozwojowymi znacznie bardziej poszukują wsparcia od partnera, oczekują jego zainteresowania i opieki oraz wyrażają lęk przed rozstaniem niż te w ciążach fizjologicznych lub z innym zagrożeniem.

Następnym krokiem analiz było prześledzenie związku między zależnością od partnera a więzią emocjonalną matka – płód.



Rysunek 4. Średnie wartości zależności od partnera

Tabela 39

Zależność od partnera a więź emocjonalna i jej komponenty – zależność mierzona współczynnikiem r -Pearsona

		Zależność od partnera		
		wady wrodzone	inne zagrożenia	zdrowe ciążę
Interakcja z dzieckiem	r	0,236	0,007	-0,027
	p	0,058	0,953	0,830
Podporządkowanie się interesom dziecka	r	0,073	-0,106	-0,278
	p	0,561	0,402	0,025
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	r	0,041	-0,065	-0,123
	p	0,745	0,402	0,330
Podejmowanie roli rodzicielskiej	r	0,028	-0,220	-0,175
	p	0,827	0,078	0,162
Właściwości przypisywane dziecku	r	0,241	-0,188	-0,058
	p	0,053	0,133	0,644
Więź emocjonalna z dzieckiem	r	0,192	-0,152	-0,176
	p	0,126	0,226	0,160

Tabela 39 pokazuje, że jedyna korelacja ujemna występuje w grupie kobiet w ciążach niepowikłanych między podporządkowaniem się interesom dziecka a właściwością relacji, jaką jest zależność ($r = -0,278$; $p < 0,05$). Im bardziej ciężarne czują się zależne od partnera, oczekują zainteresowania i opieki, obawiają się rozstania, tym mniej podporządkowują swój sposób funkcjonowania potrzebom płodu i ciąży. Uzyskane wyniki nie pozwalają na przyjęcie hipotezy 21 mówiącej, że poczucie zależności od partnera współwystępuje z tworzeniem bardziej intensywnej więzi (określanej jej ogólnym wskaźnikiem) z dzieckiem we wszystkich badanych grupach.

8.4. Predyktory więzi z dzieckiem prenatalnym – relacja z partnerem

Ostatnią grupą zmiennych, testowanych pod względem siły przewidywania nasilenia więzi i jej komponentów, była ta obejmująca wsparcie otrzymywane od partnera oraz zależność od niego. W grupie badanych w ciążach z wadami wrodzonymi ani wsparcie od partnera, ani zależności od niego nie determinują więzi emocjonalnej z dzieckiem i jej przejawów.

Wyniki analizy regresji dla więzi emocjonalnej, jej dymensji i predyktorów dotyczących związku z partnerem kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami przedstawia tabela 40.

Tabela 40

Analiza regresji liniowej dla więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu relacji z partnerem w grupie kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami

Zmienna objaśniana	Zmienna objaśniająca	Beta	p	R ²
Podporządkowanie dziecku	Wsparcie instrumentalne	-0,256	0,040	0,065

Analiza regresji wykazała, że wsparcie instrumentalne uzyskiwane od partnera jest istotnym predyktorem podporządkowania się interesom dziecka. Model wyjaśnia wariancję zmiennej tylko w 7%, $F(1,63) = 4,41$; $p < 0,05$. Matki w ciążach z zagrożeniami niewynikającymi z wady płodu łatwiej zmieniają swoje codzienne przyzwyczajenia i tryb życia dla dobra dziecka, gdy uzyskują wsparcie od swoich partnerów (niski wynik w Skali Wsparcia Społecznego oznacza wysokie wsparcie).

Tabela 41

Analiza regresji liniowej dla więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu relacji z partnerem w grupie kobiet w ciążach zdrowych

Zmienna objaśniana	Zmienna objaśniająca	Beta	p	R ²
Podporządkowanie dziecku	Zależność od partnera	-0,278	0,025	0,077
Rola rodzicielska	Wsparcie instrumentalne	-0,269	0,030	0,073

W tabeli 41 przedstawiono wyniki analizy regresji liniowej dla więzi emocjonalnej i jej elementów z uwzględnieniem istotnych predyktorów, związanych z relacją z partnerem w grupie kobiet w zdrowych ciążach. Zaprezentowane wyniki wykazały, że zależność od partnera jest predyktorem podporządkowania się interesom dziecka. Kobiety w ciążach zdrowych mniej chętnie zmieniają swój sposób funkcjonowania dla dobra dziecka i ciąży, gdy są mocno zależne od swoich partnerów. Model wyjaśnia wariancję w 7%, $F(1,63) = 5,28$; $p < 0,05$.

Natomiast wsparcie instrumentalne jest predyktorem podejmowania roli rodzicielskiej. Kiedy kobieta w zdrowej ciąży otrzymuje od ojca dziecka silne wsparcie związane z dostarczeniem konkretnej pomocy, wtedy jest bardziej gotowa do podjęcia roli matki i obowiązków z nią związanych po urodzeniu dziecka. Procent wyjaśnianej wariancji zmiennej przez model wynosi: 7, $F(1,63) = 4,93$; $p < 0,05$.

W grupie kobiet w ciążach zdrowych przeprowadzona analiza regresji liniowej nie wykazała istotnych predyktorów związanych z relacją z partnerem dla więzi ogólnej, interakcji z dzieckiem, odrębności dziecka i przypisywania mu właściwości.

8.5. Podsumowanie

Rodzaj relacji z partnerem nie różnicuje badanych w kwestii przejawiania więzi emocjonalnej z dzieckiem. Badane matki oceniają wsparcie od partnerów na podobnym poziomie niezależnie od stanu zagrożenia ciąży lub jego braku. Natomiast zdecydowanie silniej zależne od nich są ciążarne, u których dzieci wykryto wadę.

W grupie ciąż z wadami wrodzonymi nie znaleziono istotnych predyktorów więzi emocjonalnej i jej komponentów wśród zmiennych relacyjnych. Natomiast u matek w ciążach z innymi zagrożeniami wysokie wsparcie instrumentalne uzyskiwane od partnera sprzyja podporządkowywaniu się interesom dziecka i zmianie trybu życia dla jego dobrego rozwoju.

Badane w ciążach zdrowych, które wysoko oceniają wsparcie instrumentalne od swoich partnerów, chętniej i łatwiej wyobrażają sobie siebie w pełnieniu roli rodzicielskiej po urodzeniu dziecka. Należy jednak podkreślić, że trudniej im podporządkować się zmianom trybu życia wynikającym ze stanu ciąży i rozwoju płodu, gdy są bardziej zależne od swoich partnerów.

Rozdział 9. Wybrane czynniki położnicze, indywidualne i relacyjne a doświadczanie ciąży z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i fizjologicznymi

Ciąża stanowi dla kobiety wyzwanie zarówno w kontekście osobistym, jak i społecznym. Wspomniane już wcześniej zmiany w obrębie ciała, psychiki i relacji z partnerem mogą być różnie interpretowane przez ciężarne, co znajduje odbicie w ich postawach wobec obecnej ciąży. Zdolność przyszłych matek do zaadaptowania się do przeobrażeń związanych z nowym stanem ma ogromne znaczenie dla ich funkcjonowania fizycznego, psychicznego oraz przekłada się na relacje społeczne. W prezentowanych badaniach przyjęto, że sposób doświadczania ciąży przez badane matki może modyfikować poziom ich więzi z nienarodzonymi dziećmi, jak również pośredniczyć we wpływie innych badanych zmiennych na nią. Celem tego rozdziału jest znalezienie odpowiedzi na pytania, jakie czynniki związane z historią położniczą i obecną ciążą, z indywidualnymi właściwościami matki oraz jej relacją z partnerem warunkują postawy wobec doświadczania ciąży.

W rozdziale 6.1 zostały przeanalizowane różnice w doświadczaniu obecnej ciąży w zależności od wystąpienia jej zagrożenia lub jego braku. Analizy przedstawione w tabeli 14 wykazały, że jedynym aspektem różnicującym badane kobiety w doświadczaniu ciąży jest koncentracja na niej. I tak matki w ciążach z wadami wrodzonymi istotnie bardziej skupiają się na swoim stanie niż te w ciążach zdrowych.

9.1. Przebieg ciąży i historia położnicza a doświadczanie ciąży

Analizy zaprezentowane w niniejszym rozdziale miały na celu znalezienie odpowiedzi na pytania, czy cechy obecnej ciąży, takie jak jej: planowanie, kolejność i znajomość płci płodu oraz negatywne doświadczenia prokreacyjne różnicują sposób doświadczania ciąży i czy wiek ciążowy decyduje o nasileniu tych doznań w badanych grupach kobiet?

Pierwszym krokiem było porównanie poziomu nasilenia doświadczania ciąży zamierzonych i nieplanowanych.

Tabela 42

Doświadczanie ciąży planowanej i nieplanowanej

		Ciąża		Istotność test U Manna-Whitney dla prób niezależnych
		planowana n = 163	nieplanowana n = 32	
Lęk przed macierzyństwem	M	12,95	15,34	0,023
	min	2	4	
	Max	28	27	
	SD	5,75	5,19	
Zagrożenie poczucia bezpieczeństwa	M	2,23	2,47	0,739
	min	0	0	
	max	11	15	
	SD	2,31	2,90	
Koncentracja na ciąży	M	10,83	11,69	0,054
	min	1	7	
	max	17	15	
	SD	2,49	1,93	
Brak poczucia zaufania do specjalistów	M	3,71	3,63	0,905
	min	0	0	
	max	10	7	
	SD	2,42	1,93	
Nieakceptowanie roli rodzicielskiej	M	0,83	1,44	0,051
	min	0	0	
	max	9	7	
	SD	1,29	1,76	

Wyniki przedstawione w tabeli 42 pokazują, że matki, które nie miały intencji zajścia w ciążę, odczuwają istotnie wyższy lęk przed macierzyństwem niż kobiety, które to planowały. Natomiast zamiar poczęcia dziecka lub brak takiej intencji nie różnicują doświadczenia ciąży przez kobiety w zakresie zagrożenia poczucia bezpieczeństwa, koncentracji na ciąży, braku poczucia zaufania do siebie i specjalistów oraz nieakceptowania roli rodzicielskiej.

Tabela 43

Doświadczenie pierwszej i kolejnych ciąż

		Ciąża		Istotność test U Manna-Whitney dla prób niezależnych
		pierwsza <i>n</i> = 128	kolejna <i>n</i> = 67	
Lęk przed macierzyństwem	M	13,45	13,13	0,587
	min	2	2	
	max	25	28	
	SD	5,49	6,17	
Zagrożenie poczucia bezpieczeństwa	M	2,23	2,34	0,776
	min	0	0	
	max	15	11	
	SD	2,41	2,42	
Koncentracja na ciąży	M	10,84	11,24	0,435
	min	1	7	
	max	17	16	
	SD	2,58	2,08	
Brak poczucia zaufania do specjalistów	M	3,84	3,40	0,330
	min	0	0	
	max	10	8	
	SD	2,45	2,10	
Nieakceptowanie roli rodzicielskiej	M	1,06	0,69	0,179
	min	0	0	
	max	9	3	
	SD	1,56	0,97	

Następnie sprawdzono, czy kolejność ciąży różnicuje badane matki w pięciu aspektach doświadczenia ciąży. Jak wskazują analizy zamieszczone w tabeli 43, kobiety w pierwszej i kolejnych ciążach doświadczają ich w podobny sposób we wszystkich wymiarach. Można zatem wnioskować, że kolejność ciąży nie warunkuje sposobu jej odbierania przez matki.

Tabela 44

Przewidywana płeć dziecka a doświadczanie ciąży

		Przewidywana płeć dziecka		<i>t</i>	<i>p</i>
		męska <i>n</i> = 108	żeńską <i>n</i> = 76		
Lęk przed macierzyństwem	M	13,31	13,82	-0,597	0,551
	min	2	2		
	max	27	28		
	SD	5,16	6,14		
Zagrożenie poczucia bezpieczeństwa	M	2,05	2,70	-1,791	0,075
	min	0	0		
	max	9	15		
	SD	2,05	2,89		
Koncentracja na ciąży	M	11,09	10,91	0,507	0,613
	min	1	4		
	max	16	17		
	SD	2,21	2,72		
Brak poczucia zaufania do specjalistów	M	3,81	3,49	0,900	0,369
	min	0	0		
	max	10	10		
	SD	2,25	2,52		
Nieakceptowanie roli rodzicielskiej	M	0,85	1,04	-0,906	0,366
	min	0	0		
	max	6	9		
	SD	1,18	1,62		

Porównano również nasilenia doświadczania uciążliwości ciąży w grupach kobiet spodziewających się dzieci płci męskiej oraz żeńskiej. Wyniki przedstawione w tabeli 44 wskazują, że poziom lęku przed macierzyństwem, zagrożenie poczucia bezpieczeństwa, koncentracja na ciąży, brak poczucia zaufania do specjalistów oraz nieakceptowanie roli rodzicielskiej nie są różnicowane przez płeć oczekiwanego dziecka.

Tabela 45

Doświadczenia prokreacyjne matek a doświadczanie obecnej ciąży

		Negatywne doświadczenia prokreacyjne		<i>t</i>	<i>p</i>
		brak <i>n</i> = 116	wystąpiły <i>n</i> = 79		
Lęk przed macierzyństwem	M	13,20	13,56	-0,429	0,668
	min	2	2		
	max	25	28		
	SD	5,22	6,41		
Zagrożenie poczucia bezpieczeństwa	M	2,22	2,33	-0,298	0,766
	min	0	0		
	max	15	11		
	SD	2,41	2,41		
Koncentracja na ciąży	M	10,73	11,33	-1,698	0,091
	min	1	4		
	max	17	16		
	SD	2,38	2,45		
Brak poczucia zaufania do specjalistów	M	3,84	3,47	1,103	0,271
	min	0	0		
	max	10	10		
	SD	2,48	2,12		
Nieakceptowanie roli rodzicielskiej	M	1,06	0,75	1,549	0,123
	min	0	0		
	max	9	6		
	SD	1,55	1,12		

Nie stwierdzono także różnic w doświadczaniu niedogodności związanych z obecną ciążą między grupami kobiet, które mają za sobą negatywne doświadczenia prokreacyjne, jak problemy z płodnością, poronienia, komplikacje podczas ciąży i porodów, a matkami, które nie przeżyły tego typu trudności. Zatem wystąpienie lub brak uprzednich powikłań prokreacyjnych nie różnicuje doświadczania obecnej ciąży przez badane kobiety (tab. 45).

W celu określenia wartości predykcyjnej wieku ciąży w określaniu poziomu różnych aspektów jej doświadczania wykonano analizę regresji krokowej w trzech badanych grupach. Wymiary doświadczania ciąży były kolejno traktowane jako zmienne zależne.

Nie stwierdzono żadnych istotnych predyktorów aspektów doświadczania ciąży wysokiego ryzyka ze zdiagnozowaną wadą rozwojową płodu.

Tabela 46

Analiza regresji liniowej doświadczania ciąży i predyktorów z historii położniczej kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami

Zmienna objaśniana	Zmienna objaśniająca	Beta	p	R ²
Lęk przed macierzyństwem	Tydzień ciąży	0,263	0,034	0,069

Natomiast w grupie kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami poziom lęku przed macierzyństwem może być przewidywany na podstawie tygodnia rozwoju płodu (tab. 46). Obawy przed wypełnianiem nowej roli społecznej nasilają się wraz z postępem ciąży. Model wyjaśnia 7% wariancji, $F(1,63) = 4,70$; $p < 0,05$.

Tabela 47

Analiza regresji liniowej doświadczania ciąży i predyktorów z zakresu historii położniczej kobiet w zdrowych ciążach

Zmienna objaśniana	Zmienna objaśniająca	Beta	p	R ²
Zagrożenie poczucia bezpieczeństwa	Tydzień ciąży	0,282	0,023	0,079
Brak zaufania do specjalistów	Tydzień ciąży	-0,274	0,027	0,060

Z kolei w grupie kobiet w ciążach fizjologicznych tydzień ciąży warunkuje poziom zagrożenia poczucia bezpieczeństwa, $F(1,63) = 5,43$; $p < 0,05$, oraz poczucia zaufania do siebie i specjalistów, $F(1,63) = 5,10$; $p < 0,05$ (tab. 47). Im wyższy wiek ciążowy, tym matka czuje się mniej bezpiecznie w relacji z ojcem dziecka i tym lepiej ocenia osoby prowadzące jej ciążę.

9.2. Właściwości indywidualne badanych kobiet a doświadczanie ciąży

W tym rozdziale podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, czy właściwości indywidualne matki, takie jak: wiek, styl przywiązania, samoocena, lęk jako cecha i lęk jako stan, decydują o postawach wobec doświadczania przez nią ciąży. W tym celu przeprowadzono analizę regresji wielozmiennowej metodą krokową w trzech badanych grupach. Wymiary doświadczania ciąży były kolejno traktowane jako zmienne zależne. W tabelach przedstawiono tylko predyktory istotne statystycznie.

Tabela 48

Analiza regresji liniowej doświadczania ciąży i predyktorów z zakresu indywidualnych właściwości kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi

Zmienna objaśniana	Zmienna objaśniająca	Beta	p	R ²
Lęk przed macierzyństwem	Samoocena S. lękowo-ambiwalentny	-0,375 0,473	0,001 0,001	0,513
Brak poczucia bezpieczeństwa	S. bezpieczny S. lękowo-ambiwalentny	-0,375 0,317	0,001 0,005	0,263
Koncentracja na ciąży	S. lękowo-ambiwalentny	0,401	0,001	0,161
Brak zaufania do specjalistów	S. bezpieczny	-0,275	0,026	0,076
Nieakceptowanie roli rodzicielskiej	S. bezpieczny	-0,444	0,001	0,197

Przedstawione obliczenia (tab. 48) wskazują, że istotnymi predyktorami lęku przed macierzyństwem w grupach kobiet z wadami wrodzonymi są: samoocena matki oraz lękowo-ambiwalentny styl przywiązania. Badane w tej grupie bardziej obawiają się obowiązków i obciążeń związanych z rolą matki, kiedy cechuje je niska samoocena i są przywiązane lękowo. Model wyjaśnia aż 51% wariancji zmiennej, $F(2,62) = 32,61$; $p < 0,001$.

Wśród predyktorów braku poczucia bezpieczeństwa znalazły się: bezpieczny i lękowo-ambiwalentny styl przywiązania. Model wyjaśnia 26% wariancji zmiennej, $F(2,62) = 11,05$; $p < 0,001$. Matki w ciążach z wadami rozwojowymi płodu odbierają partnerów w relacji jako bardziej zaangażowanych w więzi małżeńskie i rodzicielskie, gdy są przywiązane bardziej bezpiecznie, a mniej lękowo-ambiwalentnie.

Na podstawie lękowo-ambiwalentnego stylu przywiązania można także przewidywać poziom koncentracji na ciąży. Oznacza to, że im bardziej lękowy styl przywiązania prezentują matki, u których dzieci wykryto wady rozwojowe, tym bardziej skupiają się na swoim stanie i przebiegu ciąży. Model wyjaśnia 16% wariancji, $F(1,63) = 9,55$; $p < 0,001$.

Z kolei predyktorem wymiaru braku zaufania do specjalistów jest styl bezpieczny. Badane z tej grupy mają mniej dystansu i obaw przed działaniami personelu medycznego, gdy są przywiązane bezpiecznie. Model wyjaśnia 8% wariancji zmiennej objaśnianej, $F(1,63) = 5,17$; $p < 0,05$.

Wysoką wartość predykcyjną dla nieakceptowania roli rodzicielskiej ma styl bezpieczny. Kobiety w ciążach z wadami, które reprezentują bezpieczny styl przywiązania, bardziej akceptują nową rolę społeczną. Model wyjaśnia 20% wariancji, $F(1,63) = 15,49$; $p < 0,001$.

Tabela 49

Analiza regresji liniowej doświadczania ciąży i predyktorów z zakresu indywidualnych właściwości kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami

Zmienna objaśniana	Zmienna objaśniająca	Beta	p	R ²
Lęk przed macierzyństwem	Samoocena	-0,266	0,020	0,353
	S. lękowo-ambiwalentny	0,437	0,001	
Brak poczucia bezpieczeństwa	S. bezpieczny	-0,344	0,005	0,118
Brak zaufania do specjalistów	S. bezpieczny	-0,327	0,006	0,274
	S. lękowo-ambiwalentny	0,294	0,013	
	Wiek matki	-0,248	0,029	

Predyktorami istotnymi dla lęku przed macierzyństwem kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami również okazały się: samoocena i styl lękowo-ambiwalentny. Model wyjaśnia 35% wariancji zmiennej, $F(2,62) = 16,95$; $p < 0,00$. Obawy badanych przed obciążeniami związanymi z pełnieniem roli rodzicielskiej są silniejsze, gdy mają one niskie poczucie własnej wartości i są przywiązane lękowo-ambiwalentnie (tab. 49).

Z kolei poziom braku poczucia bezpieczeństwa matek w grupie ciąż z innymi patologiami jest warunkowany przez styl bezpieczny. Kobiety, które przywiązują się bezpiecznie, wyrażają mniej obaw o brak akceptacji ze strony partnera i zaangażowania w relacje rodzicielskie. Model wyjaśnia 12% wariancji zmiennej, $F(1,63) = 8,47$; $p < 0,005$.

Stwierdzono także, że w tej grupie predyktorami braku poczucia zaufania do specjalistów są: bezpieczny i lękowo-ambiwalentny styl przywiązania oraz wiek matki. Matki w ciążach z innymi zagrożeniami mniej krytycznie odnoszą się do usług pełnionych przez personel medyczny, gdy są starsze, przywiązane bezpiecznie, a nie lękowo. Model wyjaśnia 27% wariancji zmiennej, $F(3,61) = 7,68$; $p < 0,001$.

Tabela 50

Analiza regresji liniowej doświadczania ciąży i predyktorów z zakresu indywidualnych właściwości kobiet w ciążach zdrowych

Zmienna objaśniana	Zmienna objaśniająca	Beta	p	R ²
Lęk przed macierzyństwem	S. lękowo-ambiwalentny	0,391	0,001	0,153
Brak poczucia bezpieczeństwa	S. lękowo-ambiwalentny	0,263	0,040	0,407
	S. unikowy	0,402	0,002	
	Wiek matki	-0,226	0,031	
Koncentracja na ciąży	Samoocena	-0,363	0,003	0,132
Brak zaufania do specjalistów	Samoocena	-0,278	0,025	0,077
Nieakceptowanie roli rodzicielskiej	S. lękowo-ambiwalentny	0,278	0,025	0,077

Analizy wykazały, że lękowo-ambiwalentny styl przywiązania pozwala przewidywać nasilenie lęku przed macierzyństwem matek w ciążach fizjologicznych. Kiedy kobiety w tej grupie przywiązują się bardziej lękowo, to wyrażają więcej obaw o brak akceptacji ciąży przez partnera i brak jego zaangażowania w relacje rodzinne. Model wyjaśnia 15% wariancji zmiennej, $F(1,63) = 11,36$; $p < 0,001$ (tab. 50).

Z kolei predyktorami braku poczucia bezpieczeństwa są: lękowo-ambiwalentny i unikowy styl przywiązania oraz wiek matki. Młodsze oraz przywiązane raczej unikowo i lękowo kobiety czują się mniej bezpiecznie w sytuacji ciąży. Model wyjaśnia 41% wariancji, $F(3,61) = 13,95$; $p < 0,001$.

Koncentracja na ciąży w grupie ciąż zdrowych może być przewidywana na podstawie samooceny matki. Kobiety o wyższym poczuciu własnej wartości mniej skupiają się na swoich dolegliwościach i objawach ciążowych. Model wyjaśnia 13% wariancji zmiennej, $F(1,63) = 9,55$; $p < 0,01$.

W grupie kobiet w ciążach o prawidłowym przebiegu samoocena warunkuje również brak zaufania do siebie i specjalistów. Matki, które gorzej oceniają siebie, wykazują też większy dystans do profesjonalistów prowadzących ich ciążę i są bardziej krytyczne wobec ich działań. Model wyjaśnia 8% wariancji, $F(1,63) = 5,28$; $p < 0,05$.

Natomiast lękowo-ambiwalentny styl jest predyktorem nieakceptowania roli rodzicielskiej. Kobiety przywiązane lękowo wykazują niezadowolenie z konieczności podjęcia obowiązków rodzicielskich i przewidują trudności w ich wypełnianiu. Model wyjaśnia 8% wariancji, $F(1,63) = 5,27$; $p < 0,05$.

9.3. Charakter relacji badanych kobiet z partnerem a doświadczanie ciąży

Trzecią grupą zmiennych, testowanych pod względem warunkowania nasilenia doświadczania ciąży, była ta obejmująca stan cywilny matki oraz wsparcie i zależność od partnera.

Tabela 51

Stan cywilny matki a doświadczanie ciąży

		Związek		Istotność test U Manna-Whitney dla prób niezależnych
		małżeński $n = 153$	nieformalny $n = 153$	
		1	2	
Lęk przed macierzyństwem	M	13,20	13,88	0,471
	min	2	4	
	max	28	24	
	SD	5,81	5,40	

Tabela 51 (cd.)

		1	2	3
Zagrożenie poczucia bezpieczeństwa	M	2,27	2,24	0,600
	min	0	0	
	max	15	9	
	SD	2,51	2,0	
Koncentracja na ciąży	M	10,85	11,43	0,155
	min	1	6	
	max	16	17	
	SD	2,38	2,54	
Brak poczucia zaufania do siebie i specjalistów	M	3,57	4,14	0,090
	min	0	0	
	max	10	10	
	SD	2,35	2,27	
Nieakceptowanie roli rodzicielskiej	M	0,88	1,12	0,703
	min	0	0	
	max	9	7	
	SD	1,32	1,64	

Pierwszym krokiem analiz było znalezienie odpowiedzi na pytanie, czy stan cywilny i rodzaj związku różnicują matki odnośnie do doświadczania przez nie ciąży. W tym celu porównano poziom nasilenia pięciu postaw wobec doznawania ciąży w grupach kobiet w związkach małżeńskich oraz nieformalnych. Wyniki przedstawione w tabeli 51 wskazują na brak różnic w doświadczaniu obecnego stanu przez kobiety poślubione i kohabitujące. Można wnioskować, że rodzaj związku nie warunkuje postaw wobec doświadczania obecnej ciąży, jednak ze względu na nierówną liczebność grup należy interpretować wyniki ostrożnie.

W celu sprawdzenia wartości predykcyjnej wsparcia otrzymywanego od partnera oraz zależności od niego dla postaw wobec doświadczania ciąży przeprowadzono analizę regresji metodą krokową. Kolejno każdy z pięciu aspektów doznawania obecnego stanu był traktowany jako zmienna zależna. Analizę przeprowadzono oddzielnie dla trzech grup badanych kobiet.

Tabela 52

Analiza regresji liniowej doświadczania ciąży i predyktorów z zakresu relacji z partnerem kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi

Zmienna objaśniana	Zmienna objaśniająca	Beta	p	R ²
Lęk przed macierzyństwem	Wsparcie	0,362	0,003	0,131
Zagrożenie poczucia bezpieczeństwa	Wsparcie	0,649	0,001	0,421
Koncentracja na ciąży	Wsparcie	0,282	0,023	0,080
Nieakceptowanie roli rodzicielskiej	Wsparcie	0,284	0,022	0,081

W tabeli 52 zaprezentowano predyktory istotne dla doświadczania ciąży z wadami wrodzonymi. Zaobserwowano, że wsparcie od partnera pozwala przewidywać poziom lęku przed macierzyństwem – $F(1,63) = 9,48$; $p < 0,005$, zagrożenia poczucia bezpieczeństwa – $F(1,63) = 45,82$; $p < 0,001$, koncentracji na ciąży – $F(1,63) = 5,44$; $p < 0,05$ oraz nieakceptowania roli rodzicielskiej – $F(1,63) = 5,53$; $p < 0,05$. Kiedy matki, u których dzieci zdiagnozowano wady wrodzone, wysoko oceniają wsparcie otrzymywane od partnera, mniej obawiają się roli macierzyńskiej i bardziej ją akceptują, czują się bezpiecznie w obecnej sytuacji i mniej skupiają się na swoim stanie.

Tabela 53

Analiza regresji liniowej doświadczania ciąży i predyktorów z zakresu relacji z partnerem kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami

Zmienna objaśniana	Zmienna objaśniająca	Beta	p	R ²
Lęk przed macierzyństwem	Wsparcie	0,334	0,007	0,112
Zagrożenie poczucia bezpieczeństwa	Wsparcie	0,321	0,009	0,103
Koncentracja na ciąży	Wsparcie	0,266	0,036	0,132
	Zależność	-0,339	0,08	
Brak zaufania do specjalistów	Wsparcie	0,381	0,002	0,145

W grupie kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami wsparcie od partnera okazało się istotnym predyktorem lęku przed macierzyństwem – $F(1,63) = 7,92$; $p < 0,005$, zagrożenia poczucia bezpieczeństwa – $F(1,63) = 7,24$; $p < 0,01$ oraz braku zaufania do specjalistów – $F(1,63) = 0,13$; $p < 0,005$. Kiedy matki w ciążach zagrożonych innymi patologiami są wspierane przez swoich partnerów, mniej obawiają się obciążeń wynikających z opieki nad dzieckiem, czują się bardziej bezpiecznie w relacji i są bardziej ufne wobec działań specjalistów. Natomiast koncentracja na ciąży jest warunkowana zarówno przez wsparcie, jak i zależność od partnera. Model wyjaśnia 13% wariancji, $F(2,62) = 4,72$; $p < 0,05$. Badane w tej grupie mniej skupiają uwagę na swoich dolegliwościach ciążowych, gdy są bardziej zależne od swoich partnerów i gdy otrzymują od nich więcej wsparcia (tab. 53).

Tabela 54

Analiza regresji liniowej doświadczania ciąży i predyktorów z zakresu relacji z partnerem kobiet w ciążach zdrowych

Zmienna objaśniana	Zmienna objaśniająca	Beta	p	R ²
Zagrożenie poczucia bezpieczeństwa	Wsparcie	0,334	0,007	0,112
Koncentracja na ciąży	Wsparcie	0,355	0,005	0,183
	Zależność	-0,375	0,003	

Podobnie jak w grupach kobiet w ciążach zagrożonych, u matek w ciążach zdrowych poziom wsparcia od partnera pozwala przewidywać zagrożenie poczucia bezpieczeństwa. Matki wspierane przez ojców nienarodzonych dzieci dostają większą akceptację i zaangażowanie ze strony swoich partnerów, przez co czują się bezpieczniej. Model wyjaśnia 11% wariancji zmiennej, $F(1,63) = 7,91$; $p < 0,01$. Natomiast zarówno wsparcie, jak i zależność od partnera są predyktorami koncentracji na ciąży fizjologicznej. Model wyjaśnia 18% wariancji, $F(2,62) = 6,96$; $p < 0,05$. Kobiety w prawidłowych ciążach mniej skupiają się na swoim obecnym stanie, gdy są bardziej zależne od swoich partnerów i wyżej oceniają wsparcie od nich.

9.4. Podsumowanie

Sprawdzono, które czynniki, obejmujące historię położniczą i cechy obecnej ciąży, indywidualne właściwości matki oraz relacje z partnerem, warunkują doświadczanie ciąży wysokiego ryzyka z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami oraz fizjologicznej.

Zaobserwowano, że ani kolejność ciąży, ani płeć dziecka oraz wcześniejsze negatywne doświadczenia prokreacyjne, jak poronienia, problemy z płodnością, komplikacje podczas ciąż i porodów nie różnicują postaw badanych matek wobec doświadczania obecnej ciąży. Natomiast kobiety, które nie planowały poczęcia dziecka, odczuwają większy niepokój związany z przyszłymi obowiązkami macierzyńskimi, pielęgnacją i wychowaniem dziecka niż te, które były na to przygotowane.

Ponadto stwierdzono, że na podstawie tygodnia ciąży można przewidywać nasilenie lęku przed macierzyństwem kobiet w ciążach z innymi powikłaniami oraz poziom zagrożenia poczucia bezpieczeństwa i braku zaufania do specjalistów matek w ciążach zdrowych. Wraz z wiekiem ciąży powikłanej przez inne zagrożenia niż wady rozwojowe nasila się obawa matek przed obciążeniami wynikającymi z pełnienia roli macierzyńskiej. Z kolei kobiety w ciążach zdrowych wraz z postępem ciąży czują się mniej bezpiecznie w relacjach z partnerami w kontekście oczekiwania na potomka, ale coraz bardziej doceniają wsparcie udzielane przez profesjonalistów prowadzących ciążę.

Niska samoocena kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi oraz przywiązanie lękowo-ambiwalentne nasila ich lęk przed macierzyństwem. Kobiety w tej grupie czują się mniej bezpieczne w sytuacji ciąży, gdy przejawiają niski poziom bezpiecznego i wysoki poziom lękowo-ambiwalentnego stylu przywiązania. Ponadto, przywiązanie lękowe sprzyja u nich silniejszej koncentracji na ciąży. Matki, u których dzieci zdiagnozowano wady wrodzone, bardziej ufają specjalistom i akceptują rolę rodzicielską, gdy przywiązują się w sposób bezpieczny.

Badane w ciążach z innymi zagrożeniami doświadczają silniejszego lęku przed obowiązkami wynikającymi z roli rodzicielskiej, gdy dominuje u nich lękowo-ambiwalentny styl przywiązania i mają niskie poczucie własnej wartości.

Natomiast przywiązanie bezpieczne powoduje, że czują się mniej zagrożone w sytuacji ciąży. Ponadto starsze matki przywiązane bezpiecznie i o niskim poziomie lękowo-ambiwalentnego stylu bardziej ufają osobom prowadzącym ich ciążę.

W grupie kobiet w ciążach zdrowych przywiązanie lękowo-ambiwalentne warunkuje doświadczanie silniejszych obaw przed macierzyństwem oraz brak akceptacji dla tej roli społecznej. Z kolei niski poziom samooceny skutkuje większym skupieniem na własnym stanie oraz większym dystansem do działań personelu medycznego. Ponadto młodsze kobiety w ciążach bez powikłań, które są przywiązane raczej unikowo i lękowo, czują się mniej stabilnie i bezpiecznie w relacji z partnerem w kontekście oczekiwania na przyjście na świat dziecka.

Nie zaobserwowano różnic w żadnym aspekcie doświadczania ciąży między kobietami poślubionymi oraz kohabitującymi. Natomiast w grupie matek w ciążach z wadami wrodzonymi wysoko oceniane wsparcie od partnera sprzyja akceptacji roli macierzyńskiej, zmniejsza obawy przed nią, sprawia także, że kobiety mniej koncentrują się na ciąży i czują się bardziej bezpiecznie.

Z kolei w grupie matek z innymi powikłaniami ciąży wsparcie od partnera istotnie obniża lęk przed macierzyństwem, poczucie zagrożenia, nieufność wobec działania specjalistów oraz nadmierne skupienie na ciąży. Ponadto badane z tej grupy mniej koncentrują się na swoim obecnym stanie, gdy są bardziej zależne od swoich partnerów.

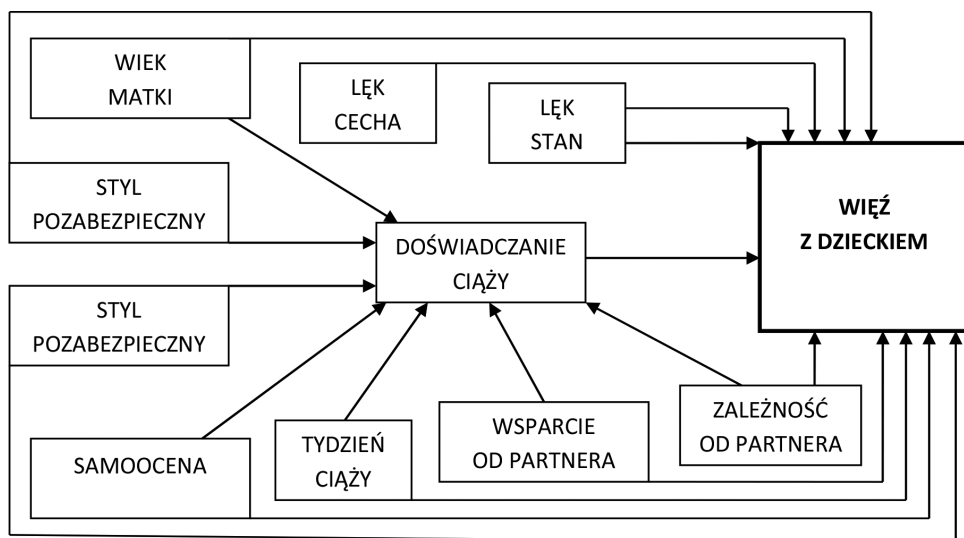
Wsparcie otrzymywane w związku partnerskim pozwala przewidywać poczucie bezpieczeństwa w relacji oraz zmniejsza koncentrację na obecnym stanie u matek w ciążach zdrowych. Kiedy są bardziej zależne od swoich partnerów, to również mniej koncentrują swoje myśli na przebiegu ciąży, przez co są mniej obciążone.

Rozdział 10. Wybrane czynniki położnicze, indywidualne i relacyjne a więź z dzieckiem prenatalnym

W oparciu o założenia teoretyczne i wcześniejsze obliczenia przystąpiono do oceny wzajemnych zależności między zmiennymi i weryfikacji modelu teoretycznego (rys. 1). W tym celu zastosowano metodę modelowania równań strukturalnych. Model wyjściowy (hipotetyczny), przedstawiony na rysunku 5, został sformułowany zgodnie z założeniami teoretycznymi i zawiera zmienne z czterech kategorii (cechy obecnej ciąży, doświadczanie ciąży, właściwości indywidualne matki i relacja z partnerem) oraz postulowane ścieżki. Uwzględniono w nim następujące zmienne: tydzień ciąży, doświadczanie ciąży (suma punktów uzyskanych dla jego pięciu aspektów: lęku przed macierzyństwem, zaburzenia poczucia bezpieczeństwa, braku zaufania do siebie i specjalistów, koncentracji na ciąży oraz nieakceptowania roli rodzicielskiej – wysoki wynik oznacza bardziej negatywną postawę wobec ciąży), wiek matki, styl przywiązania bezpieczny i pozabezpieczny (ze względu na niską reprezentatywność kobiet z dominującym lękowo-ambivalentnym i unikowym stylem przywiązania, stworzono jeden wskaźnik obejmujący styl pozabezpieczny), samoocenę, lęk jako cechę, lęk jako stan, zależność od partnera i wsparcie od partnera (wysoki wynik oznacza niższą ocenę otrzymywanego wsparcia).

Model teoretyczny przeanalizowano w trzech badanych grupach kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi, z innymi zagrożeniami oraz zdrowych. Do estymacji modelu wybrano metodę największej wiarygodności (*Maximum likelihood*). Wymaga ona spełnienia warunku wielowymiarowego rozkładu normalnego zmiennych obserwowalnych. Wymóg ten nie jest w pełni zrealizowany, jednak mimo niewielkich odstępstw, rozkłady są zbliżone do normalnych. Przedstawione modele składają się z obserwowalnych zmiennych ciągłych i porządkowych oraz zależności przyczynowo-skutkowych. Za kryterium dopasowania modelu przyjęto statystykę χ^2 , χ^2 podzielone przez stopnie swobody (CMIN/df) oraz RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*).

Model wyjściowy (rys. 5) okazał się źle dopasowany do danych. Wartość statystyki Chi-kwadrat jest istotna statystycznie, $\chi^2(117) = 526,18$; $p < 0,001$, co oznacza, że występuje rozbieżność pomiędzy teoretyczną a obserwowaną macierzą wariancji-kowariancji. Jednak współczynnik ten jest mało dokładny, ponieważ jest zależny od liczebności grupy badanej i nie bierze pod uwagę złożoności modelu. Bardziej dokładny jest współczynnik CMIN podzielony przez liczbę stopni



Rysunek 5. Wyjściowy model zależności pomiędzy wybranymi aspektami funkcjonowania kobiet ciężarnych a więzią emocjonalną z dzieckiem

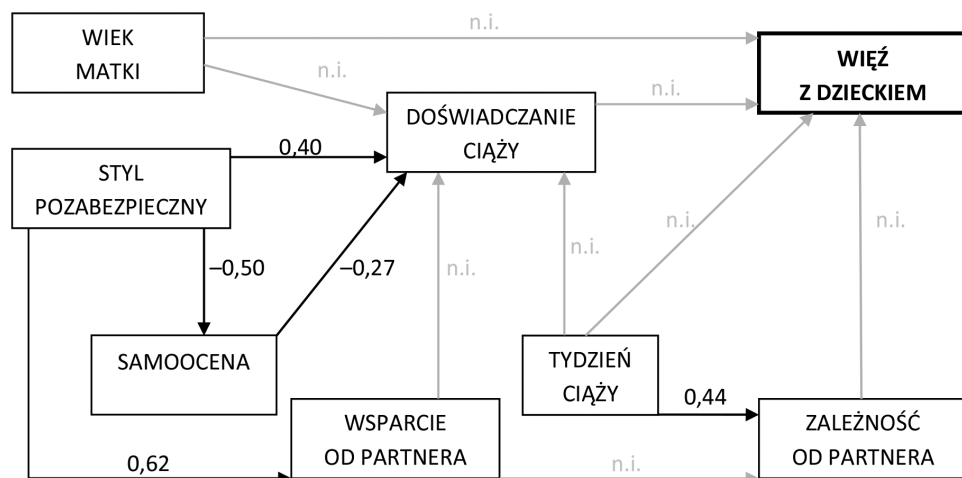
swobody. Dla prezentowanego modelu wyniósł $CMIN/df = 4,497$. Zalecane jest odrzucenie modelu, jeśli jego wartość przekracza 2, jednak niektórzy autorzy dopuszczają bardziej liberalne granice, przyjmując, że dobrze dopasowany model nie przekracza wartości 5, a nawet 10 (Bedyńska, Książek, 2012). Można zatem uznać wartość tego współczynnika za dopuszczalną. Natomiast współczynnik rozbieżności RMSEA przekracza wartość 0,1 ($RMSEA = 0,135$), co wskazuje na nieakceptowalne dopasowanie modelu.

Ze względu na złe dopasowanie modelu teoretycznego w kolejnym kroku przystąpiono do jego skorygowania. Model uproszczony został opracowany w oparciu o hierarchiczną analizę ścieżek. Po ocenie wartości współczynników poszczególnych ścieżek stopniowo usuwano te najmniej istotne statystycznie i budowano kolejne modele zagnieżdżone. Dalsza procedura dopasowania polegała na wprowadzaniu nowych ścieżek w oparciu o wartości indeksów modyfikacji z uwzględnieniem założeń teoretycznych. Nowe połączenia wprowadzano pojedynczo, zaczynając od najwyższych indeksów modyfikacji. W modelu uproszczonym uwzględnione zostały tylko ścieżki istotne statystycznie.

Model uproszczony zawiera ostatecznie osiem zmiennych: tydzień ciąży, wiek matki, doświadczenie ciąży, styl przywiązania (bezpieczny, pozabezpieczny), samoocenę, zależność i wsparcie od partnera oraz więź emocjonalną z dzieckiem. Zostały z niego także usunięte dwie zmienne: lęk jako cecha oraz lęk jako stan, które nie wyjaśniały w istotny sposób więzi emocjonalnej. Być może właściwość indywidualna, jaką jest lęk, oraz jego poziom w obecnej sytuacji, które są społecznie wpisane w nowe i trudne wydarzenia życiowe, nie mają tak dużego znaczenia dla tworzenia więzi emocjonalnej z dzieckiem, jak pozostałe zmienne. Ponadto wprowadzone zostały cztery dodatkowe ścieżki (wpływ stylu pozabezpieczanego

na samoocenę i wsparcie od partnera oraz wpływ tygodnia ciąży i wsparcia na zależność od partnera).

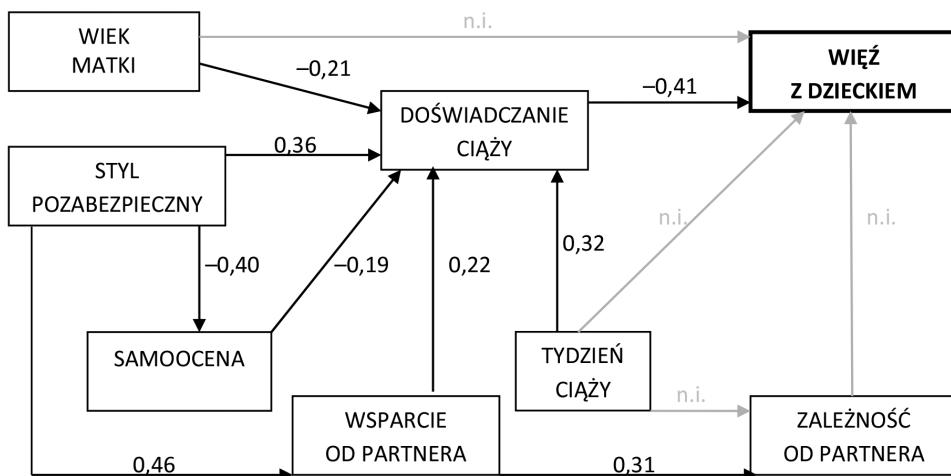
Ostatecznie uzyskany model, wspólny dla trzech grup badanych kobiet w ciąży z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych, okazał się być zadowalająco dopasowany. Według wartości statystyki $\chi^2(33) = 61,05$; $p = 0,056$ nie występuje rozbieżność pomiędzy teoretyczną a obserwowaną macierzą wariancji-kowariancji. Natomiast miara CMIN/df nie przekracza najniższej krytycznej wartości i wynosi 1,357, co wskazuje na dobre dopasowanie modelu. Z kolei błąd aproksymacji RMSEA = 0,04, co również świadczy o dobrym dopasowaniu modelu. Należy podkreślić, że więź emocjonalna z dzieckiem jest szerokim, różnie definiowanym pojęciem i może podlegać oddziaływaniom wielu czynników. Przedstawiony model zawiera jedynie wybrane zmienne, mogące mieć znaczenie dla relacji prenatalnej matka – płód.



Rysunek 6. Uproszczony model zależności między wybranymi aspektami funkcjonowania kobiet w ciąży z wadami wrodzonymi a więzią emocjonalną z dzieckiem (współczynniki standaryzowane)

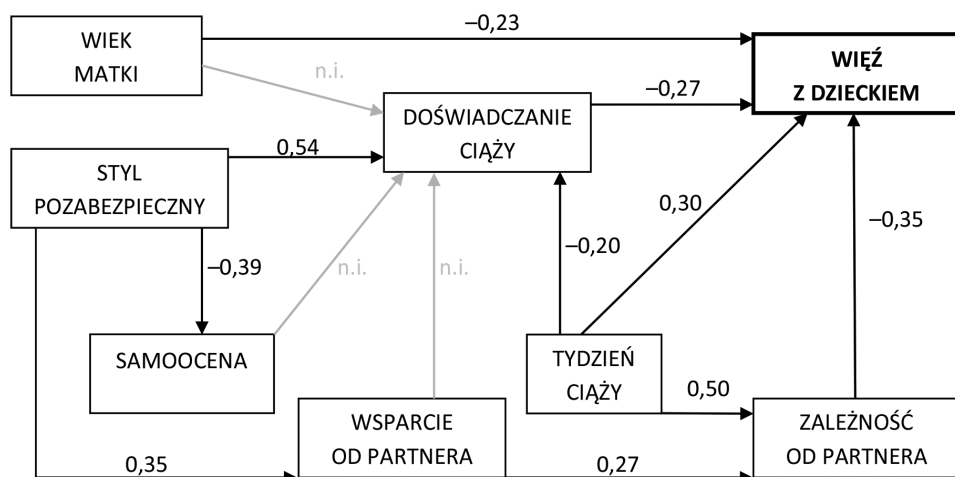
Analiza wartości współczynników ścieżek zawartych w modelu pokazuje, że w grupie kobiet z wadami wrodzonymi (rys. 6) żadna z wprowadzonych zmiennych nie jest związana z więzią emocjonalną z dzieckiem. Natomiast zaobserwowano, że pozabezpieczny styl przywiązania kobiet w tej grupie ma istotne znaczenie dla ich samooceny i za jej pośrednictwem wpływa na doświadczenie obecnej ciąży (wysokie wyniki świadczą o doświadczeniu ciąży negatywnie). Wysokie nasilenie przywiązania pozabezpieczanego obniża samoocenę matki (-0,50), z kolei niskie poczucie własnej wartości sprzyja postrzeganiu doświadczeń obecnej ciąży jako bardziej obciążających, absorbujących, stawiających przed nią wyzwania, których nie akceptuje i którym nie może sprostać, ponieważ nie czuje się pewnie w relacji i nie ufa specjalistom prowadzącym ciążę (-0,27). Należy podkreślić, że pozabezpieczny styl przywiązania ma również pozytywny i bezpośredni wpływ na

doświadczanie ciąży (0,40). Ponadto styl pozabezpieczny sprzyja niższej ocenie wsparcia uzyskiwanego od partnera (0,62). Natomiast wraz z wiekiem ciąży wzrasta zależność w związku partnerskim matek w ciążach z wadami wrodzonymi (0,44).



Rysunek 7. Uproszczony model zależności między wybranymi aspektami funkcjonowania kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami a więzią emocjonalną z dzieckiem (współczynniki standaryzowane)

Na rysunku 7 został przedstawiony model uproszczony dla grupy kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami. Analiza wartości współczynników ścieżek pozwala stwierdzić, że bezpośredni wpływ na więź matki z dzieckiem ma wyłącznie doświadczanie ciąży (-0,41), jednak wyjaśnia 18% wariancji zmiennej ($R^2 = 0,178$). Postrzeganie obecnej ciąży, jako bardziej obciążającej, absorbującej, budzącej niepokój oraz zaburzającej poczucie pewności i bezpieczeństwa obniża nasilenie więzi prenatalnej. Natomiast pośredni wpływ na siłę więzi matki z dzieckiem mają: tydzień ciąży, wiek matki, jej samoocena, styl pozabezpieczny i wsparcie od partnera. Wymienione zmienne modyfikują sposób doświadczania ciąży przez matkę ($R^2 = 0,500$), oddziałując za jego pośrednictwem na jej relację z nienarodzonym dzieckiem. I tak wraz z postępem ciąży nasilają się negatywne postawy wobec jej doświadczania (0,32). Na doświadczanie ciąży wpływa także wiek matki (-0,21) – z wiekiem kobiety mają bardziej pozytywne postawy wobec ciąży. Natomiast negatywnemu odbieraniu doświadczeń związanych z obecnym stanem sprzyja wysokie nasilenie pozabezpiecznego stylu przywiązania (0,36). Co ciekawe, styl pozabezpieczny również w sposób pośredni wpływa na doświadczanie obecnej ciąży – oddziałując na wsparcie od partnera (0,46; wysoki wynik oznacza niskie wsparcie społeczne) oraz samoocenę (-0,40). Kobiety przywiązane pozabezpiecznie gorzej oceniają siebie oraz wsparcie uzyskiwane od partnera. Natomiast niska samoocena matki wpływa niekorzystnie na sposób doświadczania przez nią ciąży (-0,19), podobnie jak niewystarczające wsparcie od ojca dziecka (0,22). Zaobserwowano również, że kobiety, które otrzymują niesatysfakcjonujące wsparcie



Rysunek 8. Uproszczony model zależności między wybranymi aspektami funkcjonowania kobiet w zdrowych ciążach a więzią emocjonalną z dzieckiem (współczynniki standaryzowane)

od partnerów, są od nich bardziej zależne (0,31), czyli oczekują od nich zainteresowania, opieki i pomocy.

Model uproszczony dla kobiet w ciążach zdrowych (rys. 8) wskazuje na bezpośredni wpływ czterech zmiennych na więź emocjonalną matki z dzieckiem, co wyjaśnia 24% wariancji zmiennej ($R^2 = 0,243$). Determinantą więzi prenatalnej jest wiek matki (-0,23). Starsze matki nawiązują mniej intensywną relację z nienarodzonym dzieckiem. Natomiast zgodnie z oczekiwaniami tydzień ciąży sprzyja tworzeniu więzi (0,30). Z kolei nasilenie więzi matka – płód jest obniżane przez negatywne doświadczenie ciąży (-0,27) oraz większą zależność od partnera (-0,35). Interpretacja współczynników ścieżkowych wskazuje ponadto na pośrednie powiązania badanych zmiennych z więzią prenatalną. Pozabezpieczny styl przywiązania wzmacnia doświadczenie ciąży jako bardziej uciążliwej i obciążającej (0,54) oraz powoduje, że wsparcie od partnera oceniane jest negatywnie (0,35). Z kolei kobiety niezadowolone z tego, jak są wspierane w związku, oczekują więcej pomocy i opieki od partnerów, więc są od nich bardziej zależne (0,27). Natomiast wraz z kolejnym tygodniem ciąży jej doświadczenie jest odbierane jako mniej uciążliwe (-0,20), z kolei zwiększa się zależność od partnera (0,50). Wraz z postępem ciąży zdrowej kobiety odczuwają mniej obaw związanych z rolą macierzyńską, mniej koncentrują się na swoim stanie, czują się bardziej pewnie w relacji i w kontaktach z profesjonalistami oraz stają się bardziej zależne od partnerów. Zaobserwowano także, że styl pozabezpieczny obniża samoocenę matek (-0,39), która w grupie kobiet w niepowikłanych ciążach nie wpływa ani na więź z dzieckiem, ani na doświadczenie ciąży.

W obliczu uzyskanych wyników zasadnym jest przyjęcie hipotezy 22 stanowiącej, że predyktory więzi emocjonalnej matki z dzieckiem są różne dla kobiet w ciążach zdrowych i wysokiego ryzyka – z wadami wrodzonymi oraz innymi zagrożeniami.

Rozdział 11. Dyskusja wyników

Przeprowadzone analizy miały na celu porównanie relacji kobiet z ich nie-narodzonymi dziećmi w przypadku ciąży fizjologicznej oraz obarczonej zagrożeniem będącym konsekwencją wrodzonej wady rozwojowej płodu lub komplikacji medycznych niezwiązanych z samym dzieckiem. Ponadto miały prowadzić do wyłonienia zmiennych, które warunkują nasilenie omawianej więzi z dzieckiem w dwóch sytuacjach stanu zagrożenia ciąży i jego braku. Oceniono wpływ czterech grup zmiennych: cech obecnej ciąży i doświadczeń położniczych, doświadczania ciąży (postaw wobec obecnej ciąży), indywidualnych właściwości matki oraz relacji z partnerem na więź emocjonalną z dzieckiem i jej komponenty. Niniejszy rozdział prezentuje najważniejsze wyniki i wnioski z badań.

11.1. Cechy ciąży i doświadczenia położnicze a więź matki z dzieckiem

Analiza porównawcza nasilenia więzi emocjonalnej z dzieckiem w okresie prenatalnym w grupach kobiet w ciążach wysokiego ryzyka z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami oraz ciążach prawidłowych nie wykazała różnic. Może być to spowodowane faktem, że wszystkie badane były w późnych tygodniach ciąży oraz po potwierdzonej diagnozie stanu rozwijającego się dziecka i ciąży.

Uzyskane rezultaty znajdują potwierdzenie w badaniach Pawełczyk i in. (1999) oraz zespołu Chazotte (1995), które niezależnie wykazały, że zagrożenie ciąży wynikające z choroby matki nie ma wpływu na to, jak buduje ona więź z dzieckiem prenatalnym. Najnowsze badania Palmy i in. (2020) dowodzą, że hospitalizacja w ciążach wysokiego ryzyka nie ma wpływu na więź matki z dzieckiem prenatalnym. Z kolei Bieleninik i in. (2010) nie zaobserwowały zróżnicowania w sile relacji matka – płód między kobietami w ciążach jedнопłodowych a badanymi w ciążach wielopłodowych, które mogą być traktowane w kategoriach ciąż zagrożonych. Różnic między matkami w ciążach zdrowych i wysokiego ryzyka nie stwierdzili również Kemp i Page (1987), Ustunsoz i in. (2010) czy Pisoni i in. (2015). Odmienne wnioski zaprezentowały Bielawska-Batorowicz i Siddiqui (2008), które wykazały, że więź prenatalna Polek jest słabsza w ciążach zagrożonych niż zdrowych.

Co prawda, Caccia i in. (1991) zaobserwowali spadek intensywności więzi podczas oczekiwania na rezultaty badań prenatalnych oraz jej znaczny wzrost po

potwierdzeniu braku nieprawidłowości, co można interpretować jako mechanizm chroniący przed potencjalną utratą dziecka (Bielawska-Batorowicz, 2006). Jednak poczynienie takich obserwacji w moich badaniach było niemożliwe, ponieważ nawiązywałam kontakt z badanymi już po zdiagnozowaniu zagrożenia i w trakcie terapii mającej na celu jego zmniejszenie lub całkowite wyeliminowanie.

Brak różnic w intensywności relacji prenatalnej z płodem między badanymi przeze mnie grupami, a tym samym brak potwierdzenia hipotezy mówiącej, że matki w ciąży z wadami wrodzonymi tworzą słabszą więź z dziećmi niż te w ciążach zdrowych i z innymi zagrożeniami może wynikać z faktu, że najniższy wiek ciążowy przypadał na 22. tydzień, czyli drugą połowę drugiego trymestru. Badacze są zgodni, co do tego, że więź narasta wraz z rozwojem ciąży (np. Bielawska-Batorowicz, 1995, 2006; Laxton-Kane, Slade, 2005; McNamara, Townsend, Herbert, 2019; Walsh, Hepper, Marshall, 2014; Yercheski i in., 2009), dlatego w przypadku badanych matek mogła być już na tyle rozwinięta, by nie wskazywać na różnice. W obliczu tych ograniczeń zasadnym wydaje się przeprowadzenie w przyszłości badań podłużnych, które umożliwiłyby towarzyszenie oczekującej matce na różnych etapach ciąży, diagnozy i terapii, w celu określenia potencjalnych zmian zachodzących w jej przywiązaniu do jeszcze nienarodzonego dziecka.

Dotychczasowe doniesienia z badań pozwoliły na przypuszczenie, że przebieg i charakter obecnej ciąży mogą wpływać na natężenie więzi matki z płodem. Narita i Meahara (1993) wskazali, że ciąża nieplanowana może być przyczyną negatywnego stanu emocjonalnego i zdystansowanej postawy wobec niej samej, co z kolei może osłabiać więź z nienarodzonym dzieckiem. Potwierdziły to także obserwacje Abasi i współautorów (2013) czy Camarneiro i de Miranda Justo (2017), którzy stwierdzili silniejszą relację prenatalną u ciężarnych planujących obecny stan. Jednak w badanej przeze mnie grupie kobiet nie zaobserwowałam różnic w deklarowanej więzi badanych z nienarodzonymi dziećmi. Znajduje to potwierdzenie w analizach Kemp i Page (1987, za: Bielawska-Batorowicz, 2006), Merberta (1991), Bielawskiej-Batorowicz (1995, 2006) oraz Bielawskiej-Batorowicz i Siddiqui (2008). Nie bez znaczenia pozostaje tutaj wiek ciąży, z których wszystkie przekroczyły już połowę czasu trwania. Według Laxton-Kane i Slade (2002) niespodziewana wiadomość o poczęciu może uaktywniać mechanizmy radzenia sobie z trudną sytuacją, co w ostateczności ma prowadzić do zaakceptowania nieoczekiwanego zdarzenia i nasilenia relacji matki z dzieckiem. Badania kobiet w trzecim trymestrze udowodniły, że planowanie lub nieplanowanie ciąży nie jest znaczące dla więzi matka – płód, co może wskazywać na zakończony pomyślnie proces radzenia sobie ze związanym z nieoczekiwaną ciążą zaskoczeniem (Bielawska-Batorowicz, 1995, 2006; Bielawska-Batorowicz, Siddiqui, 2008). Jak dowodzą Ekram i współpracownicy (2020), konsultacje grupowe i indywidualne mające na celu wspieranie kobiet w nieplanowanych ciążach znacząco przyspiesza tworzenie więzi z nienarodzonym dzieckiem, co pokazuje istotność tworzenia programów pomocowych.

Analizy wykazały natomiast różnice w jednym z elementów więzi emocjonalnej. Kobiety, które planowały ciążę, osiągnęły wyższe wyniki w skali Podporządkowanie interesom dziecka niż te nieplanujące poczęcia. Inne badania nie

potwierdzają tych obserwacji. Jednak sam zamiar zajścia w ciążę wiąże się z pewnymi przygotowaniem, zmianą trybu życia, sposobu odżywiania, odpowiednią suplementacją, większą dbałością o zdrowie. Można więc przypuszczać, że kobiety, które świadomie podjęły decyzję o wydaniu na świat potomstwa, są też bardziej przygotowane na ewentualne ustępstwa, wyrzeczenia czy utrudnienia związane z dbałością o bezpieczeństwo ciąży. Natomiast, gdy ciąża pojawia się niespodziewanie, może być odbierana przez nie jako element burzący plany życiowe i oddalający realizację aspiracji, co powoduje niechęć do przystosowania się do nowej sytuacji. Niemniej jednak należy potraktować przytoczone przeze mnie obserwacje z ostrożnością ze względu na nierówną liczebność uczestniczek badania planujących i nieplanujących ciążę. Ta dysproporcja uniemożliwiła także sprawdzenie moderującej roli planowania ciąży w przejawianiu więzi emocjonalnej z dzieckiem przy uwzględnieniu różnych sytuacji zagrożenia ciąży.

W oparciu o dotychczasowe badania nie można jednoznacznie stwierdzić, jak fakt, którą z kolei jest obecna ciąża, wpływa na odczuwanie przywiązania prenatalnego. Część autorów przypisuje tworzenie bardziej intensywnej więzi z dzieckiem kobietom w pierwszej ciąży (m.in. Mercer i in., 1988; Ustonsoz i in., 2010). Natomiast inne badania wykazują, że to wieloródki tworzą silniejszą relację z nienarodzonymi dziećmi (m.in. Niven i in., 1993; za: Bielawska-Batorowicz, 2006). Kolejny krok moich analiz wykazał, że uczestniczki badania reprezentują podobny poziom więzi emocjonalnej z dziećmi w okresie prenatalnym oraz jej komponentów niezależnie od tego, czy jest to ich pierwsza, czy kolejna ciąża, co każe odrzucić hipotezę mówiącą, że relacja prenatalna będzie silniejsza w pierwszej ciąży. Uzyskane wyniki potwierdza część dotychczasowych badań, np.: Mercer i Ferketish (1994), Berryman i Windridge (1996), Laxton-Kane i Slade (2002) czy Pawlicka i in. (2013), również nie odnotowali różnic w nasileniu relacji matka – płód u pierworódek i wieloródek.

Może to wynikać z faktu, że sama ciąża jest trudnym i wymagającym okresem niezależnie od tego, którą jest z kolei. Kobiety w pierwszej ciąży borykają się z problemami adaptacji do zupełnie nowej i nieznannej rzeczywistości, wynikającej z dolegliwości ciążowych, przyszłą rolę rodzicielską, obowiązkami związanymi z opieką nad małym człowiekiem oraz procesem stworzenia z nim relacji. Z drugiej strony wykazują duże zaangażowanie w tę nową sytuację, są podekscytowane faktem oczekiwania na potomstwo i tym, że stają się matkami. Z kolei kobiety w kolejnych ciążach właśnie z racji świadomości tego, co wiąże się z tym stanem, a następnie z porodem i wychowaniem oraz wysiłkiem włożonym we wcześniejsze doświadczenia prokreacyjne mogą czuć się obciążone, odczuwać negatywne emocje (Brisch i in., 2005; O'Leary, 2004). Stąd muszą przygotować się na stawienie czoła tym obowiązkom po raz kolejny. Mają jednak już wypracowane sposoby radzenia sobie z tą sytuacją, doświadczenie i przekonanie, że już wcześniej sprostały temu wyzwaniu.

Ze względu na brak reprezentatywnej grupy badanych, które niezależnie od braku woli czy możliwości nie poznały jeszcze płci swojego dziecka (stanowiło je tylko 5,6% ogółu badanych), nie dokonano weryfikacji hipotezy przewidującej za Lewis (2008), że znajomość płci płodu może intensyfikować relację z nim.

Natomiast analizy nie wykazały różnicy w nasileniu więzi emocjonalnej z dzieckiem w zależności od tego, czy jest ono chłopcem, czy dziewczynką. Potwierdzają to wyniki Wu i Eichmann (1988), jednak ze względu na niską reprezentatywność badanych grup powinny być interpretowane ostrożnie.

Jest to natomiast sprzeczne z doniesieniami zespołu Abasi (2012), który zauważył, że kobiety spodziewające się dzieci płci męskiej charakteryzuje silniejsze przywiązanie prenatalne. Częściowo potwierdziły to moje analizy, w których zauważono, że kobiety w zdrowych ciążach łatwiej podporządkowują się interesom dziecka, przypisują mu więcej właściwości i nawiązują z nim silniejszą więź, kiedy spodziewają się chłopca. Może wynikać to z faktu, że kulturowo nadal bardziej nobilitowane jest urodzenie syna (szczególnie pierwotnego). Kobiety rodzące dzieci płci męskiej są bardziej doceniane i wyróżniane społecznie oraz przez swoich partnerów, dla których ważne jest przekazanie nazwiska. W tym kontekście zasadnym wydaje się rozbudowanie w przyszłości badań o informacje dotyczące preferowanej płci dziecka, co może mieć większe znaczenie w sytuacji, gdy matka nie doświadcza realnego zagrożenia zdrowia lub życia płodu.

Można przypuszczać, że znajomość płci dziecka odgrywa kluczową rolę w budowaniu więzi na początkowym etapie ciąży, gdy tworzony jest jego wyimaginowany obraz i przypisywane są mu pewne właściwości. Być może w drugiej połowie ciąży poziom akceptacji płci płodu przez matkę oraz więź emocjonalna z nim są już na tyle rozwinięte, że wiedza na temat tego, czy jest rodzaju męskiego, czy żeńskiego traci na znaczeniu szczególnie, gdy matka zaabsorbowana jest problemami wynikającymi z komplikacji ciąży.

Wśród czynników mających wpływ na charakter więzi emocjonalnej z dzieckiem wymienia się także historię położniczą kobiety. Ze względu na niską reprezentatywność przeżytych problemów z poczęciem dziecka, poronień, powikłań podczas wcześniejszych ciąż i porodów w grupach badanych przeze mnie kobiet stworzyłam jedną kategorię obejmującą wszystkie te sytuacje. Brak różnic międzygrupowych w nasileniu relacji emocjonalnej matki z dzieckiem prenatalnym może zaskakiwać, ponieważ badania Ney i in. (1994), Armstrong i Hutti (1998) czy Robertson i Kavanaugh (1998) wskazują, że kobiety, które przeżyły stratę dziecka we wcześniejszej ciąży, nawiązują mniej intensywną więź z płodem w ciąży kolejnej. Również analizy Bielawskiej-Batorowicz (2000, za: Bielawska-Batorowicz, 2006) wykazały, że przebyte poronienia są związane ze słabszą więzią prenatalną, szczególnie w zakresie przypisywania właściwości dziecku oraz zmiany sposobu funkcjonowania dla jego dobra.

Mniej spójne są doniesienia z badań dotyczących relacji matka – płód przy wystąpieniu problemów z zająciem w ciążę i poddawaniu się leczeniu niepłodności. Bielawska-Batorowicz (2000) we wspomnianych już badaniach wykazuje, że kobiety leczone z powodu niepłodności osiągają istotnie niższe wyniki niż kobiety w ciążach prawidłowych w zakresie traktowania płodu jako odrębnej istoty, nawiązywania z nim interakcji oraz przypisywania mu właściwości. Z kolei Pawlicka i in. (2013) wykazały, że kobiety, które doświadczyły kłopotów z zająciem w ciążę, przejawiały więcej zachowań świadczących o poczuciu łączności z nienarodzonym dzieckiem, podejmowały więcej interakcji z nim i przypisywały mu więcej

cech i własności. Również Reading (1989, za: Bielawska-Batorowicz, 2006) zauważa, że kobiety zapłodnione pozaustrojowo silniej przywiązują się do nienarodzonych dzieci niż te, które poczęły je naturalnie. Z kolei poczynione przeze mnie obserwacje znajdują potwierdzenie w doniesieniach zespołu Hjelmstedt (2006), który wykazał, że problemy z zająciem w ciąży i sposób zapłodnienia nie przekładają się na nasilenie więzi emocjonalnej z płodem.

Brak różnic w nasileniu więzi u kobiet z i bez negatywnej historii położniczej może wynikać z faktu, że wiek ciąży wszystkich badanych przekraczał 22. tydzień. Wielu autorów podkreśla, że pierwsza połowa ciąży jest zdecydowanie mniej stabilna niż druga, zwłaszcza u kobiet poddanych zapłodnieniu *in vitro*. Silna obawa przed utratą płodu może być przyczyną opóźnienia identyfikacji z nim w tym okresie, a tym samym wstrzymywać rozwój więzi (Bernstein i in., 1994; McMahon i in., 1999). Zagrożenie poronieniem również spada wraz z czasem trwania ciąży i mówimy o nim, gdy wydalenie zarodka następuje przed 22. tygodniem (Miller i Hanretty, 2000; Skrzypczak, 2006). Być może badane przeze mnie kobiety nie różniły się w sile przywiązania do swoich dzieci, ponieważ na tym etapie ciąży zdążyły już zastosować konstruktywne sposoby radzenia sobie z trudną sytuacją (co sugerują także badania Bergner i in., 2008), stała się ona bardziej stabilna ze względu na wiek ciąży i spadek ryzyka jej utraty mimo wcześniejszych trudnych przeżyć położniczych. Zasadnym wydaje się również dokonanie porównań nasilenia więzi prenatalnej oddzielnie dla każdej komplikacji włączonej przeze mnie do kategorii negatywnych doświadczeń prokreacyjnych.

Badacze są w zasadzie zgodni, co do tego, że wiek ciąży jest najlepszym predyktorem relacji emocjonalnej matka – płód (Yercheski i in., 2009) oraz że wraz z postępem ciąży więź z dzieckiem staje się bardziej intensywna (Bielawska-Batorowicz, 1995, 2006; Bielawska-Batorowicz i in., 2002; Caccia i in., 1991; Hjelmstedt i in., 2006; Kuo i in., 2013; Pawlicka i in., 2013; McNamara, Townsend, Herbert, 2019; Sjörgen i in., 2004; Walsh i in., 2014). Uzyskane przeze mnie rezultaty okazały się niezgodne z przypuszczeniami i pokazały, że w żadnej z badanych grup tydzień ciąży nie wpływa na nasilenie więzi emocjonalnej z dzieckiem.

Relację prenatalną można zaobserwować już w 9. (Kuo i in., 2013) czy 10. tygodniu ciąży Laxton-Kane i Slade (2002), czyli matki zaczynają traktować nienarodzone dzieci jako odrębne osoby już w pierwszym trymestrze. W rozwoju przywiązania pomaga też odczuwanie ruchów dziecka i wzrasta ono stopniowo wraz z czasem trwania ciąży. Kobiety w ciążach zagrożonych, szczególnie z wadami wrodzonymi, już na wczesnym etapie ciąży poddawane są częstym badaniom monitorującym stan płodu, co również sprzyja tworzeniu obrazu wyobrażonego dziecka i silniejszej więzi z nim. Jak już wspominałam, wszystkie badane przeze mnie kobiety były w ciążach między 22. a 40. tygodniem rozwoju płodu. Średni wiek ciąży dla wszystkich grup wynosił ok. 31 tygodni. Można zatem wnioskować, że na tym etapie więź emocjonalna z dzieckiem jest już silnie rozwinięta, co wykazałam we wcześniejszych częściach pracy i opisałam na początku tego rozdziału, a jej ewentualny przyrost nie już tak widoczny. Daje to pole do dalszych badań nad problemem, w których zasadnym byłoby rozszerzenie grup o kobiety we wcześniejszych okresach ciąży oraz prowadzenie pomiarów więzi w różnych jej fazach.

Interesujący natomiast wydaje się fakt, że w grupach kobiet w ciążach zagrożonych z przyczyn innych niż wada wrodzona i w ciążach zdrowych zaobserwowano wzrost nasilenia wyobrażeń na temat nienarodzonego dziecka oraz przypisywania mu pewnych cech wyglądu i charakteru wraz z postępem ciąży. Wydaje się to być naturalne, ponieważ matka, zbliżając się do rozwiązania, coraz silniej wyobraża sobie, jakie będzie jej dziecko po przyjściu na świat. Z kolei zależność ta nie wystąpiła u kobiet, u których dzieci wykryto wady wrodzone, mimo że wszystkie badane w skali Przypisywanie właściwości dziecku osiągały wyniki na podobnym – wysokim poziomie, niezależnie od grupy. Może to wynikać z faktu, że samo stwierdzenie wady rozwojowej u płodu wiąże się z częstszym udziałem matki w procedurach jego obrazowania, z konsultacjami i omawianiem z lekarzami wpływu danego zaburzenia na funkcjonowanie, ale także wygląd dziecka. Sam udział w badaniu USG z omówieniem medycznym powoduje wzrost więzi prenatalnej (Boukydis i in., 2006; de Jong-Pleij i in., 2013). Matki te częściej mają szansę oglądania swojego nienarodzonego dziecka podczas ultrasonografii, rozmawiania na jego temat z lekarzami, są zmuszone do tworzenia z personelem medycznym planów dalszego leczenia i uświadamiane, jakie mogą być jego konsekwencje. Może to być przyczyną wyobrażania sobie dziecka oraz przypisywania mu pewnych właściwości, cech charakteru i wyglądu wcześniej niż w przypadku kobiet, których dzieci rozwijają się prawidłowo w okresie prenatalnym. Być może dlatego przyrost więzi w aspekcie przypisywania właściwości wraz z rozwojem ciąży nie jest widoczny w grupie kobiet spodziewających się dzieci obciążonych wadami rozwojowymi, ponieważ stworzyły ich wyobrażony obraz wcześniej niż inne matki.

11.2. Doświadczanie obecnej ciąży a więź emocjonalna matki z dzieckiem

Okres ciąży stawia przed przyszłymi matkami wiele wyzwań i wymagań. Jest to czas licznych zmian i nowych sytuacji, z których mogą wynikać pewne trudności dla kobiety. Musi ona dostosować się do wymogów tego stanu i sprostać pewnym oczekiwaniom, jakie ma wobec niej partner i otoczenie. Duża część tych uciążliwości towarzyszy wszystkim ciężarnym niezależnie od stanu rozwoju ich dzieci i samej ciąży. Natomiast pewna grupa trudów i niedogodności pojawia się tylko w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia matki albo płodu.

Badane przeze mnie kobiety doświadczają ciąży w podobny sposób, co jest zaskakujące, ponieważ przewidywano, że matki w grupach ciąż wysokiego ryzyka będą przejawiać bardziej negatywne postawy wobec doznań obecnej ciąży. Zaobserwowano jednak, że ciężarne, u których dzieci wykryto wady wrodzone, znacznie silniej koncentrują się na nich niż kobiety w ciążach z innymi zagrożeniami oraz w ciążach prawidłowych. Podobne obserwacje poczyniła Szymona-Pałkowska (2005) porównująca kobiety w ciążach wysokiego ryzyka i ciążach fizjologicznych. Silna koncentracja na stanie swojego zdrowia w sytuacji wystąpienia

patologii jest równoznaczna ze skupieniem się na problemie i próbach jego rozwiązania. Przejawia się to analizowaniem obecnej sytuacji, czynieniem planów oraz szukaniem różnych możliwości i alternatyw działania. Ze względu na specyfikę sytuacji zagrożenia ciąży matka często nie ma wpływu na obniżenie poziomu ryzyka. Szymona-Pałkowska (2005) podkreśla, że w tym kontekście skupienie się na problemie, które zazwyczaj jest konstruktywnym sposobem radzenia sobie ze stresem, może być przyczyną zwiększenia napięcia wewnętrznego. Bardzo często repertuar działań ciężarnej kobiety ogranicza się do sfery poznawczej, w której koncentruje ona swoje myśli na stanie ciąży i dziecka, co wiąże się z silnymi emocjami i wtórnie przekłada na jej stan zdrowia. Efektem takiego zachowania może być obciążenie psychiczne, poczucie zmęczenia, osamotnienia oraz silne napięcie i stres.

Poczynione przeze mnie obserwacje pokazują, że niezależnie od stanu ciąży, trudności w akceptacji roli rodzicielskiej wiążą się z mniej intensywną relacją prenatalną, co jest zgodne z przewidywaniami i wydaje się być uzasadnione w kontekście braku pełnej gotowości do bycia rodzicem rozwijającego się prenatalnie dziecka. Pozostałe wymiary doświadczania ciąży nie są predyktorami globalnej relacji matka – płód. Natomiast szczegółowa analiza zależności między aspektami doświadczania ciąży a nasileniem komponentów więzi matka z dzieckiem prenatalnym pokazała, że brak akceptacji roli rodzicielskiej pozwala przewidywać także mniejszą gotowość do jej podjęcia po urodzeniu dziecka we wszystkich badanych grupach. Pozytywna postawa wobec samego bycia matką sprzyja wyobrażeniom na temat pełnienia roli rodzica i zwiększa chęć do realizowania się w niej po narodzinach dziecka. W ciążach z innymi zagrożeniami sprzyja temu także poczucie zaufania do siebie i specjalistów. W sytuacji gdy ciąży towarzyszą nieprzyjemne objawy związane z jej patologicznym przebiegiem i chorobami matki, zaufanie do działań osób ją prowadzących oraz wsparcie od nich jest niezwykle ważne, ponieważ pomaga pacjentce zmniejszyć niepewność oraz skrępowanie związane z odnalezieniem się w sytuacji ciąży i macierzyństwa.

Matki w ciążach z wadami rozwojowymi i innymi zagrożeniami mają także większą łatwość w dostosowywaniu swojego stylu życia do potrzeb dziecka, kiedy ufają specjalistom i personelowi medycznemu. Można przypuszczać, że jeśli działania i zalecenia lekarzy są dla ciężarnej zrozumiałe i uzasadnione, łatwiej jej zgodzić się na pewne wyrzeczenia i uciążliwości, bo widzi sens ich stosowania oraz wie, jakie są konsekwencje ich zignorowania. Sugeruje to, że w momencie, kiedy ciąża ma znamiona patologii i jej losy są mocno zależne od działań medycznych, na które same ciężarne nie mają bezpośredniego wpływu, niezwykle ważne jest wyjaśnienie sytuacji i konsekwencji podjętych działań terapeutycznych przez samych specjalistów. Wiara w profesjonalizm działań lekarskich sprzyja także akceptowaniu przez matkę odrębności dziecka z wykrytą wadą wrodzoną.

Kobiety w ciążach z innymi patologiami łatwiej akceptują niezależność dziecka, gdy mają poczucie bezpieczeństwa i akceptują nową rolę. Bardzo istotną wydaje się być w tych okolicznościach stabilna i bliska relacja z partnerem, której przyświeca wspólny cel (Szymna-Pałkowska, 2005) oraz poczucie, że matka nie zostanie sama z obowiązkami rodzicielskimi. Ponadto kobiety w ciążach z innymi

zagrożeniami częściej próbują nawiązać interakcje z dzieckiem, gdy akceptują rolę macierzyńską. Mają też większą łatwość w zmianie sposobu funkcjonowania, by sprzyjać rozwojowi ciąży, gdy akceptują przyszłą rolę rodzica, podobnie jak kobiety w ciążach zdrowych.

Podsumowując, należy zaznaczyć, że odbiór doświadczania ciąży przez badane kobiety może warunkować nasilenie różnych aspektów więzi matka – płód. Poczucie bezpieczeństwa dawane przez partnera w kontekście doświadczania ciąży oraz wsparcie, informacje i wyjaśnienia od personelu medycznego wiążą się ze sposobem postrzegania ciąży, przyszłego porodu i opieki nad noworodkiem, co stymuluje różne przejawy więzi, jaką nawiązuje kobieta z dzieckiem w swoim łonie.

11.3. Właściwości indywidualne kobiet a więź matki z dzieckiem

Wiele badań wskazuje na to, że silniejszą więź emocjonalną z dzieckiem tworzą młodsze matki (Berryman, Windridge, 1996, za: Bielawska-Batorowicz, 2006; Camarneiro, de Miranda Justo, 2017; Hopkins i in., 2018; Siddiqui i in., 1999; Ustunsoz, Guvenc, Akyuz, Oflaz, 2010). Inaczej przedstawiają się wyniki, gdy porównuje się matki nastoletnie z dorosłymi. Nastolatki charakteryzuje niższy poziom przywiązania prenatalnego niż dorosłe kobiety, ale tylko w pierwszym trymestrze ciąży (Rowe i in., 2013). Obserwacje w tej grupie zmiennych nie pozwoliły na przyjęcie hipotezy ósmej, ponieważ nie wykazały związku lat życia matki z siłą jej więzi z dzieckiem, co jest spójne z doniesieniami Abasi i współautorów (2013). Może być to spowodowane faktem, że wszystkie badane przekroczyły już połowę czasu trwania ciąży i ich relacja emocjonalna z dzieckiem na tyle się rozwinęła i ustabilizowała, że wiek stracił na znaczeniu.

Analiza związku długości życia matki z poszczególnymi aspektami więzi wykazała jednak, że u kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi wraz z wiekiem spada akceptacja dla traktowania dziecka jako odrębnej istoty. Z czasem wiek kobiety staje się czynnikiem zagrażającym ciąży, ponieważ u starszych ciężarnych wzrasta ryzyko powikłań. Być może w tej wyjątkowej sytuacji brak akceptacji autonomii i odrębności rozwijającego się nieprawidłowo dziecka jest mechanizmem chroniącym przed jego potencjalną stratą, ale też przygotowaniem na to, że nawet po urodzeniu i na dalszych etapach rozwoju może być bardziej zależne od matki niż dzieci zdrowe.

Muller (1996) postuluje, że doświadczenia kobiet ciężarnych z ich własnymi matkami lub pierwszymi opiekunami prowadzą do rozwoju wewnętrznej reprezentacji, która z kolei wpływa na przyszłe więzi z rodziną, partnerem, przyjaciółmi. Ostatecznie proces ten umożliwia kobiecie przystosowanie się do ciąży i związanie z płodem. Nie stwierdzono różnic między badanymi grupami kobiet w zakresie trzech stylów przywiązania.

Zaskakujące jest, że nie stwierdzono związku stylów przywiązania z więzią ogólną w żadnej z badanych grup. Natomiast należy zwrócić uwagę, że wśród

kobiet w ciąży z inną przyczyną zagrożenia przywiązanie lękowo-ambiwalentne, pełne obaw o trwałość relacji i stratę partnera, utrudnia akceptację odrębności dziecka. Może to wynikać właśnie z charakterystycznej dla tego stylu tendencji do silnej zależności, a nawet obsesyjnej miłości (Plopa, 2003). Poza tym, im silniejszy jest unikowy styl przywiązania matek w tej grupie, tym mniej gotowe są one do pełnienia roli rodzicielskiej. Wydaje się to być zasadne w aspekcie prezentowanego stylu, który wiąże się ze strachem przed bliską relacją i niskim zaangażowaniem w podejmowanie działań ją budujących (Liberska, Suwalska, 2011).

Kobiety w ciąży zdrowych łatwiej podporządkowują się interesom dziecka, traktują je jako odrębną istotę i chętniej podejmują rolę rodzicielską, gdy dominuje u nich styl bezpieczny. Badacze podkreślają, że bezpieczny styl przywiązania jest oparty na silnej potrzebie bliskości, zadowoleniu i akceptacji drugiej strony relacji (Rostowski, 2003; Plopa, 2008b; Liberska, Suwalska, 2011). Być może dlatego kobietom w ciąży prawidłowych łatwiej traktować dziecko jako autonomiczną istotę, akceptować i wyrażać chęć przyszłej opieki nad nim oraz podjąć wyrzeczenia dla jego dobra. Z kolei prezentowane style przywiązania nie pozwalają przewidywać więzi u kobiet w ciąży z wadami wrodzonymi.

Kobiety w badanych grupach w podobny sposób oceniają siebie. W podjętych analizach nie zaobserwowano związku samooceny z więzią emocjonalną matka – płód w ciąży zdrowych oraz w ciąży z wadami wrodzonymi. Natomiast zarówno globalna więź matki z dzieckiem oraz intensywność interakcji z nim i przypisywanie mu właściwości nasilają się, gdy wzrasta samoocena kobiet w ciąży z innymi zagrożeniami. Można przypuszczać, że fakt wystąpienia zależności w grupie ciąż z innymi powikłaniami wynika z tego, że ryzyko jest w niej związane ze stanem zdrowia matki lub przebiegiem samej ciąży. Duża część z tych objawów może być bezpośrednio łączona z osobą ciężarnej oraz z jej sposobem funkcjonowania. Być może szczególnie istotne dla więzi jest tu wysokie poczucie własnej wartości matki, gdyż ze względu na przyczyny zagrożenia ciąży kobieta może mieć wpływ na jej przebieg. Nie jest to możliwe w przypadku ciąż ze zdiagnozowanymi wadami wrodzonymi, ponieważ rozwijają się one niezależnie od działań matki. Również Abasi i zespół (2013) wykazali bezpośredni wpływ samooceny na więź prenatalną.

Zgodnie z przewidywaniami kobiety w obu grupach ciąż wysokiego ryzyka przejawiały istotnie wyższy poziom lęku jako stanu niż te w ciąży zdrowych. Ponadto różnicował je również poziom lęku cechy – matki w ciąży z wadami wrodzonymi i innymi zagrożeniami charakteryzował silniejszy lęk rozumiany jako właściwość niż te w ciąży prawidłowych. Odczuwanie lęku sytuacyjnego może uzasadniać fakt obawy o życie i zdrowie swoje oraz dziecka. Wysokie wyniki lęku jako stałej cechy mogą być wypadkową okoliczności, w jakich wypełniane były kwestionariusze, czyli sytuacji hospitalizacji, często daleko od bliskich, w oczekiwaniu na kolejne efekty terapii medycznej. Allison i współautorzy (2011) podkreślają, że wzrost nasilenia lęku u kobiet w trakcie badań inwazyjnych może być zarówno przyczyną, jak i skutkiem silniejszej więzi matki z płodem, a matki, które rozwinęły emocjonalne przywiązanie do dziecka, odczuwają większy lęk o nie i przebieg ciąży.

Dalsze analizy nie wykazały jednak wartości predykcyjnej lęku cechy i stanu dla więzi emocjonalnej, co jest zgodne z badaniami Stanton i Golombok (1993), w których również nie stwierdzono związku lęku jako właściwości i przywiązania prenatalnego. Inni autorzy wykazali, że poziom niepokoju sytuacyjnego tylko nieznacznie wpływa na nasilenie więzi, a w przypadku zagrożenia ciąży nie ma znaczenia (Kuo i in., 2013; Mercer i in., 1988). W grupie kobiet w ciążach fizjologicznych zauważono, że im silniejszy lęk cechuje matkę i im mniejszy lęk sytuacyjny jej towarzyszy, tym trudniej zaakceptować jej rolę rodzicielską, ale zmienne te nie okazały się istotnymi predyktorami tego aspektu więzi. Częściowo jest to odbiciem rezultatów uzyskanych przez Narita i Meahara (1993) pokazujących, że im wyższy lęk odczuwany przez kobiety, tym niższy poziom jej więzi z dzieckiem. Natomiast badania Hee i Young (2015) wykazały, że lęk jest najistotniejszym predyktorem relacji matki z dzieckiem w sytuacji, gdy ciąża jest zagrożona, czego nie potwierdziły moje badania.

11.4. Relacja z partnerem a więź matki z dzieckiem

W badaniach podkreśla się, że relacja z partnerem i jej charakter mają silny wpływ na więź, jaką kształtuje matka z dzieckiem (Yercheski i in., 2009). Analizy nie potwierdziły hipotezy mówiącej, że stan cywilny i rodzaj związku różnicują matki w zakresie więzi z dzieckiem, ponieważ nie zaobserwowano różnic w jej nasileniu między kobietami w związkach małżeńskich i nieformalnych. Natomiast uzyskane wyniki należy traktować z dużą ostrożnością i nie można na ich podstawie wyciągać wiążących wniosków ze względu na znaczącą dysproporcję liczebności grup. Uniemożliwiło to również sprawdzenie, czy stan cywilny różnicuje nasilenie więzi z dzieckiem przy zagrożeniu ciąży lub jego braku.

Narita i Maehara (1993) wykazały, że negatywny stosunek męża kobiety ciężarnej koresponduje z niższym nasileniem jej relacji z dzieckiem. Również Lumley (1982) tłumaczy osłabienie przywiązania prenatalnego brakiem zainteresowania lub wsparcia ze strony męża. Siddiqui i współautorzy (1999) uważają, że znaczącą rolę w dostarczaniu kobiecie wsparcia społecznego odgrywa mąż i może stanowić to nawet 80% całego oczekiwanego wsparcia.

Moje analizy wykazały, że zgodnie z przypuszczeniami kobiety w ciążach zagrożonych i fizjologicznych nie różnią się w ocenie wsparcia od swoich partnerów. Tożsame wyniki uzyskał zespół Pisoni (2015), który badał matki w ciążach zdrowych i zagrożonych przedwczesnym porodem. Z kolei Gebuza i współautorzy (2015) pokazują, że wsparcie społeczne dla matek wzrasta adekwatnie do zagrożeń związanych z ciążą, czego nie stwierdziłam w badaniach własnych.

W żadnej z grup badanych kobiet nie zaobserwowano związku wsparcia ogólnego z więzią emocjonalną z dzieckiem, mimo przewidywań, że jego pozytywna ocena będzie współwystępować z bardziej intensywną relacją prenatalną. Natomiast wsparcie instrumentalne okazało się istotnym predyktorem podporządkowania się interesom dziecka kobiet z innymi zagrożeniami. Patologie ciąży w tej

grupie wynikają z konkretnych dolegliwości ciążyowych lub choroby matki. Bardzo często wiążą się koniecznością hospitalizacji czy leżeniem, a tym samym ograniczonej samodzielności matki. Zmiana sposobu funkcjonowania może wiązać się z większą zależnością od innych osób, chociażby w przygotowaniu posiłków czy czynnościach higienicznych. Dlatego wsparcie ze strony partnera w postaci konkretnej pomocy wydaje się być szczególnie istotne, kiedy konieczna jest zmiana trybu życia dla utrzymania ciąży.

Natomiast w grupie kobiet w ciążach bez powikłań wsparcie instrumentalne determinuje chęć podjęcia roli rodzicielskiej. Ciężarne, które dostają od swoich partnerów konkretną pomoc, np. w wypełnianiu obowiązków domowych, przygotowaniu na przyjście dziecka, są bardziej gotowe do podjęcia roli rodzicielskiej po jego urodzeniu i chętniej wyobrażają sobie siebie przy opiece nad noworodkiem. Można przypuszczać, że mniej obawiają się obciążeń związanych z wychowaniem dziecka, ponieważ czują, że będą dzielić obowiązki ze swoimi partnerami.

Zatem rezultaty moich badań potwierdzają częściowo wyniki Pisoni i in. (2015), którzy wykazali, że wsparcie od bliskich sprzyja rozwojowi więzi z dzieckiem oraz rezultaty Bieleninik i in. (2010), które wykazały, że więź emocjonalna z nienarodzonymi dziećmi wzrasta wraz z nasileniem uzyskiwanego wsparcia, ale jedynie u kobiet w ciążach mnogich, które są traktowane jak ciążę wysokiego ryzyka. Z kolei Mercer (1988) udowodniła, że o ile wsparcie jest niezwykle istotne w budowaniu więzi z dzieckiem, to nie ma to znaczenia w ciążach zagrożonych, na co wskazują przedstawiane badania w odniesieniu do kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi.

Poczynione obserwacje potwierdziły hipotezę stanowiącą, że matki w badanych grupach różnią się poziomem zależności w relacjach. Analiza zależności kobiet w związku pokazała, że ciężarne spodziewające się dziecka z wadą czują się istotnie bardziej zależne od partnerów, oczekują więcej zainteresowania i opieki oraz obawiają się rozstania z nim, niż badane w pozostałych grupach. Może to wynikać ze strachu przed porzuceniem i samotnym wychowywaniem chorego dziecka. Jednak związek zależności od drugiej osoby z diady z więzią emocjonalną wystąpił tylko w grupie kobiet zdrowych. Im bardziej oczekują one uwagi, pomocy i troski od swoich partnerów, tym trudniej jest im podporządkować się interesom dziecka. Być może zależność ta wystąpiła tylko w grupie kobiet w ciążach bez komplikacji, ponieważ matki nie mają w takiej sytuacji aż tylu argumentów przemawiających za koniecznością zmiany sposobu codziennego funkcjonowania dla dobra dziecka i są też w stanie w większym stopniu koncentrować się na relacji z partnerem i własnych potrzebach niż tylko wymaganiach płynących z bycia w ciąży i relacji z dzieckiem.

11.5. Znaczenie wybranych zmiennych położniczych, indywidualnych i relacyjnych dla tworzenia więzi z dzieckiem prenatalnym w ciążach zagrożonych i fizjologicznych

W celu odpowiedzi na pytanie, które z wybranych zmiennych, związanych z doświadczeniami prenatalnymi, doświadczaniem obecnej ciąży, właściwościami matki oraz relacją z partnerem determinują nasilenie więzi emocjonalnej z dzieckiem prenatalnym w ciążach z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i fizjologicznymi, odwołano się do skorygowanego modelu teoretycznego zaproponowanego w niniejszej pracy.

Zastosowana metoda modelowania równań strukturalnych upoważnia do wnioskowania, że zgodnie z przewidywaniami predyktory więzi emocjonalnej w badanych grupach są różne. Okazuje się, że wybrane zmienne wprowadzone do modelu nie pozwalają na przewidywanie więzi w grupie kobiet z wadami wrodzonymi. Można zatem przypuszczać, że istnieją inne czynniki wpływające na tę relację, które nie zostały uwzględnione w badaniu. Niewątpliwie sytuacja wykrycia wady rozwojowej u dziecka jest wyjątkową i szczególnie trudną. Wskazanie predyktorów więzi prenatalnej z nieprawidłowo rozwijającym się płodem może utrudniać fakt, że wady wrodzone, które zostały uwzględnione w niniejszym badaniu, są niejednorodne i wiążą się z różnymi konsekwencjami dla funkcjonowania samego dziecka, jak i matki. Część z nich może być korygowana już w okresie prenatalnym (np. uropatia zaporowa czy niektóre wady serca), inne mogą być poddane leczeniu dopiero po urodzeniu dziecka. Co więcej, niektóre z wad są obciążone większym wskaźnikiem umieralności. Ponadto niektóre zaburzenia wpływają na budowę płodu i są dostrzegalne w wyglądzie dziecka po urodzeniu (np. wodogłowie).

Natomiast więź matka – płód w grupie kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami jest determinowana przez negatywne doświadczanie ciąży. Kiedy obecny stan jest odbierany jako uciążliwy i obciążający, matki budują mniej intensywną więź ze swoimi nienarodzonymi dziećmi. Według Szymony-Pałkowskiej (2005) doświadczanie ciąży stawia przed rodzicami określone zadania i wyzwania, które mogą wiązać się z zagrożeniami i przeciążeniami, zarówno w sferze emocjonalnej, jak i poznawczej. Taką sytuację można rozpatrywać w kategoriach stresu psychologicznego. Ciąża wysokiego ryzyka, w której zagrożenie wiąże się z przykrymi dolegliwościami dla matki, stanowi dodatkowe obciążenie fizyczne. W obliczu tak wielu doświadczanych trudności kobieta może poświęcać mniej uwagi tworzeniu więzi emocjonalnej z dzieckiem.

Z kolei samo doświadczanie ciąży z innymi zagrożeniami jest tym bardziej negatywne, im wyższy jest jej tydzień rozwoju i im młodsza jest matka. Dodatkowo, w tej grupie ciąża jest doświadczana jako bardziej obciążająca przez kobiety z pozabezpiecznym stylem przywiązania, niską samooceną i które gorzej oceniają wsparcie od swoich partnerów. Można przypuszczać, że dla młodszych kobiet obecny stan jest nowym doświadczeniem, więc wiążą się z nim silniejsze obawy dotyczące sprostania roli rodzicielskiej, skuteczności opieki medycznej oraz tego,

jak partner odnajdzie się w tej sytuacji (Pawlicka i in., 2013). Nasilają się one wraz z rozwojem ciąży, kiedy matka staje się coraz mniej sprawna i samodzielna. Jest to szczególnie istotne w kontekście charakteru patologii ciąży, który jest ściśle związany ze zdrowiem samej ciężarnej (Heaman, 1998). Stąd uzasadnionym wydaje się być znaczenie jej samooceny w doświadczaniu ciąży. Matki w ciążach z innymi zagrożeniami mogą czuć się mniej skuteczne i gorzej oceniać swoją wydolność do realizacji stawianych przed nimi zadań. Niska samoocena jest dodatkowo osłabiana przez tendencję do pozabezpieczanego przywiązania, które potęguje niepokój przed odrzuceniem i wycofanie, przez co wpływa na odbiór wsparcia od partnera jako mniej adekwatnego i niewystarczającego (Płopa, 2008b).

Wprowadzenie wszystkich kategorii badanych zmiennych do modelu pokazało, że w grupie kobiet w ciążach fizjologicznych więź prenatalna jest determinowana przez zależność od partnera, tydzień ciąży, jej doświadczanie i wiek matki. Zaskakującym wydaje się fakt, że najsilniejszym predyktorem więzi z dzieckiem w ciążach zdrowych jest zależność od partnera. Kierunek związku nie jest jednak zgodny z przewidywaniami – większa zależność w związku partnerskim osłabia więź z dzieckiem. Według Babiuch i Kriegelewicz (2000) matki bardziej zależne od swoich partnerów oczekują od nich większej opieki, obecności i wsparcia. Być może kobiety, które nie muszą borykać się z trudnościami wynikającymi z przebiegu ciąży oraz obaw o zdrowie i życie dziecka, traktują trwałość relacji z partnerem jako warunek szczęścia i bardziej koncentrują się na własnych potrzebach, które mogą zrealizować w związku, niż kobiety w ciążach zagrożonych. Natomiast badane matki stają się bardziej zależne od swoich partnerów wraz z postępem ciąży i gdy gorzej oceniają wsparcie od nich. Odbiór pomocy od partnera jako mniej zadowalającej jest determinowany pozabezpiecznym stylem przywiązania, co jest spójne z badaniami np. Bookwala (2003) czy Collins i in. (2002). Można przypuszczać, że zbliżanie się do rozwiązania, a tym samym konieczności podjęcia roli rodzicielskiej i towarzyszących jej obowiązków, wyzwała u zdrowych matek większą potrzebę zainteresowania i zaangażowania ze strony partnera. Jest ona dodatkowo wzmacniana, jeśli oceniają pomoc od niego jako niewystarczającą.

Więź emocjonalna z dzieckiem w sytuacji ciąży zdrowej jest determinowana także przez tydzień ciąży i wzrasta wraz z jej postępem. Poczynione obserwacje potwierdza większość badań (np. Bielawska-Batorowicz, 1995; Caccia i in., 1991; McNamara, Townsend, Herbert, 2019; Walsh i in., 2014). Natomiast warto podkreślić, że wiek ciąży okazał się istotnym predyktorem więzi tylko w grupie kobiet zdrowych. Być może w sytuacji braku zagrożenia ciąży, kiedy matka nie musi borykać się z dodatkowymi badaniami i oczekiwaniem na diagnozę co do rokowań jej ciąży, więź może narastać stopniowo wraz z rozwojem dziecka. Pozwala to matce na adekwatne reagowanie na rozwój płodu i wzrost jego aktywności w środowisku wewnątrzmacicznym przez nawiązywanie kontaktu i zmianę swoich zachowań oraz sprzyja akceptacji odrębności dziecka i wyobrażeniom na temat jego cech i opieki nad nim.

Doświadczanie ciąży jako bardziej obciążającej również w tej grupie kobiet obniża nasilenie relacji matka – płód. Trudne do zaakceptowania zmiany

i uciążliwości, które budzą obawy, zaburzają poczucie bezpieczeństwa i mocno absorbują kobietę stanem, w jakim się znajduje, przez co mogą zniechęcać ją do podjęcia nowych obowiązków, wynikających ze stawiania się matką, nawiązywania kontaktu z dzieckiem i przypisywania mu właściwości. Styl pozabezpieczny cechujący się tendencją do bardziej pesymistycznej oceny sytuacji (Collins i in., 2002) oraz trudnościami w czerpaniu wsparcia od partnera (Plopa, 2008), również w grupie kobiet zdrowych sprzyja postrzeganiu doświadczeń ciąży bardziej negatywnie i obniża samoocenę matki. Natomiast zdrowe kobiety, w przeciwieństwie do tych w ciążach z innymi zagrożeniami, wraz z kolejnymi tygodniami ciąży osławiają się z wyzwaniami, jakie ona przynosi, adaptują się do niej i bardziej pozytywnie doświadczają swojego stanu.

Czwartym predyktorem więzi emocjonalnej w ciążach niepowikłanych jest wiek matki. Młodsze matki nawiązują silniejszą relację ze swoimi nienarodzonymi dziećmi. Znajduje to potwierdzenie np. w badaniach Siddiqui i in. (1999) czy Ustunsoz i in. (2010). Należy podkreślić, że zależność ta wystąpiła jedynie w sytuacji braku zagrożenia ciąży. Wiek matki jest istotnym czynnikiem ryzyka dla rozwoju dziecka i pomyślnego rozwiązania – u starszych kobiet znacznie wzrasta ryzyko komplikacji ciążowych, co może skutkować śmiercią płodu. W grupach kobiet w ciążach patologicznych wiek może tracić na znaczeniu, ponieważ zagrożenie już istnieje i może być niezależne od lat życia matki. Natomiast starsze zdrowe ciężarne mogą nawiązywać mniej silną relację z dzieckiem prenatalnym, żeby uchronić się przed kosztami emocjonalnymi przy jego ewentualnej stracie. Dodatkowo, jak wskazuje Hopkins i in. (2018), wiek matki jest związany z ilością przeżytych ciąży. Im starsze badane, tym większe prawdopodobieństwo, że mają już dzieci, co wpływa na zmniejszony wymiar czasu, w jakim mogą zaangażować się w zachowania przywiązaniowe względem dziecka nienarodzonego.

Zakończenie

Wyniki przedstawione w pracy pokazują, że siła więzi matki z jej nienarodzonym dzieckiem nie różnicuje kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami oraz rozwijających się prawidłowo. Natomiast jest warunkowana przez różne czynniki w zależności od wystąpienia i rodzaju zagrożenia ciąży. Ze względu na fakt, że więź rodzica z dzieckiem zaczyna kształtować się już w okresie prenatalnym i ma wpływ na jakość wzajemnych relacji i funkcjonowania w późniejszym życiu, znaczącym jest wzmacnianie i wspomaganie jej jak najwcześniej. Jak pokazują badania Jangjoo, Lotfi, Assareh i Kabir (2019), trening przywiązania może w znaczny sposób wzmacniać globalną więź matki z dzieckiem oraz jej komponenty nawet u kobiet w niechcianych ciążach. Pozytywne objawy behawioralne więzi prenatalnej są znaczące dla jakości zdrowia fizycznego i psychicznego noworodków i ich matek (Maddahi, Dolatian, Khoramabadi, Talebi, 2016). Perwitasari, Hakimi i Anjarwati (2019) wykazali, że sama możliwość edukacji w zakresie przywiązania prenatalnego może przyczynić się do poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego matki. W kontekście uzyskanych wyników badań niezwykle istotnym i koniecznym wydaje się zatem udoskonalanie systemu opieki dla kobiet ciężarnych, który oprócz wyspecjalizowanej pomocy medycznej obejmowałby także szeroko rozumianą pomoc psychologiczną.

Badania demograficzne jasno pokazują, że wzorem innych państw europejskich w Polsce obserwuje się opóźnianie decyzji prokreacyjnych, czyli tzw. „odłożone urodzenia” (Stańczak, Stelmach, Urbanowicz, 2015). Zmiany demograficzne zapoczątkowane w latach 90. XX w. przyczyniły się do przesunięcia najwyższej płodności Polek na drugą połowę trzeciej dekady życia oraz spowodowały znaczący wzrost płodności kobiet po trzydziestym roku życia (co odzwierciedlają także moje badania). Polki coraz częściej decydują się na urodzenie pierwszego dziecka dopiero po zdobyciu wykształcenia i stabilizacji ekonomicznej (Szukałski, 2017). Uzyskane przeze mnie wyniki pokazują, że wiek kobiety oczekującej dziecka z wadą wrodzoną utrudnia jej zaakceptowanie jego odrębności. Ponadto w ciążach niepowikłanych starsze kobiety tworzą mniej intensywną więź globalną. Te obserwacje pokazują, jak istotne jest objęcie pełnowymiarowym wsparciem kobiet, które decydują się na pierwszą czy kolejną ciążę po 35. roku życia, kiedy znacząco wzrasta ryzyko komplikacji okołoporodowych.

Fonseca i Canavarro (2010) podkreślają, jak ważne jest szkolenie specjalistów pracujących w sektorze medycznym w zakresie przekazywania diagnozy. Informacja o wadzie wrodzonej dziecka ma wpływ na stan emocjonalny

rodziców. Ich pierwszą reakcję na diagnozę porównuje się do procesu żałoby, w którym stopniowa akceptacja prowadzi do lepszego samopoczucia emocjonalnego (Fonseca, Canavarro, 2010). Ponadto diagnoza wad rozwojowych płodu lub powikłań położniczych może być głównym stresorem w czasie ciąży i współwystępować z wyższym poziomem lęku oraz stanami depresyjnymi (Asplin, Wessel, Marions, Georgsson Öhman, 2015; da Cunha, Pereira, Caldeira, Carneiro, 2016). Należy jednak podkreślić, że większość dostępnych badań nie wykazała związku między depresją a więzią prenatalną (patrz: Rollè, Giordano, Santoniccolo, Trombetta, 2020).

Diagnostyka prenatalna oraz możliwości wczesnego wykrywania i korygowania zagrożeń ciąży pozostawiają dużą przestrzeń do działań edukacyjnych, profilaktycznych i pomocowych skierowanych do przyszłych rodziców, ich rodzin, ale także specjalistów opiekujących się kobietami w ciąży. Wiedza na temat przeżyć i sposobu doświadczania tego szczególnego czasu przez ciężarne oraz ich otoczenie społeczne, zwłaszcza w kontekście wysokiego ryzyka ciąży, stwarza szansę na zaoferowanie im profesjonalnej pomocy psychologicznej i adekwatnego wsparcia w celu poprawy ich funkcjonowania, podniesienia poczucia satysfakcji oraz wzmacniania więzi społecznych.

Swego rodzaju odpowiedzią na te potrzeby jest rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, które weszło w życie w styczniu 2019 r. Ostatnia część rozporządzenia traktuje o kobietach w sytuacjach szczególnych, czyli z rozpoznaniem ciężkiej choroby w czasie ciąży, diagnozy wady dziecka, urodzenia dziecka chorego, z wadami wrodzonymi, niezdolnego do życia lub martwego. Oprócz zapewnienia m.in. pełnej informacji, czasu na podjęcie decyzji, możliwości godnego pożegnania dziecka, warunków eliminujących dodatkowe stresory, rozporządzenie podkreśla także znaczenie kontaktu, postawy wzbudzającej zaufanie oraz umiejętności komunikacyjnych osób sprawujących opiekę nad kobietą, konieczność weryfikacji jej potrzeb i oczekiwań celem udzielenia adekwatnego wsparcia. Rozporządzenie wskazuje także na konieczność zapewnienia wsparcia w radzeniu sobie ze stresem personelowi medycznemu opiekującemu się kobietą i dzieckiem w sytuacji szczególnej. W odpowiedzi na rozporządzenie zostały opracowane Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Położniczego (2019) we współpracy z Polskim Towarzystwem Psychologicznym, których celem jest podniesienie poziomu świadomości i społecznej odpowiedzialności za wczesne wykrywanie zaburzeń depresyjnych i nastroju, które mogą rozwinąć się u kobiet zarówno w spełnionym, jak i niespełnionym macierzyństwie. Jednocześnie, mimo dość dużej liczby szkoleń profesjonalnych położniczy i położne nadal sygnalizują potrzebę edukacji i treningów pozwalających im rozwijać kompetencje psychospołecznych, budujących ich zasoby praktyczne w pracy z pacjentem (Mytkowski, Komosa, Niedzielska, 2011; Szymczak, Gotlib, 2017), co potwierdzają także pracownicy (szczególnie położne) w placówkach, z którymi współpracowałam podczas badań.

Przeprowadzone badania nie są wolne od ograniczeń. Należą do nich niska liczebność badanych grup oraz zawężenie wieku ciąż do drugiego i trzeciego trymestru. Nie można także pominąć faktu, że badane matki różnił czas, jaki minął

od otrzymania diagnozy, co nie było kontrolowane w badaniu. Zatem ciężarne były w różnych momentach leczenia i różne były też rokowania dotyczące stanu zdrowia ich dzieci. Niewątpliwie szerszy obraz tworzenia się więzi dałyby badania matek również we wcześniejszych tygodniach ciąży oraz na różnych etapach diagnozy i ewentualnej terapii medycznej. Najbardziej pożądane byłyby badania podłużne, które pozwalają na śledzenie rozwoju relacji prenatalnej i jej potencjalnych zmian spowodowanych powikłaniami.

Wśród wybranych zmiennych nie znaleziono istotnych predyktorów więzi prenatalnej w grupie kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi. Sugeruje to konieczność rozszerzenia badań o czynniki, które nie zostały przeze mnie uwzględnione, oraz przeprowadzenia analiz w większych grupach skupiających się na różnych wadach rozwojowych oddzielnie. Ta różnorodność wad może zaburzać wyniki, ze względu na różne rokowania i ich konsekwencje dla funkcjonowania dziecka, dlatego wskazaniem do dalszych badań jest przeprowadzanie analiz w grupach sprofilowanych, odnoszących się do konkretnych wrodzonych wad rozwojowych.

Należy również zwrócić uwagę, że badane z grupy ciąż zdrowych były rekrutowane w szkołach rodzenia. W przypadku grup z zagrożeniami udział w kursach przedporodowych nie był kontrolowany. Badania wskazują, że edukacja ciążowa może modyfikować relację prenatalną matki z dzieckiem. Ponadto zdecydowana większość kobiet korzystających z kursów rodzenia doświadcza swojej pierwszej ciąży, co może mieć znaczenie dla budowania więzi, jednak nie zostało potwierdzone w moich analizach. W kolejnych badaniach w grupie matek w ciążach fizjologicznych powinny znaleźć się również kobiety, które nie uczęszczały do szkół rodzenia.

Wykazano, że wsparcie i zależność od partnera zarówno w bezpośredni, jak i pośredni sposób może modyfikować nasilenie więzi prenatalnej w grupach kobiet w ciążach zdrowych i z innymi zagrożeniami. W związku z tym kolejne badania powinny bliżej przyjrzeć się uwarunkowaniom więzi wynikającym ze stanu cywilnego matki. Ze względu na fakt, że wszystkie badane kobiety pozostawały w związkach partnerskich, niemożliwe było skontrolowanie więzi z dzieckiem u matek samotnych.

W celu uzupełnienia i dokładniejszego zrozumienia, dlaczego matki w ciążach zdrowych łatwiej zmieniają styl życia dla potrzeb dzieci płci męskiej, należy uzupełnić badania o informacje na temat preferowanej płci dziecka i skontrolować, jak odnosi się ona do kolejności ciąży.

Bibliografia

- Abasi, E., Tafazzoli, M., Esmaily, H., Hasanabadi, H. (2013). The effect of maternal-fetal attachment education on maternal mental health. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 43, 815–820.
- Abasi, E., Tahmasebi, H., Zafari, M., Nasiri Takami, G. (2012). Assessment on effective factors of maternal-fetal attachment in pregnant women. *Life Science Journal*, 9(1), 68–75.
- Ainsworth, M.S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709–716.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Aleszewicz-Baranowska, J., Fryze, I., Ereciński, J., Komorowska-Szczepanska, W. (2005). Problemy prokreacyjne kobiet z wadami serca. *Choroby Serca i Naczyn*, 2(4), 238–240.
- Alhusen, J.L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(3), 315–328.
- Allison, S.J., Stafford, J., Anumba, D.O.C. (2011). The effect of stress and anxiety associated with maternal prenatal diagnosis on feto-maternal attachment. *BMC Women's Health*, 11, 33–40.
- Alonso-Arbiol, I., Shaver, P.R., Yarnoz, S. (2002). Insecure attachment, gender roles, and interpersonal dependency in the Basque Country. *Personal Relationship*, 9, 479–490.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M., Bixo, M. (2004). Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 104, 467–476.
- Argyle, M. (2002). *Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Armstrong, D., Hutti, M. (1998). Pregnancy After Perinatal Loss: The Relationship Between Anxiety and Prenatal Attachment. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 27(2), 183–189.
- Aronson, S.R., Huston, A.C. (2004). The mother-infant relationship in single, cohabiting, and married families: a case for marriage? *Journal of Family Psychology*, 18, 5–18.
- Arsenault, M.Y., Lane, C.A. (2002). The management of nausea and vomiting of pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 24, 817–831.
- Asplin, N., Wessel, H., Marions, L., Georgsson Öhman, S. (2015). Maternal emotional wellbeing over time and attachment to the fetus when a malformation is detected. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6, 191–195. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.04.003>
- Attard, C.L., Kohli, M.A., Coleman, S., Bradley, C., Hux, M., Atanackovic, G., Torrance, G.W. (2002). The burden of illness of severe nausea and vomiting of pregnancy in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, 220–227.
- Babiuch, M.E., Kriegerewicz, O. (2000). Skala do pomiaru zależności od współmałżonka. Materiały własne udostępnione przez autorkę metody.
- Baker, R., Oram, E. (2001). *Wojny dziecięce. Macierzyństwo, ojcostwo i właśnie rodzinne*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Bakiera, L. (2013a). *Zaangażowane rodzicielstwo a autokreacyjny aspekt rozwoju dorosłych*. Warszawa: Difin.
- Bakiera, L. (2013b). Zaangażowane rodzicielstwo w kontekście satysfakcji małżeńskiej i zawodowej. *Psychologia Rozwojowa*, 18(2), 21–23.
- Bedyńska, S., Książek, M. (2012). *Statystyczny drogowskaz. Praktyczny przewodnik wykorzystania modeli regresji oraz równań strukturalnych*. Tom 3. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Sedno.

- Bellieni, C.V., Ceccarelli, D., Rossi, F., Buonocore, G., Maffei, M., Perrone, S., Petriaglia, F. (2007). Is prenatal bonding enhanced by prenatal education courses? *Minerva Ginecologica*, 59(2), 125–129.
- Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase: A contribution to the libido theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 389–417.
- Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B.F., Rauchfuss, M. (2008). Pregnancy after early pregnancy loss: A prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 105–113.
- Bernazzani, O., Bifulco, A. (2003). Notherhood as a vulnerability factor in major depression: the role of negative pregnancy experiences. *Social Science and Medicine*, 56, 1249–1260.
- Bernstein, J., Lewis, J., Seibel, M. (1994). Effects of previous infertility on maternal-fetal attachment, coping styles and selfconcept during pregnancy. *Journal of Women's Health*, 3, 125–133.
- Bibring, G.L. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113–121.
- Bicking Kinsey, C., Hupcey, J.E. (2013). State of the science of maternal-infant bonding: a principle-based concept analysis. *Midwifery*, 29(12), 1314–1320.
- Biczysko, R. (1998). Choroby gruczołów dokrewnych. W: T. Pisarski (red.), *Położnictwo i ginekologia. Podręcznik dla studentów* (511–514). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Bielawska-Batorowicz, E. (1995). *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie okołoporodowym*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2012). Znaczenie badań nad wybranymi psychologicznymi aspektami prokreacji. *Psychologia Wychowawcza*, 1–2, 7–21.
- Bielawska-Batorowicz, E., Siddiqui, A. (2008). A study of prenatal attachment with Swedish and Polish expectant mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26, 373–384.
- Bieleninik, Ł., Preis, J., Bidzan, M. (2010). Uwarunkowania więzi emocjonalnej z dzieckiem w okresie prenatalnym w ciążach wielopłodowych i pojedynczych. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 3, 223–231.
- Birch, A. (2007). *Psychologia rozwojowa w zarysie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Błaszczak, A., Pilch, D., Szamlewska, B. (2011). Badanie poziomu lęku kwestionariuszem STAI C.D. Spielbergera u kobiet w okresie okołoporodowym. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 4(3), 163–168.
- Bookwala, J. (2003). Being „single and unattached”: The role of adult attachment styles. *Journal of Applied Social Psychology*, 33(8), 1564–1570.
- Boukydis, C.F., Treadwell, M.C., Delaney-Black, V., Boyes, K., King, M., Robinson, T., Sokol, R. (2006). Women's responses to ultrasound examinations during routine screens in an obstetric clinic. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 25, 721–728.
- Bowlby, J. (1969/2007). *Przywiązanie*. Warszawa: PWN.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: separation, anxiety, anger*. New York: Basic Books.
- Brady, M., Stevens, E., Coles, L., Zadoroznyj, M., Martin, B. (2017). You can spend time... but not necessarily be bonding with them': Australian fathers' constructions and enactments of infant bonding. *Journal of Social Policy*, 46(1), 69–90.
- Brandon, A.R., Pitts, S., Denton, W.H., Robinson, R., Stringer, C.A. (2007). Maternal and fetal representations, dimensions of personality, and prenatal attachment in women hospitalized with high-risk pregnancy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(1), 253–259.
- Brandon, A.R., Pitts, S., Denton, W.H., Stringer, C.A., Evans, H.M. (2009). A history of the theory of prenatal attachment. *The Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 23(4), 201–222.
- Brazert, J., Szaflik, K., Pietryga, M., Borowski, M. (2007). Badanie ultrasonograficzne w czasie ciąży. W: G.H. Bręborowicz (red.), *Położnictwo i ginekologia* (472–489). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. W: I. Bretherton, E. Waters (red.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 209(1–2), 3–35.
- Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759–775.
- Bręborowicz, G.H. (2007). Niewydolność ciśnieniowo-szyjkowa. W: G.H. Bręborowicz (red.), *Położnictwo i ginekologia* (174–178). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Bręborowicz, G.H., Markwitz, W. (2007). Choroby układu moczowego. W: G.H. Bręborowicz (red.), *Położnictwo i ginekologia* (466–474). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Bręborowicz, G.H., Paszkowski, T. (2006). Niewydolność ciśnieniowo-szyjkowa. W: G.H. Bręborowicz (red.), *Ciąża wysokiego ryzyka* (125–138). Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych.
- Bręborowicz, G.H., Sobieszczyk, S. (2007). Krwawienie w II i III trymestrze ciąży. W: G.H. Bręborowicz (red.), *Położnictwo i ginekologia* (119–125). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Brisch, K.H., Bechinger, D., Betzler, S., Heinemann, H. (2003). Early preventive attachment-oriented psychotherapeutic intervention program with parents of a very low birthweight premature infant: results of attachment and neurological development. *Attachment and Human Development*, 5(2), 120–135.
- Brisch, K.H., Munz, D., Kächele, H., Terinde, R., Kreienberg, R. (2005). Effects of previous pregnancy loss on level of maternal anxiety after prenatal ultrasound screening for fetal malformation. *Journal of Loss and Trauma*, 10, 131–153.
- Bruschweiler-Stern, N. (1998). Early emotional care for mothers and infants. *Pediatrics*, 102(5), 1278–1281.
- Bułhak-Guz, H. (2009). Wytrzewienie wrodzone – postępowanie w ciąży, porodzie i po porodzie. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 2(2), 113–117.
- Buss, D.M. (2001). *Psychologia ewolucyjna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Caccia, N., Johnsson, J.M., Robinson, G.E., Barna, T. (1991). Impact of prenatal testing on maternal-fetal bonding: chorionic villus sampling versus amniocentesis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 165, 1122–1125.
- Camarneiro, A.P.F., de Miranda Justo, J.M.R. (2017). Prenatal attachment and sociodemographic and clinical factors in Portuguese couples. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(3), 212–222.
- Cannella, B.L. (2005). Maternal-fetal attachment: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(1), 60–68.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. (2000). *Perspectives on personality*. Boston: Allyn & Bacon.
- Chang, H.-C., Chen, S.-Y., & Chen, C.-H. (2016). Predictors of Antenatal Psychosocial Stress in Taiwanese Women. *Journal of Nursing Research*, 24(3), 193–200. doi:10.1097/jnr.000000000000122
- Chazan, B. (2007). Rozpoznanie ciąży i ustalenie terminu porodu. W: G.H. Bręborowicz (red.), *Położnictwo i ginekologia* (53–57). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Chazotte, C., Comerford Freda, M., Elovitz, M., Youchah, J. (1995). Maternal depressive symptoms and maternal-fetal attachment in gestational diabetes. *Journal of Women's Health*, 4(4), 375–380.
- Chrzan-Dętko, M., Łockiewicz, M. (2015). Maternal romantic attachment, and antenatal and post-natal mother-infant attachment in a sample of Polish women. *European Journal of Developmental Psychology*, 12(4), 429–442.
- Coleman, P.K. (2007). Maternal-fetal attachment. <http://wecareexperts.org> (data dostępu: 29.07.2020).
- Collins, N.L., Cooper, M.L., Albino, A.W., Allard, L. (2002). Psychosocial vulnerability from adolescence to adulthood: A prospective study of attachment style differences in relationship functioning and partner choice. *Journal of Personality*, 70, 965–1008.
- Condon, J.T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 6, 167–183.
- Condon, J.T., Dunn, D.J. (1988). The nature and determinants of parent-to-infant attachment in the early post-natal period. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 293–299.
- Conolly, H.M., Warnes, C.A. (1994). Ebsteins anomaly: outcome of pregnancy. *Journal of the American College of Cardiology*, 23, 1194–1198.

- Côté-Arsenault, D. (2003). The influence of perinatal loss on anxiety in multigravidas. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32, 623–629.
- Côté-Arsenault, D. (2007). Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. *Nursing Research*, 56(2), 108–116.
- Cranley, M.S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing research*, 30, 281–284.
- Czajka, R. (2010). Poród przedwczesny. W: G.H. Bręborowicz (red.), *Ciąża wysokiego ryzyka* (121–136). Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych.
- Ćwiek, D., Stefańska, K., Branecka-Woźniak, D., Fryc, D., Szymoniak, K., Malinowski, W. (2012). Opinie kobiet na temat badania USG w czasie ciąży. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 5(1), 55–57.
- da Cunha, A.C.B., Pereira Junior, J.P., Caldeira, C.L.V., Carneiro, V.M.S.D.P. (2016). Diagnóstico de malformações congênitas: Impactos sobre a saúde mental de gestantes [Diagnosis of congenital malformations: Impact on the mental health of pregnant women]. *Estudos de Psicologia*, 33, 601–611.
- Dangel, J. (2007). Przyczyny wrodzonych wad serca i ryzyko urodzenia kolejnego dziecka z wadą serca. W: E. Malec, K. Januszewska, D. Radziwiłłowa, M. Pawłowska (red.), *Dziecko z wadą serca – poradnik dla rodziców* (31–34). Warszawa: Fundacja Serce Dziecka.
- de Jong-Pleij, E.A., Ribbert, L.S., Pistorius, L.R., Tromp, E., Mulder, E.J., Bilardo, C.M. (2013). Three-dimensional ultrasound and maternal bonding, a third trimester study and a review. *Prenatal Diagnosis*, 33(1), 81–88.
- Deutsch, H. (1945). *The psychology of women*. New York: Grune & Stratton.
- Dipietro, J.A. (2010). Psychological and psychophysiological considerations regarding the maternal-fetal relationship. *Infant Child*, 19(1), 27–38.
- Doan, H.M., Zimmerman, A. (2003). Conceptualizing prenatal attachment: Toward a multidimensional view. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 18(2), 109–129.
- Doinita, N.E., Maria, N.D. (2015). Attachment and parenting style. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 203, 199–204.
- Doster, A., Wallwiener, S., Muller, M., Matthies Lina, M., Plewniok, K., Feller, S., Ruben-Jeremias, K., Christof, S., Joachim, R., Markus, W., Corinna, R. (2018). Reliability and validity of the German version of the Maternal-Fetal Attachment Scale. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 297, 1157–1167.
- Draper, J. (2002). It's the first scientific evidence: Men's experience of pregnancy confirmation – some findings from a longitudinal ethnographic study of transition to fatherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 563–570.
- Drewns, K., Pieńkowski, W. (2006). Zaburzenia endokrynologiczne. W: G.H. Bręborowicz (red.), *Ciąża wysokiego ryzyka* (821–843). Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych.
- Dudenhausen, J. (2013). *Położnictwo praktyczne i operacje położnicze*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Dulude, D., Wright, J., Belanger, C. (2000). The effect of pregnancy complications on the parental adaptation process. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(1), 5–16.
- Dunkel-Schetter, C. (2011). Psychological Science on Pregnancy: Stress Processes, Biopsychosocial Models, and Emerging Research Issues. *Annual Review of Psychology*, 62, 531–558.
- Dunkel-Schetter, C., Gurung, R.A.R., Lobel, M., Wadhwa, P.D. (2000). Stress processes in pregnancy and birth: Psychological, biological and sociocultural influences. W: A. Baum, T. Revenson, J. Singer (red.), *Handbook of Health Psychology* (495–518). Hillsdale New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Dzwonkowska, I., Lachowicz-Tabaczek, K., Łaguna, M. (2008). *Samoocena i jej pomiar: SES: Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga: podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Eades, C.E., Cameron, D.M., Evans, J.M.M. (2017). Prevalence of gestational diabetes mellitus in Europe: A meta-analysis. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 129, 173–181.

- Ekrami, F., Mohammad-Alizadeh Charandabi, S., Babapour Kheiroddin, J., Mirghafourvand, M. (2020). Effect of counseling on maternal-fetal attachment in women with unplanned pregnancy: a randomized controlled trial. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(2), 151–165.
- Feeney, J.A., Noller, P., Roberts, N. (2000). Attachment and close relationships. W: C. Hendrick, S.S. Hendrick (red.), *Close relationships: A sourcebook* (185–201). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Figueiredo, B., Costa, R. (2009). Mother's stress, mood and emotional involvement with the infant: 3 months before and 3 months after childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 12(3), 143–153.
- Fijałkowska, D., Bielawska-Batorowicz, E. (2019). A longitudinal study of parental attachment: pre- and postnatal study with couples. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1665172>
- Fiori, K.L., Consedine, N.S., Magai, C. (2008). The adaptive and maladaptive faces of dependency in later life: Links to physical and psychological health outcomes. *Journal of Mental Health and Aging*, 12(6), 700–712.
- FitzGerald, C.M. (1984). Nausea and vomiting in pregnancy. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 159–165.
- Fonseca, A., Canavarro, M.C. (2010). Parental reactions to perinatal congenital anomaly diagnosis of the baby: Implications for the intervention of health professionals. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11, 283–297.
- Fraley, R.C., Shaver, P.R. (2000). Adult attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4, 132–154.
- Fuller, S.G., Moore, L.R., Lester, J.W. (1993). Influence of family functioning on maternal-fetal attachment. *Journal of Perinatology*, 13(6), 453–460.
- Gawłowska, A., Niedzielski, J. (2003). Uropatia zaporowa u dzieci – wybrane aspekty. *Przegląd Pediatryczny*, 33(4), 282–285.
- Gebuza, G., Kaźmierczak, M., Gierszewska, M., Mieczkowska, E., Banaszkiewicz, M., Wróbel-Bania, A. (2015). Lęk przed porodem w III trymestrze ciąży i jego powiązania ze stanem noworodka. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 21(1), 39–44.
- Golańska, Ż. (1989). Interakcja matki z dzieckiem w okresie prenatalnym. *Annales Academiae Medicae Silesiensis* 43, 65–70.
- Goldberg, S. (2000). *Attachment and Development*. London: Arnold
- Gupton, A., Heaman, M., Wang-Kit Cheung, L. (2001). Complicated and uncomplicated pregnancies: women's perception of risk. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 30(2), 192–201.
- Hatmaker, D.D., Kemp, V.H. (1998). Perception of threat and subjective well-being in low-risk and high-risk pregnant women. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 12(2), 1–10.
- Hazan, C., Shaver, P. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1–22.
- Heaman, M. (1998). Psychosocial impact of high-risk pregnancy: hospital and home care. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 41(3), 626–639.
- Heaman, M., Beaton, J., Gupton, A., Sloan, J. (1992). A comparison of childbirth expectations in high-risk and low-risk pregnant women. *Clinical Nursing Research*, 1(3), 252–265.
- Hee, L.S., Young, L.E. (2015). Factors Influencing Maternal-Fetal attachment in High-Risk Pregnancy. *Advanced Science and Technology Letters*, 104, 38–42.
- 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.
- Hjelmstedt, A., Widstrom, A.M., Collins, A.P. (2006). Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *Birth*, 33(4), 303–310.
- Hofer, M.A. (1995). Hidden regulators: Implications for a new understanding of attachment, separation and loss. W: S. Goldberg, R. Muir, S. Kerr (red.), *Attachment theory: social, developmental and clinical perspectives* (203–230). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

- Hoghugh, M. (2004). Parenting-an introduction. W: M. Hoghugh, N. Long (red.), *Handbook of parenting: theory and research for practice* (1–18). Thousand Oaks, Ca: Sage Publications.
- Hopkins, J., Miller, J.L., Butler, K., Gibson, L., Hedrick, L., Boyle, D.A. (2018). The relation between social support, anxiety and distress symptoms and maternal fetal attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(4), 381–392.
- Ilska, M., Przybyła-Basista, H. (2014). Measurement of women's prenatal attitudes towards maternity and pregnancy and analysis of their predictors. *Health Psychology Report*, 2(3), 176–188.
- Izdebski, P., Supryniewicz, M. (2011). Rozwój pourazowy a prężność. *Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy Nauki o Edukacji*, 5, 61–69.
- Jang, S.H., Kim, I.J., Lee, S.H. (2015). Social Support and Maternal-Fetal Attachment in Unmarried Pregnant Women in Korea: Does Self-Esteem Play a Mediating Role? *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 7(6), 131–140.
- Jangjoo, S., Lotfi, R., Assareh, M., Kabir, K. (2019). Effect of counselling on maternal-foetal attachment in unwanted pregnancy: a randomised controlled trial. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1673891>.
- Janicka I. (2006). *Kohabitacja a małżeństwo w perspektywie psychologicznej*. Studium porównawcze. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Janicka, I. (2008a). Dynamika związku wzajemna zależność partnerów kohabituujących. W: M. Bogdanowicz, M. Lipowska (red.), *Rodzinne, edukacyjne i psychologiczne wyznaczniki rozwoju* (71–82). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Janicka, I. (2008b). Stosunki partnerskie w związkach niemałżeńskich. *Przegląd Psychologiczny*, 51(1), 37–53.
- Janicka, I. (2014). Partnerzy kohabitujący jako rodzice. W: I. Janicka, H. Liberska (red.), *Psychologia rodziny* (285–303). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ji, E.S., Han, H.R. (2010). The effects of Qi exercise on Maternal/Fetal interaction and maternal well-being during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 39, 310–318.
- Jośko-Ochojska, J. (2014). Wpływ dramatycznych przeżyć i lęków matki ciężarnej na losy jej dziecka. W: J. Jośko-Ochojska (red.), *Lęk – nieodłączny przyjaciel człowieka od poczęcia aż do śmierci* (11–35). Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny.
- Józefik, B., Iniewicz, G. (red.) (2008). *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Każmierczak, M., Plopa, M., Błażek, M. (2009). Rola więzi rodzinnych w rozwijaniu empatii. W: T. Rostowska (red.), *Psychologia rodziny. Małżeństwo i rodzina wobec współczesnych wyzwań* (216–235). Warszawa: Difin.
- Kemp, V.H., Page, C.K. (1987). Maternal prenatal attachment in normal and high-risk pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 16, 179–184.
- Kempiak, J. (2007). Zmiany ustrojowe w przebiegu ciąży. W: G.H. Bręborowicz (red.), *Położnictwo i ginekologia* (41–53). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kennell, J.H., Slyter, H., Klaus, M.H. (1970). The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *New England Journal of Medicine*, 283(7), 344–349.
- Kędziora, S. (1996). Stres i radzenie sobie ze stresem przez kobiety ciężarne z niepowodzeniami położniczymi. *Klinika Perinatologii i Ginekologii. Suplement*, 13, 183–187.
- Kmieć-Baran, K. (1995). Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przegląd Psychologiczny*, 38(1/2), 201–214.
- Kmita, G. (2002). Rodzice i ich przedwczesnie urodzone dziecko. W: E. Helwich (red.), *Wcześniak* (111–125). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kmita, G. (2004). Wczesna interwencja psychologiczna wobec dzieci urodzonych przedwczesnie i ich rodzin w warunkach oddziału intensywnej opieki noworodkowej i patologii noworodka. W: G. Kmita, T. Kaczmarek (red.), *Wczesna interwencja. Miejsce psychologa w piece nad małym dzieckiem i jego rodziną* (45–64). Warszawa: Wydawnictwo EMU.
- Koniak-Griffin, D. (1988). The relationship between social support, self-esteem, and maternal-fetal attachment in adolescents. *Research in Nursing and Health*, 11(4), 269–278.

- Kornas-Biela, D. (2002). *Wokół początku życia ludzkiego*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Kornas-Biela, D. (2009). Osiągnięcia psychologii prenatalnej szansą dla rodziny. W: T. Rostowska (red.), *Psychologia rodziny. Małżeństwo i rodzina wobec współczesnych wyzwań* (195–215). Warszawa: Difin.
- Korniszewski, L. (2005). *Dziecko z zespołem wad wrodzonych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Koss, J., Rudnik, A., Bidzan, M. (2014). Doświadczanie stresu a uzyskiwane wsparcie społeczne przez kobiety w ciąży wysokiego ryzyka. Doniesienie wstępne. *Family Forum*, 4, 183–202.
- Kossakowska-Petrycka, K., Walęcka-Matyja, K. (2007). Psychologiczne uwarunkowania wystąpienia depresji poporodowej u kobiet w ciąży o przebiegu prawidłowym i ciąży wysokiego ryzyka. *Ginekologia Polska*, 78, 544–548.
- Kossakowska-Petrycka, K., Walęcka-Matyja, K. (2008). Satysfakcja z małżeństwa jako determinanta dobrostanu psychicznego i fizycznego kobiety po narodzinach dziecka. W: L. Golińska, B. Dudek (red.), *Rodzina i praca z perspektywy wyzwań i zagrożeń* (263–273). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kraczkowski, J., Smoleń, A., Szymona, K., Robak, J. (2003). Osobowość kobiet z ciążą fizjologiczną i zagrożoną w koncepcji Wielkiej Piątki. *Ginekologia Polska*, 74(2), 109–138.
- Kroelinger, C.D., Oths, K.S. (2000). Partner support and pregnancy wantedness. *Birth*, 27, 112–119.
- Krzemień, G., Szmigielska, A., Budziak, M., Skrzypczak, P., Roszkowska-Blaim, M. (2009). Anomalie urologiczne u dzieci z jednostronną dysplazją wielotorbielowatą nerki. *Nefrologia i Dializoterapia Polska*, 13(4), 225–227.
- Krzyżanowska-Zbucka, J. (2008). *Problemy emocjonalne kobiet w okresie okołoporodowym*. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku.
- Książek, A., Załuska, W. (2009). Wrodzone choroby nerek. W: M. Myśliwiec (red.), *Nefrologia* (275–280). Warszawa: Medical Tribune Polska.
- Kubiacyk-Paluch, B. (2007). Niepowściągliwe wymioty ciężarnych. W: G.H. Bręborowicz (red.), *Położnictwo i ginekologia* (99–102). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kucharska M., Kossakowska K., Janicka K. (2013). Czy jest nadzieja na seks przy nadziei? Seksualność a ciąża w opinii kobiet. *Seksuologia Polska*, 11(2), 17–23.
- Kuo, P.C., Bowers, B., Chen, Y.C., Chen, C.H., Tzeng, Y.L., Lee, M.S. (2013). Maternal-foetal attachment during early pregnancy in Taiwanese women pregnant by in vitro fertilization. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2502–2513.
- Kwiatek, M., Gęca, T., Biegaj-Fic, J., Kwaśniewska, A. (2011). Szkoła rodzenia – profil pacjentek oraz wpływ zajęć na przebieg porodu i stan noworodka. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 17(3), 111–115.
- Kwaśniewska, A., Kraczkowski, J., Wartacz, E., Robak, J., Semczuk, M. (1996). Ocena lęku oraz analiza struktury osobowości kobiet zagrożonych porodem przedwczesnym i porodem po terminie. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 5, 185–193.
- Lacroix, R., Eason, F., Melzack, R. (2000). Nausea and vomiting during pregnancy: A prospective study of its frequency, intensity, and patterns of change. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 182, 931–937.
- Lai, B.P., Tang, C.S., Tse, W.K. (2006). A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among Chinese women in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 303–311.
- Latos-Bieleńska, A. (red.) (1998). *Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych*. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych.
- Latos-Bieleńska, A., Materna-Kiryluk, A. (red.) (2010). *Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2005–2006. Dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych*. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych.
- Lawson, K.L., Turrieff-Jonasson, S.I. (2006). Maternal serum screening and psychosocial attachment to pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 371–378.

- Laxton-Kane, M., Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20(4), 253–266.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Ledwoń, M. (2004). Psychologiczne aspekty diagnostyki prenatalnej wad wrodzonych. *Folia Psychologica*, 8, 113–122.
- Lee, A.M., Lam, S.K., Sze Mun Lau, S.M., Chong, C.S., Chui, H.W., Fong, D.Y. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics and Gynecology*, 110(5), 1102–1112.
- Levy-Shiff, R., Lerman, M., Har-Even, D., Hod, M. (2002). Maternal Adjustment and Infant Outcome in Medically Defined High-Risk Pregnancy. *Developmental Psychology*, 38, 93–103.
- Lewis, M.W. (2008). The Interactional Model of Maternal-Fetal Attachment: An Empirical Analysis. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 23(1), 49–65.
- Libera, A. (2008). Psychologiczne aspekty ciąży. W: M. Makarska-Studzińska, G. Iwanowicz-Palus (red.), *Psychologia w położnictwie i ginekologii* (154–157). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Liberska, H., Suwalska, D. (2011). Styl przywiązania a relacje partnerskie we wczesnej dorosłości. *Psychologia Rozwojowa*, 16(1), 25–39.
- Liberska, H., Suwalska-Barancewicz, D. (2012). The significance of dependency for the functioning of a human in close interpersonal relations. W: H. Liberska, (red.), *Current psychosocial problems in traditional and novel approaches. Volume 2: Effectiveness of functioning and life satisfaction: resources and limitations* (187–202). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Lichtenberg-Kokoszka, E., Dzierżanowski, J., Janiuk, E. (2011). *Ciąża czy stan błogosławiony? Zagadnienie interdyscyplinarne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health*, 24, 203–217.
- Lissauer, D., Morris, R.K., Kilby, M.D. (2007). Fetal lower urinary tract obstruction. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 12(6), 464–470.
- Lobel, M., Dunkel-Schetter, C. (1990). Conceptualizing stress to study effects on health: Environmental, perceptual, an emotional component. *Anxiety Research*, 3, 213–230.
- Lorensen, M., Wilson, M.E., White, M.A. (2004). Norwegian families: Transition to parenthood. *Health Care for Women International*, 25, 334–348.
- Lowyck, B., Luyten, P., Demyttenaere, K., Corveleyn, J. (2008). The role of romantic attachment and self-criticism and dependency for the relationship satisfaction of community adults. *Journal of Family Therapy*, 30(1), 78–95.
- Lubin, B., Gardener, S.H., Roth, A. (1975). Mood and somatic symptoms during pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 37(2), 136–146.
- Lumley, J.M. (1982). Attitudes to the fetus among primigravidae. *Australian Pediatric Journal*, 18, 106–109.
- Łuczak-Wawrzyniak, J., Pisarski, T. (1998). Problemy psychologiczne. W: T. Pisarski (red.), *Położnictwo i ginekologia. Podręcznik dla studentów* (61–68). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Maas, A.J.B.M., Vreeswijk, C.M.J.M., Braeken, J., Vingerhoets, A.J.J.M., Bake, H.J.A. (2014). Determinants of maternal fetal attachment in women from a community-based sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(1), 5–24.
- Maddahi, M.S., Dolatian, M., Khoramabadi, M., Talebi, A. (2016). Correlation of maternal-fetal attachment and health practices during pregnancy with neonatal outcomes. *Electronic Physician*, 8(7), 2639–2644.
- Madhavanprabhakaran, G.K., D'Souza, M.S., Nairy, K.S. (2015). Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 3, 1–7.

- Madhavanprabhakaran, G.K., Kumar, K.A., Ramasubramaniam, S., Akintola, A.A. (2013). Effects of pregnancy related anxiety on labour outcomes: A prospective cohort study. *Journal of Research in Nursing and Midwifery*, 2(7), 96–103.
- Main, M., Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6. *Developmental Psychology*, 24, 415–426.
- Malec, E., Januszewska, K., Kołcz, J., Mroczek, T., Procelewska, M., Książyk, J. (2007). Wady serca. W: E. Malec, K. Januszewska, D. Radziwiłłowa, M. Pawłowska (red.), *Dziecko z wadą serca – poradnik dla rodziców* (79–180). Warszawa: Fundacja Serce Dziecka.
- Malekpour, M. (2007). Effects of attachment on early and later development. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 53(2), 105, 81–95.
- Maloni, J.A., Kane, J., Suen, L.J., Wang, K.K. (2002). Dysphoria among high-risk pregnant hospitalized women on bed rest. A longitudinal study. *Nursing Research*, 51(2), 92–99.
- Maloni, J.A., Kutil, R. (2000). Antepartum support group for women hospitalized on bed rest. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 25(4), 204–210.
- Mandal, E., Zalewska, K. (2012). Style przywiązania, traumatyczne doświadczenia z okresu dzieciństwa i dorosłości, stany psychiczne oraz metody podejmowania prób samobójczych przez kobiety leczone psychiatrycznie. *Psychiatria Polska*, 1, 75–84.
- Martinius, J. (1986). Psychological and ethical problems arising for physicians and parents from the prenatal diagnosis of malformations. *Progress in Pediatric Surgery*, 19, 197–202.
- Massey, S.H., Bublitz, M.H., Magee, S.R., Salisbury, A., Niaura, R.S., Wakschlag, L.S., Stroud, L.R. (2015). Maternal-fetal attachment differentiates patterns of prenatal smoking and exposure. *Addictive Behaviors*, 45, 51–56.
- Matlin, M. (1987). *The psychology of women*. New York: Holt.
- McMahon, C., Ungerer, J., Tennant, C., Saunders, D. (1999). Don't count your chickens: a comparative study of the experience of pregnancy after IVF conception. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17, 345–356.
- McNamara, J., Townsend, M.L., Herbert, J.S. (2019). A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *PLoS ONE* 14(7).
- Mebert, C.J. (1991). Dimensions of subjectivity in parents' ratings of infant temperament. *Child Development*, 62(2), 352–361.
- Mehran, P., Simbar, M., Shams, J., Ramezani-Tehrani, F., Nasiri, N. (2013). History of perinatal loss and maternal-fetal attachment behaviors. *Women Birth*, 26(3), 185–189.
- Mercer, R.T., Ferketich S.L., (1990). Predictors of parental attachment during early parenthood. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 268–280.
- Mercer, R.T., Ferketich, S., May, K., DeJoseph, J., Sollid, D. (1988). Further exploration of maternal and paternal attachment. *Research in Nursing and Health*, 11, 83–95.
- Mikulincer, M., Florian, V. (1999). Maternal-fetal bonding, coping strategies, and mental health during pregnancy – The contribution of attachment style. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 255–276.
- Miller, A.W.F., Hanretty, K.P. (2000). *Położnictwo Ilustrowane*. Warszawa: Libramed.
- Motyka, M. (1982) Psychologiczne uwarunkowania powikłań położniczych. *Ginekologia Polska*, 53, 431–435.
- Muller, M.E. (1992). A critical review of prenatal attachment research. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 6(1), 5–22.
- Muller, M.E. (1993). Development of the Prenatal Attachment Inventory. *West Journal of Nursing Research*, 15(2), 199–215.
- Muller, M.E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 25, 161–166.
- Munch, S. (2002). Women's experiences with a pregnancy complication: Causal explanations of hyperemesis gravidarum. *Social Work and Health Care*, 36, 59–76.
- Mytkowski, D., Komosa, M., Niedzielska, E. (2011). *Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyce w ramach systemu opieki*

- zdrowotnej w Polsce. Badanie ewaluacyjne zrealizowane na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. IBC Group Central Europe Holding S.A.
- Narita, S., Maehara, S. (1993). The development of maternal-fetal attachment during pregnancy. *Nihon Kango Kagakkaishi*, 131, 1–9.
- Ney, P.G., Fung, T., Wickett, A.R., BEaman-Dodd, C. (1994). The effects of pregnancy loss on women's health. *Social Science & Medicine*, 38, 1193–1200.
- Norton, E.M. (2010). Genetyka i diagnostyka prenatalna. W: P.W. Callen (red.), *Ultrasonografia w położnictwie i ginekologii. Tom 1* (27–37). Warszawa: Elsevier Urban & Partner.
- O'Leary, J. (2004). Grief and its impact on prenatal attachment in subsequent pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 7–18.
- Ogińska-Bulik, N. (2011). Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia*, 1, 1–10.
- Ohara, M., Okada, T., Kubota, C., Nakamura, Y., Shiino, T., Aleksic, B., Mako, M., Aya, Y., Yota, U., Satomi, M., Setsuko, G., Atsuko, K., Tomoko, M., Masahiko, A., Norio, O. (2017). Relationship between maternal depression and bonding failure: A prospective cohort study of pregnant women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71(10), 733–741.
- Öhman, S.G. (2011). Prenatal Examinations for Down Syndrome and Possible Effects on Maternal-Fetal Attachment. W: S. Dey (red.), *Prenatal Diagnosis and Screening for Down Syndrome* (191–202). Rijeka: InTech.
- Orlikowska, M., Bołtuć, I. (2018). Rodzicielstwo w rodzinie z dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. Sectio A, Nauki Humanistyczne, Społeczne i Techniczne*, 12(2), 327–340.
- Ossa, X., Bustos, L., Fernandez, L. (2012). Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. *Midwifery*, 28(5), 689–696.
- Palma, E., Armijo, I., Cifuentes, J., Ambiado, S., Rochet, P., Díaz, B., Gutierrez, J., Mena, C. (2020). Hospitalisation in high-risk pregnancy patients: Is prenatal attachment affected? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1740661>
- Pascoe, J.M., Kokotailo, P.K., Broekhuizen, F.F. (1995). Correlates of multigravida women's binge drinking during pregnancy. A longitudinal study. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 149, 1325–1329.
- Pawelczyk, A., Cypriak, K., Bielawska-Batorowicz, E. (1999). Poziom lęku i więź emocjonalna z dzieckiem w okresie ciąży u kobiet z GDM i zdrowych ciężarnych. *Diabetologia Polska*, 6, 189–192.
- Pawlicka, P., Chrzan-Dętkoś, M., Lutkiewicz, K. (2013). Prężność psychiczna przyszłych matek oraz kolejność ciąży jako moderatory budowania więzi z nienarodzonym jeszcze dzieckiem. *Family Forum*, 3, 139–152.
- Perenc, M. (2002). Diagnostyka prenatalna wad rozwojowych i genetycznych – metody inwazyjne i nieinwazyjne. *Przewodnik Lekarza*, 5, 94–99.
- Perwitasari, P., Hakimi, M., Anjarwati, A. (2019). The effect of maternal-fetal attachment education on pregnant women's mental health. *Journal of Health Technology Assessment in Midwifery*, 2, 50–58. <https://doi.org/10.31101/jhtam.1043>
- Pisarski, T. (red.) (1998), *Położnictwo i ginekologia. Podręcznik dla studentów*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Pisarski, T., Skrzypczak, J. (1998a). Opieka nad kobietą ciężarną. W: T. Pisarski (red.), *Położnictwo i ginekologia. Podręcznik dla studentów* (285–301). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Pisarski, T., Skrzypczak, J. (1998b). Zmiany ciążowe w organizmie kobiety. W: T. Pisarski (red.), *Położnictwo i ginekologia. Podręcznik dla studentów* (280–284). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Pisoni, C., Garofoli, F., Tzialla, C., Orcesi, S., Spinillo, A., Politi, P., Balottin, U., Monzoni, P., Stronati, M. (2014). Risk and protective factors in maternal-fetal attachment development. *Early Human Development*, 90(2), 45–46.

- Pisoni, C., Garofoli, F., Tzialla, C., Orcesi, S., Spinillo, A., Politi, P., Balottin, U., Tinelli, C., Stronati, M. (2015). Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 29(5), 771–776.
- Płopa, M. (2003). Rozwój i znaczenie bliskich więzi w życiu człowieka. W: B. Wojciszke, M. Płopa (red.), *Osobowość a procesy psychiczne i zachowanie* (49–79). Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Płopa, M. (2008a). *Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych*. Warszawa: Vizja Press&IT.
- Płopa, M. (2008b). *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Płopa, M. (2011). *Psychologia rodziny. Teoria i badania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Podolska, M., Majewska, A. (2007). Lęk jako stan i jako cecha w grupie kobiet, u których zakończono ciążę za pomocą cięcia cesarskiego. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, 43(4), 60–63.
- Polis, L. (2009). Wodogłowie u płodu i noworodka. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 2(3), 218–222.
- Pond, E.F., Kemp, V.H. (1992). A comparison between adolescent and adult women on prenatal anxiety and self-confidence. *Maternal Child Nursing Journal*, 20, 11–20.
- Preis, J., Bieleninik, Ł., Bidzan, M. (2010). Jakość związku małżeńskiego matek z ciążą wielopłodową i jedнопłodową. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 3(2), 140–144.
- Presbitero, P., Somerville, J., Stone, S., Aruta, E., Spiegelhalter, D., Rabajoli, F. (1994). Pregnancy in cyanotic congenital heart disease: outcome of mother and fetus. *Circulation*, 84, 2673–2676.
- Pretorius, D.H., Gattau, S., Ji, E., Hollenbach, K., Newton, R., Hull A., Carmona, S., D'Agostini, D., Nelson, T.R. (2006). Preexamination and postexamination assessment of parental-fetal bonding in patients undergoing 3-/4-dimensional obstetric ultrasonography. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 5, 411–421.
- Profet, M. (1992). Pregnancy sickness as adaptation: A deterrent to maternal ingestion of teratogens. W: J. Barkow, L. Cosmides, J. Tooby (red.), *The adapted mind* (327–365). New York: Oxford University Press.
- Radovanović, M., Mihić, I. (2018). Razvoj Prenatalne Vezanosti U Kontekstu Iskustva Iz Porodice Porekla. *Primenjena Psihologija*, 11(1), 53–67.
- Ranjbar, F., Warmelink, J.C., Gharacheh, M. (2019). Prenatal attachment in pregnancy following assisted reproductive technology: a literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1–23.
- Rapacz, A., Filipek, B. (2009). Nadciśnienie tętnicze w ciąży. *Terapia i leki*, 65(8), 581–585.
- Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological processes of childbearing*. London: Chapman & Hall.
- Raphael-Leff, J. (2000). Healthy Maternal Ambivalence. *Studies In the Maternal*, 2(1), 1–15.
- Rathaus, J.H., O'Leary, K.D. (1997). Spouse-Specific Dependency Scale: Scale Development. *Journal of Family Violence*, 12(2), 159–168.
- Reading A.E., Cox, D.N., Sledmere, C.M., Campbell, S. (1984). Psychological changes over the course of pregnancy: A study toward the fetus/neonate. *Health Psychology*, 3, 211–221.
- Rekomendacje do standardów organizacyjnych opieki okołoporodowej* Polskiego Towarzystwa Położnych z 2019 r. <http://www.ptpol.pl/>
- Reiser-Danner, J. (1996). Attachment and Bonding In Infancy and Childhood. W: F. Mogill (red.), *International Encyclopedia of Psychology* (208–211). London: Fritzy Dearnborn Publisher.
- Righetti, P., Dell'Avanzo, M., Grigio, M., Nicolini, U. (2005). Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: a preliminary report. *British Journal of Psychology*, 96(1), 129–137.
- Robertson, P.A., Kavanaugh, K. (1998). Supporting parents during and after a pregnancy subsequent to a perinatal loss. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 12(2), 83–84.
- Robinson, M., Baker, L., Nackerud, L. (1999). The relationship of attachment theory and perinatal loss. *Death Studies*, 23(3), 257–270.

- Rollè, L., Giordano, M., Santoniccolo, F., Trombetta, T. (2020). Prenatal attachment and perinatal depression: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 2644. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082644>
- Ropacka-Lesiak, M., Szaflik, K., Bręborowicz, G.H. (2015). Schemat diagnostyczny w ciąży bliźniaczej. *Ginekologia Polska*, 86, 210–218.
- Rostowska, T. (2006). Rozwojowe aspekty jakości życia rodzinnego. W: T. Rostowska (red.), *Jakość życia rodzinnego. Wybrane zagadnienia* (11–27). Łódź: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Informatyki.
- Rostowski, J. (2003). Style przywiązania a kształtowanie się związków interpersonalnych w rodzinie. W: I. Janicka, T. Rostowska (red.), *Psychologia w służbie rodziny* (19–31). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Rowe, H.J., Wynter, K.H., Steele, A., Fisher, J.R. W., Quinlivan, J.A. (2013). The Growth of Maternal-Fetal Emotional Attachment in Pregnant Adolescents: A Prospective Cohort Study *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 26(6), 327–333.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2018 r., poz. 1756). Data wejścia w życie: 01.01.2019 r.
- Rutkowska, A., Kowalska, A., Makara-Studzińska, M., Kwaśniewska, A. (2011). Analiza struktury osobowości u kobiet w pierwszej ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka. *Current Problems of Psychiatri*, 12(4), 420–427.
- Rutkowska, A., Rolińska, A., Kwaśniewski, W., Makara-Studzińska, M., Kwaśniewska, A. (2011). Lęk – jako stan i jako cecha u kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka. *Current Problems of Psychiatri*, 12(1), 56–59.
- Salisbury, A., Law, K., Ladasse, L., Lester, B. (2003). Maternal-fetal attachment. *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 289(13), 1707.
- Sanderson, C.A. (2012). *Health Psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- Schaffer, R. (1994). Wczesny rozwój społeczny. W: A. Brzezińska, G. Lutomski (red.), *Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów* (96–124). Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Schmidt, D., Seehagen, S., Vocks, S., Schneider, S., Teismann, T. (2016). Predictive importance of antenatal depressive rumination and worrying for maternal-foetal attachment and maternal well-being. *Cognitive Therapy and Research*, 40(4), 565–576. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9759-z>
- Schneider, H. (2004). Zmiany zachodzące w organizmie kobiety pod wpływem ciąży. W: G. Martius, M. Breckwoldt, A. Pfeleiderer (red.), *Ginekologia i położnictwo* (71–73). Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner.
- Sedgmen, B., McMahon, C., Cairns, D., Benzie, R.J., Woodfield, R.L. (2006). The impact of two-dimensional versus three-dimensional ultrasound exposure on maternal-fetal attachment and maternal health behavior in pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 27, 245–251.
- Semczuk, M., Steuden, S., Szymona, K. (2004). Ocena nasilenia i struktury stresu u rodziców w przypadkach ciąży wysokiego ryzyka. *Ginekologia Polska*, 75(6), 417–424.
- Senator, D. (2012). Główne tezy teorii przywiązania. W: B. Tryjarska (red.), *Bliskość w rodzinie* (17–39). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sęk, H. (2001). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Shin, H., Park, Y.J., Kim, M.J. (2006). Predictors of maternal sensitivity during the early postpartum period. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 425–434.
- Siddiqui, A., Eisemann, M., Hägglöf, B. (1999). An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant women. *Journal Reproductive and Infant Psychology*, 17(4), 369–380.
- Siddiqui, A., Hägglöf, B., Eisemann, M. (2000). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal Reproductive and Infant Psychology*, 18(1), 67–74.
- Sjögren, B., Edman, G., Widsröm, A.M., Mathiessen, A.S., Uvnäs-Moberg, K. (2004). Maternal foetal attachment and personality during first pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22, 57–69.

- Skrzypczak, J. (2006). Poronienie. W: G.H. Bręborowicz (red.), *Ciąża wysokiego ryzyka* (81–105). Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych.
- Skrzypczak, J., Kornacki, J. (2020). Ciąża o przebiegu niepowikłanym. W: G.H. Bręborowicz (red.), *Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek* (60–103). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Skrzypczak, J., Pawełczyk, L., Pisarski, T. (1998). Zaburzenie czynności rozrodczych. W: T. Pisarski (red.), *Położnictwo i ginekologia. Podręcznik dla studentów* (301–333). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Skrzypczak, J., Pisarski, T., Pawełczyk, L. (1998). Trudności w urodzeniu zdrowego dziecka. W: T. Pisarski (red.), *Położnictwo i ginekologia. Podręcznik dla studentów* (333–334). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stańczak, J., Stelmach, K., Urbanowicz, M. (2015). *Małżeństwa i urodzenia w Polsce*. <https://ec.europa.eu/>
- Stark, M.A. (2006). Directed attention in normal and high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(2), 241–249.
- Stormer, N. (2003). Seeing the fetus: The role of technology and image in the maternal-fetal relationship. *Journal of the American Medical Association*, 289, 1700.
- Stembalska, A., Nomejko, A., Pesz, K. (2012). Poradnictwo prenatalne – diagnostyka prenatalna inwazyjna. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 5(2), 100–104.
- Sulima, M., Makarska-Studzińska, M., Lewicka, M., Wiktor, K., Kandys, K., Wiktor, H. (2014). Analiza uczuć kobiet z ciążą zagrożoną porodem przedwczesnym. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 90(1), 65–74.
- Suwalska-Barancewicz, D. (2015). Znaczenie zależności interpersonalnej dla jakości bliskich relacji w dorosłości. *Polskie Forum Psychologiczne*, 20(3), 324–341.
- Swallow, B.L., Lindow, S.W., Masson, E.A., Hay, D.M. (2004). Psychological health in early pregnancy: Relationship with nausea and vomiting. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 24, 28–32.
- Swanson, K.M. (2000). Predicting depressive symptoms after miscarriage: A path analysis based on the Lazarus paradigm. *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*, 9, 191–206.
- Sweeney, J., Bradbard, M.R. (1988). Mother's and father's changing perceptions of their male and female infants over the course of pregnancy. *Journal of Genetic Psychology*, 149, 393–404.
- Szaflik, K., Borowski, D. (2006). Intensywna terapia płodu. W: G.H. Bręborowicz (red.), *Ciąża wysokiego ryzyka* (547–583). Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych.
- Szaflik, K., Czaj, M., Polis, L., Wojtera, J., Szmański, W., Krzeszowski, W., Polis, B., Litwińska, M., Mikołajczyk, W., Janiak, K., Maroszyńska, I., Gulczyńska, E. (2014). Terapia płodu – ocena zastosowania shuntu komorowo-owodniowego w leczeniu wodogłowia. *Ginekologia Polska*, 12, 916–922.
- Szczaluba, K., Obersztyn, E., Mazurczak, T. (2010). Zastosowanie nowoczesnych technik cytogenetyki molekularnej w diagnostyce wrodzonych wad rozwojowych. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 3, 108–116.
- Szczepaniak-Chichel, L., Tykarski, A. (2012). Leczenie nadciśnienia tętniczego w ciąży w świetle aktualnych wytycznych Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego z 2011 roku. *Ginekologia Polska*, 83, 778–783.
- Szukalski, P. (2017). Podwyższanie się wieku matek w Polsce – ujęcie przestrzenne. *Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny*, 3, 1–5.
- Szymczak, B., Gotlib, J. (2017). Ocena możliwości doskonalenia zawodowego wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województwa mazowieckiego, podlaskiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, 6(3), 91–97.
- Szymona-Palkowska, K. (2005). *Psychologiczna analiza doświadczeń rodziców w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

- Ściepuro, A., Wilkowska, A., Landowski, J. (2005). Zaburzenie stresowe pourazowe jako następstwo szczególnej traumy podczas porodu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14(1/20), 4–7.
- Światowa Organizacja Zdrowia (2012). *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Tom I*. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowotnych.
- Taffazoli, M., Montakhab Asadi, M., Aminyazdi, S.A., Shakeri, M.T. (2015). The Relationship between Maternal-Fetal Attachment and Mother-Infant Attachment Behaviors in Primiparous Women Referring to Mashhad Health Care Centers. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3(2), 318–327.
- Tani, F., Castagna, V., Ponti, L. (2018). Women who had positive relationships with their own mothers reported good attachments to their first child before and after birth. *Acta Paediatrica*, 107(4), 633–637.
- Tardy, C.H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13(2), 187–202.
- Tobias, E.S., Connor, M., Ferguson-Smith, M. (2013). *Genetyka medyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Tsartsara, E., Johnson, M.P. (2006). The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 27, 173–182.
- Tsujiro, J., Oyama Higa, M. (2004). Factors Related to Maternal Violence: Longitudinal Research from Prenatal to Age Four. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 18(3), 241–253.
- Urban, J. (2007). Nieprawidłowy czas trwania ciąży. W: G.H. Bręborowicz (red.), *Położnictwo i ginekologia* (77–88). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Ustunsoz, A., Guvenç, G., Akyuz, A., Oflaz, F. (2010). Comparison of maternal- and paternal-fetal attachment in Turkish couples. *Midwifery*, 26, 1–9.
- Verberg, M.F., Gillott, D.J., Al-Fardan, N., Grudzinskas, J.G. (2005). Hyperemesis gravidarum, a literature review. *Human Reproduction Update*, 11, 5527–5539.
- Walsh, J. (2010). Definitions matter: If maternal-fetal relationships are not attachment, what are they? *Archives of Womens Mental Health*, 13, 449–451.
- Walsh, J., Hepper, E.G., Bagge, S.R., Wade, F., Jomeen, J. (2013). Maternal-fetal relationships and psychological health: Emerging research directions. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(5), 490–499.
- Walsh, J., Hepper, E.G., Marshall, B.J. (2014). Investigating attachment, caregiving, and mental health: a model of maternal-fetal relationships. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 383–391.
- Wasilewska, A. (2011). Diagnostyka i postępowanie w wadach wrodzonych układu moczowego u dzieci. <http://www.umb.edu.pl/>
- Wilczyński, J., Cypryk, K. (2006). Cukrzyca. W: G.H. Bręborowicz (red.), *Ciąża wysokiego ryzyka* (933–967). Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych.
- Wilczyński, J., Szaflik, K., Respondek-Liberska, M., Stetkiewicz, T., Borkowski, D., Nowakowska, D. (2006). Wady rozwojowe płodu. Postępowanie kliniczne. W: G.H. Bręborowicz (red.), *Ciąża wysokiego ryzyka* (583–609). Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych.
- White, O., McCorry, N.K., Scott-Heyes, G., Dempster, M. (2008). Maternal appraisals of risk, coping and prenatal attachment among women hospitalised with pregnancy complications. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (2), 74–85.
- Włodarczyk, E. (2012). O „rodzeniu się” macierzyństwa. W: J. Deręgowska, M. Majorczyk (red.), *Konteksty współczesnego macierzyństwa. Perspektywa młodych naukowców* (101–127). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa.
- Wojaczek, M. (2012). Kształtowanie się zmian i percepcja poczętego dziecka w poszczególnych etapach ciąży. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2(1), 73–77.
- Wojciszke, B. (2005). *Psychologia miłości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Wojtera, J., Sobczuk, K., Draga, E., Piaseczna-Piotrowska, A., Jaskólska, E., Szaflik, K. (2014). Analiza porównawcza wyników terapii wewnątrzmacicznej obustronnej i jednostronnej uropatii zaporowej. *Ginekologia Polska*, 85, 185–191.
- Wrześniewski, K., Sosnowski, T., Jaworowska, A., Fecenec, D. (2011). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI*. Warszawa. Pracownia Testów Psychologicznych.
- Wu, J.H.L., Eichman, M.A. (1988). Fetal sex identification and prenatal bonding. *Psychological Reports*, 63, 199–202.
- Yercheski, A., Mahon, N.E., Yercheski, T.J., Hank, M.M., Cannella, B.L. (2008). A metaanalytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 708–715.
- Zaki, N., Ruiz-Ruano García, A.M., López Puga, J. (2020). Attachment style and prenatal expectations from a Bayesian perspective. *Psicothema*, 32(1), 138–144.
- Zdolska-Wawrzekiewicz, A., Bidzan, M., Chrzan-Dętkoś, M., Pizuńska, D. (2019). The Dynamics of Becoming a Mother during Pregnancy and After Childbirth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 57.
- Zdolska-Wawrzekiewicz, A., Chrzan-Dętkoś, M., Bidzan, M. (2017). Maternal attachment style during pregnancy and becoming a mother in Poland. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(1), 4–14.
- Zdziennicki, A. (1994). Lęk jako czynnik zagrożenia w perinatologii. *Wiadomości Lekarskie*. 47(17–18), 698–699.
- Zeanah, C.H., Zeanah, P.D., Stewart, L.K. (1990). Parents' constructions of their infants' personalities before and after birth: A descriptive study. *Child Psychiatry and Human Development*, 20, 191–206.
- Zimmerman, A., Doan, H.M. (2003). Prenatal attachment and other feelings and thoughts during pregnancy in three groups of pregnant women. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 18(2), 131–148.

Maternal-fetal attachment in high-risk pregnancy

Summary

The purpose of this study was to compare the Maternal-Fetal Attachment in healthy pregnancies and pregnancies with congenital disorders and other complications. In addition, identify predictors of MFA in physiological and high-risk pregnancies.

The study group included women in pregnancies with congenital disorder (n = 65) or with other pregnancy complications (n = 65). A third group included women in healthy pregnancies (n = 65). Data were collected by: Maternal-Fetal Attachment Scale, Questionnaire of Attachment Styles, Rosenberg Self-Esteem Scale, State-Trait Anxiety Inventory, Social Support Scale, standardized interview, Dependency on Intimate Partner Scale, Pregnancy Experiences Scale.

No significant differences in MFA were found between the groups. No predictors of MFA were observed for the women with a pregnancy with congenital disorder. In the group of pregnancies with other complications, the only predictor of attachment intensity was pregnancy experience: a more negative attitude toward pregnancy was associated with lower MFA. In physiological pregnancies, MFA was found to be determined by pregnancy experience, gestational age, maternal age and dependency on one's intimate partner. MFA increased as pregnancy progressed. Younger mothers in physiological pregnancies, who have more positive pregnancy experiences and are less dependent on partner, achieve higher levels of MFA.

The presence of high-risk pregnancy, or its absence, does not differentiate the intensity of the emotional bond between mother and fetus. However, women with healthy pregnancies demonstrate different predictors of MFA than those with high-risk pregnancies.

Keywords: high-risk pregnancy, maternal-fetal attachment, prenatal attachment, pregnancy with congenital malformations, pregnancy experience.

Spis tabel

Tabela 1. Rozkład zagrożeń w grupach kobiet w ciążach wysokiego ryzyka	72
Tabela 2. Średnie wartości wieku płodowego dziecka w ciążach z wadami wrodzonymi, z innymi zagrożeniami i zdrowych	72
Tabela 3. Średnie wartości wieku badanych kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi, z innymi zagrożeniami i zdrowych	73
Tabela 4. Charakterystyka badanych – zmienne demograficzne	74
Tabela 5. Charakterystyka badanych – doświadczenia prokreacyjne	74
Tabela 6. Więź z dzieckiem matek w ciążach z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych	82
Tabela 7. Więź matki z dzieckiem w czasie ciąży planowanej i nieplanowanej	83
Tabela 8. Więź matki z dzieckiem w czasie pierwszej i kolejnych ciąż	85
Tabela 9. Więź matki z dzieckiem a przewidywana płeć dziecka	86
Tabela 10. Więź z dzieckiem a doświadczenia prokreacyjne matek	88
Tabela 11. Tydzień ciąży a więź emocjonalna i jej komponenty – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona	89
Tabela 12. Współczynnik regresji liniowej dla więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu doświadczeń prokreacyjnych i cech ciąży w grupie kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami	91
Tabela 13. Współczynnik regresji liniowej dla więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu doświadczeń prokreacyjnych i cech ciąży w grupie kobiet w ciążach zdrowych	91
Tabela 14. Doświadczanie ciąż z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych	94
Tabela 15. Doświadczanie ciąży z wadami wrodzonymi a więź emocjonalna i jej komponenty – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona	96
Tabela 16. Doświadczanie ciąży z innymi zagrożeniami a więź emocjonalna i jej komponenty – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona	97
Tabela 17. Doświadczanie ciąży fizjologicznej a więź emocjonalna i jej komponenty – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona	98
Tabela 18. Analiza regresji liniowej dla więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu doświadczenia ciąży z wadami wrodzonymi	99
Tabela 19. Analiza regresji liniowej dla więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu doświadczenia ciąży z innymi zagrożeniami	100
Tabela 20. Analiza regresji liniowej dla więzi emocjonalnej oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu doświadczenia ciąży zdrowej	101
Tabela 21. Wiek matki a więź emocjonalna i jej komponenty – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona	103
Tabela 22. Style przywiązania kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych	105

Tabela 23. Style przywiązania matki a więź emocjonalna i jej komponenty w ciążach z wadami wrodzonymi – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona	106
Tabela 24. Styl przywiązania matki a więź emocjonalna i jej komponenty w ciążach z innymi zagrożeniami – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona	106
Tabela 25. Styl przywiązania a więź emocjonalna i jej komponenty w zdrowych ciążach – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona	107
Tabela 26. Samoocena kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych	108
Tabela 27. Samoocena matki a więź emocjonalna i jej komponenty – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona	109
Tabela 28. Lęk u kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych ...	110
Tabela 29. Lęk matki a więź emocjonalna i jej komponenty – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona	111
Tabela 30. Analiza regresji liniowej dla więzi emocjonalnej oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu indywidualnych właściwości kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi	112
Tabela 31. Analiza regresji liniowej dla więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu indywidualnych właściwości kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami	112
Tabela 32. Analiza regresji liniowej dla więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu indywidualnych właściwości kobiet w ciążach zdrowych	113
Tabela 33. Stan cywilny matki a więź emocjonalna z dzieckiem i jej komponenty	116
Tabela 34. Wsparcie od partnera u kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych	117
Tabela 35. Wsparcie od partnera a więź emocjonalna i jej komponenty w ciążach z wadami wrodzonymi – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona	118
Tabela 36. Wsparcie od partnera a więź emocjonalna i jej komponenty w ciążach z innymi zagrożeniami – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona	119
Tabela 37. Wsparcie od partnera a więź emocjonalna i jej komponenty w zdrowych ciążach – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona	119
Tabela 38. Zależność od partnera kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych	121
Tabela 39. Zależność od partnera a więź emocjonalna i jej komponenty – zależność mierzona współczynnikiem r-Pearsona	122
Tabela 40. Analiza regresji liniowej dla więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu relacji z partnerem w grupie kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami	123
Tabela 41. Analiza regresji liniowej dla więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu relacji z partnerem w grupie kobiet w ciążach zdrowych	123
Tabela 42. Doświadczenie ciąży planowanej i nieplanowanej	126
Tabela 43. Doświadczenie pierwszej i kolejnych ciąż	127
Tabela 44. Przewidywana płeć dziecka a doświadczenie ciąży	128
Tabela 45. Doświadczenia prokreacyjne matek a doświadczenie obecnej ciąży	129
Tabela 46. Analiza regresji liniowej doświadczenia ciąży i predyktorów z historii położniczej kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami	130
Tabela 47. Analiza regresji liniowej doświadczenia ciąży i predyktorów z zakresu historii położniczej kobiet w zdrowych ciążach	130
Tabela 48. Analiza regresji liniowej doświadczenia ciąży i predyktorów z zakresu indywidualnych właściwości kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi	131
Tabela 49. Analiza regresji liniowej doświadczenia ciąży i predyktorów z zakresu indywidualnych właściwości kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami	132

Tabela 50. Analiza regresji liniowej doświadczania ciąży i predyktorów z zakresu indywidualnych właściwości kobiet w ciążach zdrowych	132
Tabela 51. Stan cywilny matki a doświadczanie ciąży	133
Tabela 52. Analiza regresji liniowej doświadczania ciąży i predyktorów z zakresu relacji z partnerem kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi	134
Tabela 53. Analiza regresji liniowej doświadczania ciąży i predyktorów z zakresu relacji z partnerem kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami	135
Tabela 54. Analiza regresji liniowej doświadczania ciąży i predyktorów z zakresu relacji z partnerem kobiet w ciążach zdrowych	135

Spis rysunków

Rysunek 1. Diagram zależności testowanych w badaniu	70
Rysunek 2. Średnie wartości doświadczania ciąży	94
Rysunek 3. Średnie wartości lęku rozumianego jako stan i jako cecha	111
Rysunek 4. Średnie wartości zależności od partnera	122
Rysunek 5. Wyjściowy model zależności pomiędzy wybranymi aspektami funkcjonowania kobiet ciężarnych a więzią emocjonalną z dzieckiem	140
Rysunek 6. Uproszczony model zależności między wybranymi aspektami funkcjonowania kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi a więzią emocjonalną z dzieckiem (współczynniki standaryzowane)	141
Rysunek 7. Uproszczony model zależności między wybranymi aspektami funkcjonowania kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami a więzią emocjonalną z dzieckiem (współczynniki standaryzowane)	142
Rysunek 8. Uproszczony model zależności między wybranymi aspektami funkcjonowania kobiet w zdrowych ciążach a więzią emocjonalną z dzieckiem (współczynniki standaryzowane)	143

W monografii z zakresu psychologii rodziny autorka ustala, czy istnieją różnice w nasileniu więzi matki z dzieckiem w okresie prenatalnym w ciążach fizjologicznych i ciążach wysokiego ryzyka. W drugiej grupie uwzględnia dwa typy: ze zdiagnozowanymi wrodzonymi wadami rozwojowymi płodu oraz z innymi zagrożeniami wynikającymi z nietypowego przebiegu ciąży lub choroby matki. Podejmuje także próbę określenia czynników będących predyktorami więzi matki z dzieckiem w okresie prenatalnym w różnych sytuacjach zagrożenia ciąży lub jego braku.

Publikacja jest ważną pozycją ze społecznego punktu widzenia. Porusza rzadko podejmowaną problematykę więzi matki z dzieckiem w okresie prenatalnym w grupie kobiet będących w ciąży wysokiego ryzyka. Dyskusja na temat uzyskanych wyników prezentowana przez badaczkę jest wnikliwa i dzięki interdyscyplinarnemu myśleniu (psychologiczno-medyczno-filozoficznemu) sprawia, że czytany tekst zyskuje na wartości, może być traktowany uniwersalnie i stanowić źródło wiedzy dla szerokiego kręgu odbiorców.

Z recenzji prof. dr hab. Marioli Bidzan

PSYCHOLOGIA

 **WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
ŁÓDZKIEGO**

 wydawnictwo.uni.lodz.pl
 ksiegarnia@uni.lodz.pl
 (42) 665 58 63

Książka dostępna również
jako e-book

ISBN 978-83-8220-246-5



9 788382 202465

