

# Prężność psychiczna przyszłych matek oraz kolejność ciąży jako moderatory budowania więzi z nienarodzonym jeszcze dzieckiem

Resilience of expectant mothers  
and order of pregnancy  
as moderators of mother-fetal attachment

## Abstract

*Resilience understood as mental strength and resourcefulness of life is also important during pregnancy, childbirth and the postpartum period. The level of resilience can decide how the expectant mother will perceive the process of pregnancy, childbirth and all difficulties related to this time and thereby establish bond with her child. This bond is formed during the prenatal period and is extremely important for the proper development, as the quality of attachment in pregnancy is related to the quality of attachment after childbirth.*

*The aim of this study is to analyse the relationship of psychological resilience of mothers and their sense of bond with the unborn child, taking into account three variables, significant for the perception of pregnancy and building the mother-child attachment during this period: the order of pregnancy (first or subsequent), experiencing difficulties with conceiving and the level of perceived support from a partner and other loved ones.*

*The study involved 89 women in the third trimester of pregnancy. 73% of the first pregnancy, while 27% of the subsequent (second or third) pregnancy. 24.5% of women surveyed by us experienced trouble with conceiving. The women completed the questionnaire Maternal-Fetal Attachment Scale and the Scale of Resilience, as well as a questionnaire about the course of the current pregnancy, the subjective sense of support from loved ones and a personal sense of preparation for the impending birth.*

*Results: Resilience proved to be a significant factor in creating a bond with the unborn child, but different aspects of it have proven to be important for women who are pregnant for the first and subsequent time. The feeling of support from loved ones is important in mother-fetal attachment, however solely for women in their first, not second or third pregnancy. In addition, women who have experienced difficulty with conceiving, compared with women who did not experience such difficulties, developed more intense attachment with their yet unborn child and created stronger mental representation of the child. The results of the study revealed a different psychological experience of pregnancy, depending on whether it is first or subsequent, as well as the necessity of taking into account the history of any difficulties with conceiving in the analysis of the mother-fetal attachment.*

### **Key words:**

*mother-fetal attachment; resilience; first/subsequent pregnancy; mental representation of a child in pregnancy.*

## **1. Wprowadzenie**

Ciąża jest okresem szczególnym, który niewątpliwie niesie za sobą wiele dynamicznych zmian, zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej kobiety. W psychice kobiety zachodzą różnorodne procesy adaptacji nie tylko do zmian biologicznych, ale przede wszystkim do zaistnienia i pełnienia nowej roli społecznej – roli matki [1, 2, 3]. Jednym z kluczowych zadań tego okresu jest nawiązanie relacji i stworzenie więzi z nienarodzonym jeszcze dzieckiem [4]. Kształtuje się ona już w okresie prenatalnym i jest niezmiernie ważna dla prawidłowego rozwoju małego człowieka [5]. Prenatalne przywiązanie jest opisywane jako wszelkie zachowania matki, przejawiające troskę, opiekę, oddanie i zaangażowanie wobec płodu [6]. Rozwój więzi między matką a dzieckiem może następować poprzez poznawcze postrzeganie płodu np. wyobrażenia dotyczące dziecka oraz interakcji z nim, przypisywanie cech dziecku (fizycznych i psychicznych) [6], rozmowę z jeszcze nienarodzonym dzieckiem, emocjonalne przywiązanie, przejawiające się np. w odpowiednim odżywianiu przez matkę, przygotowaniu środowiska domowego czy opowiadaniu o dziecku innym osobom [5]. Wyróżnia się trzy elementy, składające się na rozwijającą się relację matki z dzieckiem: postrzeganie dziecka jako odrębnej, niezależnej istoty, przypisywanie mu cech oraz próby kontaktowania się z dzieckiem [7, 8, 9]. Przywiązanie kształtuje się

wraz z rozwojem ciąży, co oznacza, iż w każdym późniejszym etapie ciąży relacja staje się bardziej intensywna [10].

Badania Ramony Mercer i Sandry Ferketisch (1990) wskazują, iż w kształtowaniu się więzi emocjonalnej między dzieckiem a rodzicami, ważną rolę spełnia relacja między rodzicami dziecka, poczucie wartości obojga rodziców oraz wsparcie, które otrzymują od innych [12]. W związku z zachodzącymi przemianami, kobieta w ciąży podatna jest na przeżywanie zmiennych uczuć i stanów emocjonalnych. Zmiany wyglądu i proporcji ciała często wiążą się nie tylko z utrudnionym poruszaniem się czy spaniem, ale także z ograniczeniami w zakresie pożycia seksualnego, co często może budzić u kobiet lęk o jakość związku z partnerem [31]. Wiele badań wskazuje, iż przeżywane nieprzyjemne stany emocjonalne np. lęk, stres, niepokój, oddziałują negatywnie na przebieg ciąży, rozwój płodu oraz mogą przyczynić się do powstawania zaburzeń rozwojowych u niego [7]. Negatywne wydarzenia lub sytuacje, niekorzystne stany emocjonalne, trudności w przebiegu ciąży mogą również zmniejszać natężenie przywiązania emocjonalnego z dzieckiem [13]. Zdrowie psychiczne przyszłej matki jest zatem bardzo istotne dla prawidłowej ciąży, porodu oraz postnatalnej opieki nad dzieckiem.

W zachowaniu zdrowia psychicznego oraz przystosowaniu się do sytuacji ciąży, może sprzyjać właściwość jednostki zwana prężnością psychiczną (z ang. *resilience*). Prężność psychiczna rozumiana jest jako odporność psychiczna czy zaradność życiowa [14]. Pojęcie prężności definiowane jest jako grupa strategii życiowych, których celem jest doprowadzenie do sukcesywnego i produktywnego radzenia sobie z trudnymi lub stresującymi wydarzeniami [15]. Jack Block i Adam M. Kremen (1996) wskazują, iż prężność psychiczna przejawia się umiejętnością do samoregulacji, czyli odpowiedniego przystosowania kontroli impulsów do wymogów i warunków sytuacyjnych [16]. Inni autorzy wskazują, że istotnie ważnymi cechami prężności są: umiejętność kreatywnego wykorzystania strategii radzenia, zdystansowania się do stresujących zdarzeń oraz elastycznej adaptacji do zmiennych wymagań życiowych [15, 17]. Termin ten rozważany jest w dwóch kategoriach – jako proces lub cecha osobowości, które można odpowiednio rozwijać i kształtować [17]. Prężność psychiczna powoduje, iż osoba poszukuje nowych zasobów, by poradzić sobie z daną sytuacją [15]. Ponadto jej występowanie zdeterminowane jest m.in. cechami indywidualnymi osoby, środowiska rodzinnego oraz czynnikami kontekstualnymi [18]. Osobowość prężna wyróżnia się wyższym poziomem optymizmu, spokoju i ogólnej energii życiowej [17]. Ponadto z powodzeniem kontroluje swoje emocje i zachowania, rozumie siebie oraz posiada silne poczucie własnej skuteczności i kompetencji [15, 17, 19].

Prężność psychiczna ma również duże znaczenie w okresie ciąży, porodu i porodu, procesach, które stawiają wiele wymagań nie tylko przed przyszłą matką, ale obojgiem rodziców [20]. Poziom nasilenia prężności kobiety może decydować o tym, w jaki sposób przyszła matka postrzeżeć będzie proces ciąży, poród oraz związane z nimi wszelkie trudności i niepowodzenia. Rezultaty badań Katarzyny Sygulli z zespołem (2009) wskazują, iż kobiety ciężarne spostrzegają poród jako wyzwanie oraz wydarzenie aktywizujące i optymistyczne, ale jednocześnie jako sytuację niepewną i zagrażającą [20].

Celem prezentowanego badania jest analiza związku prężności psychicznej matek z ich poczuciem więzi ze swoim nienarodzonym jeszcze dzieckiem. Poszukujemy roli trzech niezależnych zmiennych, uznawanych za istotne dla percepcji ciąży i budowania relacji z dzieckiem w tym okresie: kolejności ciąży (pierwsza lub kolejna), ewentualnych trudności z zajściem w ciążę oraz poczucia wsparcia ze strony partnera i innych bliskich osób. Pierwsza ciąża jest niewątpliwie szczególnie, wzbudza wiele emocji i dla każdej kobiety jest stanem wyjątkowym [21, 22]. Strach czy lęk są emocjami nierzadko doświadczanymi przez kobiety w tym okresie [23, 24]. Powodem tego stanu rzeczy jest między innymi strach przed bólem porodowym i niska w ocenie rodzącej tolerancja bólu [23]. Stan zagrożonej ciąży, ciąży z powikłaniami lub doświadczenie trudności z zajściem w ciążę powoduje wzmożony poziom lęku w tym okresie i wymaga od kobiety większego wysiłku do zaadaptowania się do nowej sytuacji [24]. Hospitalizacja, lęk o zdrowie czy życie dziecka, wątpliwości diagnozy to tylko niektóre stresujące wydarzenia czy emocje, z którymi kobieta ciężarna musi się uporać [24]. Natomiast znaczenie roli otrzymywanego wsparcia społecznego, pozwalające na głębsze przywiązanie emocjonalne z dzieckiem podkreśla, na przykład, Łucja Bieleninik, Joanna Preis oraz Mariola Bidzan (2010) [4].

Zakładamy, że wysoka prężność psychiczna będzie działać jako czynnik ochronny w budowaniu silnej więzi z dzieckiem w ciąży, szczególnie jeśli ten okres wiąże się z wyższym poziomem lęku (zakładamy, że z większym lękiem wiąże się pierwsza niż kolejna ciąża lub/i ciąża poprzedzona trudnościami z jej rozpoczęciem). Ponadto zakładamy, że fakt bycia w ciąży po raz pierwszy lub kolejny to inna sytuacja psychologiczna i czynnik ten ma znaczenie dla budowania więzi ze swoim dzieckiem. Podobnie, doświadczenie trudności z zajściem w ciążę zmienia jej percepcję i jest znaczącym czynnikiem w procesie budowania więzi z dzieckiem.

## 2. Metoda

### 2.1. Osoby badane

W badaniu wzięło udział 89 kobiet w trzecim trymestrze ciąży (średnia wieku = 27,9 lat, SD = 4,24) głównie z wykształceniem wyższym (71%). 73% badanych jest w ciąży po raz pierwszy (pierworódki), natomiast 27% jest w ciąży po raz drugi bądź trzeci (wieloródki). 24,5% wszystkich badanych przez nas kobiet miało w ich przekonaniu kłopoty z zajściem w ciążę, natomiast 18% wszystkich badanych (bądź ich partnerów) poddało się leczeniu w związku z tymi trudnościami. Wszystkie badane z wyjątkiem jednej są w stałym związku, 43,5% badanych jest w związku od 1 do 5 lat, a 44,5% – od 5 do 10 lat (ponadto 2% badanych jest w związku krócej niż rok, a 9% – powyżej 10 lat).

### 2.2. Przebieg badań

Kobiety zostały zaproszone do wzięcia udziału w badaniu podczas zajęć szkoły rodzenia, podczas wizyty kontrolnej u lekarza prowadzącego ciążę bądź odpowiedziały na ogłoszenie o badaniu umieszczone na zamkniętych forach dla przyszłych rodziców. Badane kobiety wypełniły dwa kwestionariusze: kwestionariusz „Więź z dzieckiem w okresie ciąży” oraz „Skalę Pomiaru Prężności”. Ponadto wypełniły ankietę zawierającą pytania o przebieg obecnej ciąży, poprzednich ciąż i porodów (jeśli były), subiektywne poczucie wsparcia ze strony bliskich osób oraz poczucie przygotowania do zbliżającego się porodu.

Kwestionariusz „Więź z dzieckiem w okresie ciąży” (MFAS) [25] w polskiej adaptacji Eleonory Bielawskiej-Batorowicz [26] składa się z 24 pytań, z pięciostopniową skalą odpowiedzi. Więź z dzieckiem jest tu mierzona jako natężenie zachowań ze strony przyszłych matek polegających na nawiązywaniu relacji i współdziałaniu ze swoim nienarodzonym dzieckiem. Kwestionariusz składa się z 5 skal: podejmowanie roli rodzicielskiej (np. „Wyobrażam sobie czasami, jak opiekuję się dzieckiem”, „Ledwo mogę doczekać się chwili, w której będę mogła wziąć swoje dziecko na ręce”); traktowanie płodu jako odrębnej istoty (np. „Lubię patrzeć, jak mój brzuch porusza się, gdy dziecko kopie od środka”, „Wybrałam imię dla dziewczynki”, „Wybrałam imię dla chłopca”); nawiązywanie interakcji z dzieckiem (np. „Rozmawiam z moim nienarodzonym dzieckiem”, „Pukam delikatnie, trącam moje dziecko, bo chcę by poruszyło się, kopnęło, dotknęło mnie”); przypisywanie właściwości dziecku (np. „Zastanawiam się czasami, czy dziecku nie jest zbyt ciasno wewnątrz mnie”, „Zastanawiam się czasami, czy dziecko myśli i czuje będąc wewnątrz mnie”); podporządkowanie się interesom dziecka (np.

„Mimo różnych ciężowych dolegliwości i kłopotów cieszę się, że jestem w ciąży”, „Chcąc pomóc mojemu dziecku rozwijać się prawidłowo, przestałam robić niektóre rzeczy”).

Można zatem uzyskać ogólny wynik wskazujący na natężenie zachowań świadczących o więzi matki z nienarodzonym dzieckiem oraz wyniki w poszczególnych skalach (im wyższy wynik, tym więcej zachowań świadczących o więzi). Współczynniki rzetelności dla polskiej wersji  $\alpha$ -Cronbacha wynoszą: cały kwestionariusz = 0,81; poszczególne skale odpowiednio: 0,66; 0,58; 0,52; 0,61; 0,50.

Skala Pomiaru Prężności (SPP-25) w opracowaniu Niny Ogińskiej-Bulik i Zygryfryda Juczyńskiego [27] składa się z 25 pytań z pięciostopniową skalą odpowiedzi. Wyodrębniono w niej 5 podskal: wytrwałość i determinacja w działaniu (np. „Podejmuję wysiłki poradzenia sobie bez względu na to, jak trudny jest problem”), otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru (np., „Nawet w trudnej sytuacji znajduję coś, z czego można się pośmiać”, „Potrafię spojrzeć na sytuację z różnych punktów widzenia”), kompetencja osobista do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji (np. „W sytuacjach stresowych koncentruję się i myślę jasno”, „Uważam się za silną osobę”), tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania (np. „Łatwo przystosowuję się do nowych sytuacji”, „Z poniesionych niepowodzeń i porażek potrafię wyciągnąć wnioski na przyszłość”) oraz optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach (np. „Doznawane trudności mobilizują mnie do działania”).

Wyniki oblicza się dla całej skali (im wyższy wynik, tym wyższe nasilenie prężności) oraz dla poszczególnych podskal. Współczynniki rzetelności  $\alpha$ -Cronbacha wynoszą: cała skala = 0,89; poszczególne podskale mieszczą się w przedziale od 0,67 do 0,75.

### 3. Wyniki

Biorąc pod uwagę informacje zamieszczone przez badane kobiety w ankiecie, można powiedzieć, że czują się one w średnim stopniu przygotowane do porodu (średni wynik = 3,35 w skali 1–5; SD = 1,0), mają jednak świadomość, że poród wiąże się z dużym wysiłkiem (średnia = 4,62 w skali 1–5; SD = 0,85). Odczuwają duże wsparcie ze strony męża (średnia 2,66 w skali 1–3; SD = 0,54) i innych bliskich osób (średnia 2,63 w skali 1–3; SD = 0,57).

Wyniki uzyskane w Skali Pomiaru Prężności wskazują na wysoki poziom jej natężenia przez badane kobiety (9 i 10 sten), choć zanotowałyśmy wyniki również na poziomie 1 stena. W kwestionariuszu „Więź z dzieckiem w okresie ciąży”

badane kobiety również uzyskały wysokie wyniki (średnia = 92 punkty na max. 115; SD = 10,18).

Kolejnym krokiem analiz było sprawdzenie, czy fakt bycia w ciąży pierwszy bądź kolejny raz, a także obecność bądź nieobecność kłopotów z zajściem w ciążę różnicuje poczucie więzi z nienarodzonym dzieckiem i poziom prężności psychicznej. Przeprowadzona analiza (Test t-Studenta) różnic między pierworódkami a wieloródkami wykazała brak różnic w zakresie zarówno łącznego wyniku, jak i wyników w skalach w kwestionariuszu MFAS (Więź z dzieckiem w okresie ciąży), a ponadto brak różnic w skali i podskalach SPP-25 (Skala Pomiaru Prężności). Jedynie różnice między pierworódkami i wieloródkami wystąpiły w zakresie dwóch pytań MFAS: „Mówiąc o moim dziecku używam specjalnego określenia/imienia” oraz „Wyobrażam sobie czasami, jak opiekuję się dzieckiem”. W obydwu wyższy wynik uzyskały pierworódki (odpowiednio:  $t = 2,17$ ;  $p < 0,05$ ;  $t = 2,84$ ;  $p < 0,05$ ) oraz jednej pozycji SPP-25: „W sytuacjach stresowych koncentruję się i myślę jasno” ( $t = -2,15$ ;  $p < 0,05$ ), gdzie wyższy wynik uzyskały wieloródki. Fakt obecności bądź nie trudności w zajściu w ciążę w większym stopniu różnicuje wyniki. Analiza testem t-Studenta pokazała różnicę w łącznym wyniku kwestionariusza „Więź z dzieckiem w okresie ciąży” ( $t = -2,46$ ;  $p = 0,01$ ), przy czym wyższy wynik (więcej zachowań świadczących o poczuciu łączności z nienarodzonym dzieckiem oraz więcej interakcji z nim) uzyskały te kobiety, które doświadczyły kłopotów z zajściem w ciążę. Ponadto odnotowano różnicę w wyniku skali „Przypisywanie właściwości dziecku” ( $t = -2,07$ ;  $p = 0,001$ ), z wyższym wynikiem uzyskanym przez kobiety mające kłopot z zajściem w ciążę. Nie odnotowano natomiast różnic w ogólnych wynikach Skali Pomiaru Prężności, jedynie w zakresie pytania: „Podejmuję zdecydowane wysiłki, by osiągnąć cel” ( $t = -2,01$ ;  $p < 0,05$ ) z wyższym wynikiem kobiet doświadczonych w kłopotcie z zajściem w ciążę.

Aby sprawdzić, w jakim stopniu nasilenie prężności jest znaczącym czynnikiem budowania więzi z dzieckiem w okresie ciąży, przeprowadziłyśmy analizy regresji wielokrotnej (osobno dla pierworódek i wieloródek oraz osobno dla kobiet z problemem z zajściem w ciążę i bez tego problemu), gdzie zmiennymi niezależnymi były wyniki w Skali Pomiaru Prężności i podskalach oraz poziom odczuwanego wsparcia ze strony partnera i innych bliskich osób, a zmiennymi zależnymi był ogólny wynik kwestionariusza Więź z dzieckiem w okresie ciąży oraz wyniki poszczególnych jego skal. Analizy te pokazały, że odmienne czynniki są istotne dla budowania więzi z dzieckiem w okresie ciąży, gdy kobieta jest w ciąży pierwszy i kolejny raz. W grupie pierworódek (niezależnie od występowania bądź nie kłopotów z zajściem w ciążę) istotnym predyktorem więzi z dzieckiem w okresie ciąży (ogólny wynik w kwestionariuszu MFAS) okazała się otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru (podskala SPP-25) ( $\beta = 0,519$ ;  $p = 0,02$ ),

które wyjaśnia 14% wariacji ( $F(7,58) = 1,3277$ ;  $p < 0,254$ ). U wieloródek natomiast istotne czynniki ukazały się nie w ogólnym wyniku kwestionariusza, ale w wynikach poszczególnych skal. Istotnym predyktorem traktowania płodu jako odrębnej istoty (MFAS) przez kobiety będące w ciąży kolejny raz okazał się poziom wsparcia ze strony bliskich osób ( $\beta = 0,682$ ;  $p = 0,02$ ), tłumacząc 49% wariacji ( $F(7,15) = 2,0435$ ;  $p < 0,116$ ). Istotnym predyktorem przypisywania właściwości dziecku (MFAS) jest natomiast optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach (SPP-25) ( $\beta = 1,051$ ;  $p < 0,05$ ), tłumacząc 43% wariacji  $R^2 = 0,428$  ( $F(7,15) = 1,605$ ;  $p < 0,21$ ). Natomiast wyniki interakcji z dzieckiem są przewidywane w bardzo wysokim stopniu ( $R^2 = 0,728$ ;  $F(7,15) = 5,746$ ;  $p < 0,002$ ) przez trzy czynniki: poziom odczuwanego wsparcia męża ( $\beta = 0,424$ ,  $p < 0,05$ ) oraz dwa wyniki podskal SPP-25: kompetencji osobistej do radzenia sobie i tolerancji negatywnych emocji ( $\beta = -0,895$ ;  $p < 0,05$ ) oraz optymistycznego nastawienia do życia i zdolności mobilizowania się w trudnych sytuacjach ( $\beta = 0,930$ ;  $p < 0,01$ ).

W grupie kobiet doświadczonych w problemie zajścia w ciążę prężność nie tłumaczy istotnie natężenia zachowań wskazujących na istnienie więzi z nienarodzonym dzieckiem oraz interakcji z nim.

#### 4. Dyskusja

Kobiety, które wzięły udział w badaniu charakteryzują się wysoką prężnością psychiczną i jednocześnie silną więzią ze swoim nienarodzonym jeszcze dzieckiem. Zgodnie z naszym założeniem kolejność ciąży (pierwsza vs kolejna) oraz doświadczenie trudności z zajściem w ciążę okazały się czynnikami, które mają istotne znaczenie dla nawiązywania więzi ze swoim nienarodzonym jeszcze dzieckiem (siłę więzi i/lub czynniki wspierające ten proces).

Kobiety, które doświadczyły trudności z zajściem w ciążę w porównaniu z tymi, które nie mają tego doświadczenia, bardziej koncentrują się na swoim nienarodzonym dziecku i budują z nim silniejszą relację. W istotnie większym stopniu, w porównaniu z kobietami bez doświadczenia trudności z zajściem w ciążę, skupiają się na dobrostanie dziecka w brzuchu, jego zachowaniach i ich znaczeniu, zastanawiają się nad jego przeżyciami w brzuchu, wyobrażają sobie, jakie ono jest w ciąży i będzie po porodzie. Budują zatem one silniejszy obraz wyobrazonego dziecka. Wyniki badań Aleksandry Rutkowskiej, Agnieszki Kowalskiej, Marty Makara-Studzińskiej i Anny Kwaśniewskiej (2011) pokazują, że kobiety z ciążą wysokiego ryzyka przeżywają istotnie więcej emocji i stanów negatywnych [24]. Być może zatem zaabsorbowanie dzieckiem jest mechanizmem radzenia sobie



z lękiem i niepewnością. Wskazują na to wyniki badań Annekathrin Bergner, Reinharda Beyera, Burgharda Klappa i Martiny Rauchfuss (2008), którzy wyróżnili 3 style radzenia sobie z lękiem i stanem niepewności u kobiet z ciążą wysokiego ryzyka. Pierwsza grupa kobiet radziła sobie poprzez zaabsorbowanie myślą o sobie w roli matki. Kobiety te nawiązały wewnętrzną więź z dzieckiem oraz posiadały jasne wyobrażenia o swoim dziecku, wspólnej przyszłości. Druga grupa kobiet ze stylem unikającym, w dużym stopniu unikała myśli związanych z dzieckiem i ciążą oraz wycofywała się z relacji z najbliższymi osobami. Ich myśli zajmował głównie niepokój o stan zdrowia dziecka, także postrzegały proces ciąży jako negatywny i bardzo stresujący. Trzecia grupa kobiet w sposób aktywny radziła sobie z procesem ciąży poprzez wyszukiwanie informacji o ciąży, czy dbanie o własne zdrowie [28]. Wyniki naszych badań są odmienne od wyników uzyskanych przez Eleonorę Bielawską-Batorowicz (2000), która w swoich badaniach zaobserwowała mniej intensywną więź emocjonalną z nienarodzonym dzieckiem u matek, które doświadczały w przeszłości problemów położniczych, takich jak niepłodność czy poronienie [5]. Być może w naszym badaniu i tym Bielawskiej-Batorowicz kobiety prezentowały odmienne style radzenia sobie z tą trudną sytuacją.

Natomiast fakt przeżywania ciąży po raz pierwszy i kolejny nie zmienia natężenia więzi z nienarodzonym dzieckiem (zarówno pierworódki, jak i wieloródki wykazują jednakowo silną więź z dzieckiem), co jest zgodne z innymi badaniami (Mercer i Ferketish, 1994) [12], ale wiąże się z odmiennymi czynnikami wspierającymi proces nawiązywania tej więzi. Niższy wynik wieloródek w porównaniu z pierworódkami w pytaniu o nazywanie płodu szczególnym imieniem/określeniem oraz o wyobrażanie sobie opieki nad dzieckiem być może wskazują na większą realistyczność wieloródek w relacji z nienarodzonym jeszcze dzieckiem w porównaniu z pierworódkami, które przy braku doświadczeń z opieką nad własnym realnym dzieckiem przygotowują się do niej w wyobrażeniach.

W grupie kobiet pierwszy raz będących w ciąży czynnik poziomu wsparcia ze strony bliskich osób okazał się nieistotny dla budowania więzi z dzieckiem w okresie ciąży. Istotna okazała się natomiast umiejętność dostrzegania pozytywnych stron wydarzeń (nawet trudnych), spoglądanie na sytuację z różnych punktów widzenia, przekonanie o byciu otwartym na nowe doświadczenia i poczucie sensu życia. Kobiety, które mają takie kompetencje budują silniejszą więź z dzieckiem w okresie ciąży i nawiązują z nim więcej interakcji. Potrafią zatem traktować swoją ciążę i dziecko, które w nich rośnie jako nowe doświadczenie i oceniać je pozytywnie.

W grupie kobiet przeżywających ciążę po raz kolejny obraz czynników istotnych dla budowania więzi z swoim nienarodzonym dzieckiem jest dość złożony. Wskazały one, w odróżnieniu od pierworódek, na znaczenie wsparcia ze strony

bliskich osób – im większe poczucie wsparcia, tym więcej kontaktu z dzieckiem w brzuchu (rozmawianie z nim, głaskanie brzucha w celu uspokojenia dziecka), bardziej podmiotowe i indywidualne traktowanie go (np. nazywanie go szczególnym imieniem) oraz wyczekiwania na jego urodzenie. Jest to zgodne z wynikami innych badań, np. badań Elieh Abasi i zespołu (2012), które podkreślają istotny związek poziomu więzi z nienarodzonym jeszcze dzieckiem z poziomem otrzymywanego wsparcia społecznego, niepokojem i depresją. Kobiety z wyższym poziomem wsparcia otrzymały wyższe wyniki na skali przywiązania z dzieckiem, natomiast wysoki poziom niepokoju i depresja powodowały mniejsze przywiązanie [29]. Podobne wyniki podkreślające duże znaczenie wsparcia dla wysokiej kompetencji macierzyńskiej i poczucia radzenia sobie z łączeniem ról matki i osoby pracującej uzyskałyśmy w badaniu kobiet, które wróciły do pracy po urlopie macierzyńskim, tam jednak wsparcie ze strony męża okazało się istotnie ważniejsze niż wsparcie ze strony innych bliskich [33].

Skupieniu na dobrostanie dziecka w łonie, jego zachowaniach i ich znaczeniu, nawiązywaniu z nim kontaktu, myśleniu o tym, jakie ono jest przez kobiety już posiadające dzieci sprzyja przekonanie o byciu silną osobą, przekonanie o umiejętności radzenia sobie z nieprzyjemnymi uczuciami i odnalezienia się nawet w najtrudniejszej sytuacji, a także postrzeganie trudnych sytuacji jako wyzwania, wiążące się z przyjemnymi doznaniem, zdolność mobilizacji sił w trudnych sytuacjach i poczucie, że zawsze jest wiele możliwości rozwiązania problemu. Widać tu zatem, że kobiety będące pierwszy i kolejny raz w ciąży zmagają się z zupełnie innymi „duchami” – pierworódki potrzebują sobie poradzić z niewiadomą związaną z brakiem doświadczeń w opiece nad dzieckiem i byciu matką, a także z małym dzieckiem jako osobą. Wieloródki natomiast, mając już doświadczenie w przeżyciu porodu i opieki nad małym dzieckiem (lub dziećmi), znając wysiłek z tym związany, potrzebują odnaleźć w sobie siłę i zasoby do opieki nad kolejnym dzieckiem i do kolejnego porodu.

Wydaje się, że doświadczenie pierwszej ciąży nie wiąże się z większym lękiem niż doświadczenie kolejnej ciąży (jak pierwotnie zakładałyśmy), lecz każdej z tej sytuacji towarzyszą inne lęki i niepewności. Świadomość procesu ciąży oraz wiedza na temat zachodzących w niej zmian sprawiają, iż kobieta jest w stanie reagować i przystosowywać się do odmiennych stanów czy nowych sytuacji, które niesie za sobą ciąża. Adaptacyjna elastyczność, zwana prężnością psychiczną pozwala na uruchomienie konstruktywnych strategii radzenia sobie. Jednakże bardzo ważne jest postrzeganie danej sytuacji oraz nastawienie, które mogą warunkować poziom prężności psychicznej. To właśnie pozytywny afekt sprawia, iż osoba jest w stanie skoncentrować się na problemie i go z powodzeniem rozwiązać [24]. Ponadto bardzo ważna dla powodzenia całej ciąży oraz okresu poporo-

dowego jest świadomość zadań oraz wymogów, które stawia przed kobietą nowa rola – rola matki. W stawianiu się i byciu matką można pomagać – jak się okazuje jest to potrzebne zarówno kobietom będącym w ciąży pierwszy, jak i kolejny raz. Ciągłe wsparcie w czasie ciąży, w urodzeniu dziecka oraz w okresie poporodowym ze strony tej samej zaufanej osoby wiąże się z niższym prawdopodobieństwem depresji poporodowej, większym poczuciem kompetencji macierzyńskiej, dłuższym okresem karmienia piersią i lepszym nastawieniem do kolejnej sytuacji ciąży i porodu [32].

## 5. Wnioski

Na podstawie wyników przeprowadzonego badania można wyciągnąć następujące wnioski:

- Prężność psychiczna jest znaczącym czynnikiem w tworzeniu więzi ze swoim nienarodzonym jeszcze dzieckiem. Dla kobiet doświadczających bycia w ciąży po raz pierwszy istotnym aspektem prężności jest otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru. Natomiast dla kobiet będących w ciąży po raz kolejny ważniejsze okazały się takie aspekty prężności psychicznej jak optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach oraz kompetencja osobista do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji.
- Poczucie wsparcia ze strony bliskich osób jest czynnikiem istotnym w tworzeniu więzi z nienarodzonym jeszcze dzieckiem dla kobiet, które są w ciąży po raz kolejny (znają już doświadczenie ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem), u badanych kobiet będących w ciąży po raz pierwszy poczucie wsparcia ze strony bliskich nie ma istotnego znaczenia dla nawiązywania więzi z dzieckiem w okresie ciąży.
- Kobiety, które doświadczyły trudności z zajściem w ciążę, w porównaniu z kobietami, które nie doświadczyły takich trudności, bardziej intensywnie skupiają się na nienarodzonym jeszcze dziecku i budują jego silniejsze wyobrażenie.
- Wyniki omawianego badania dotyczą kobiet o wysokim poziomie prężności psychicznej i wysokim poziomie więzi z nienarodzonym dzieckiem. Potrzebne są dalsze badania, poszerzone o grupę kobiet o bardziej zróżnicowanym poziomie tych dwóch zmiennych, by można było wyciągnąć ogólne wnioski na temat znaczenia prężności i kolejności ciąży dla tworzenia więzi z dzieckiem w okresie ciąży.

**Bibliografia:**

1. BIELAWSKA-BATOROWICZ E. (1987). Ciąża i poród w świetle badań psychologicznych. *Przegląd Psychologiczny*; 30 (3): 680–693.
2. LICHTENBERG-KOKOSZKA E. (2008). *Ciąża zagrożeniem biomedycznym i psychopedagogicznym*. Kraków.
3. BOGUCA G., PIETRZAK B., MARIANOWSKI L. (1996). Sposoby radzenia sobie z sytuacją trudną u pacjentek oddziału patologii ciąży. W: Z. SŁOMKO, G. BRĘBOWICZ, J. GADZINOWSKI I IN. (red.) *Kliniczna perinatologia i ginekologia. Suplement XIII, Poród Naturalny*. Tychy: 174–177.
4. BIELENINIK Ł., PREIS J., BIDZAN M., (2010). Uwarunkowanie więzi emocjonalnej z dzieckiem w okresie prenatalnym w ciążach wielopłodowych i pojedynczych. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*; 3 (3): 223–231.
5. BIELAWSKA-BATOROWICZ E., SIDDIQUI A. (2008). A study of prenatal attachment with Polish and Swedish expectant mother. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*; 36 (4): 373–384.
6. SALISBURY A., LAW K., LADASSE L., LESTER B. (2003). Maternal-fetal attachment. *Journal of the American Medical Association*, 289 (13): 1707.
7. BIELAWSKA-BATOROWICZ E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice.
8. BIDZAN M., BIELENINIK Ł., ZDOLSKA A., SALWACH D. (2009). Bond with a child in the prenatal period in case of prematurely born children. W: K. TUROWSKI (red.) *Wellness and success*, t. 3, Lublin: 35–54.
9. BIELAWSKA-BATOROWICZ E. (1995). *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie poporodowym*. Łódź.
10. SJÖRGEN 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.
11. SIDDIQUI A., HAGGLOF B., EISEMANN M. (1999). An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*; 17 (4): 369–380.
12. MERCER R.T., FERKETICH S.L., (1990). Predictors of parental attachment during early parenthood. *Journal of Advanced Nursing*; 15: 268–280.
13. 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.
14. OGIŃSKA-BULIK N. (2011). Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia*; 1:1–10.
15. IZDEBSKI P., SUPRYNOWICZ M. (2011). Rozwój pourazowy a prężność. *Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy Nauki o Edukacji*; 5.

16. BLOCK J., KREMEN A.M. (1996). IQ and Ego-Resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*; 70: 349–361.
17. BORYS B. (2010). Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. *Forum Medycyny Rodzinnej*; 4 (1): 44–52.
18. KILMER R.P., TEDESHI R.G. (2005). Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. *Professional Psychology. Research and Practice*; 36 (3): 230–237.
19. HALL J.S., REICH J. W., ZAUTRA A.J. (2010). *Handbook of adult resilience*. New York.
20. SYGULLA K., SMĘDOWSKI A., SZATAN A., MICHALAK A. (2009). Potrzeby i oczekiwania kobiet ciężarnych dotyczące opieki okołoporodowej – czy trudno je spełnić? *Problemy Medycyny Rodzinnej*; 11 (4): 30–36.
21. LEPIARZ A. (2010). Zmiany psychiczne doświadczane przez kobiety oczekujące narodzin dziecka. *Ginekologia Praktyczna*; 1: 54–57.
22. LIBERA A. (2009). Problemy psychologiczne okresu ciąży. Psychologiczne aspekty ciąży. W: MAKARA-STUDZIŃSKA M., IWANOWICZ-PALUS G. (red.). *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Warszawa; 154–157.
23. GUSZKOWSKA M. (2012). Lęk przed porodem i determinujące go czynniki – przegląd literatury. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*; 5 (3): 154–161.
24. 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 Psychiatry*; 12 (4): 420–427.
25. CRANLEY M.S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30(5): 281–284.
26. BIELAWSKA-BATOROWICZ E. (1995). *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie poporodowym*. Łódź.
27. OGIŃSKA-BULIK N., JUCZYŃSKI, Z. (2008). Skala Pomiaru Prężności (SPP-25). *Nowiny Psychologiczne*, 3: 39–55.
28. BERGNER A., BEYER R., BURGHARD KLAPP 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.
29. ABASI E., TAHMASEBI H., ZAFARI M., TAKAMI G.N. (2012). Assessment of effective factors of maternal-fetal attachment in pregnant women. *Life Science Journal*; 9 (1): 68–75.
30. FOLKMAN S., MOSKOWITZ J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*; 55: 644–653.

31. LUTKIEWICZ K., BIDZAN M. (2013). Sexual activity of pregnant Polish women and the assessment of the marital relation quality. *Health Psychology Report*, 1, 9–17. DOI: 10.5114/hpr.2013.40465
32. HODNETT E.D., GATES S, HOFMEYR G.J., SAKALA C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10.
33. CHRZAN-DĘTKOŚ M., KOSAKOWSKA N., PAWLICKA P. (2011). Women, men and second shift – psychological determinants of work-life balance. *Polish Journal of Social Sciences*, 6(1), 123–140.