

P R A C E P S Y C H O L O G I C Z N E

MARTA KUCHARSKA

Uniwersytet Łódzki, Instytut Psychologii

WŁAŚCIWOŚCI INDYWIDUALNE MATKI A WIĘŹ Z DZIECKIEM W CIĄŻACH ZDROWYCH, Z WADAMI WRODZONYMI I INNYMI ZAGROŻENIAMI

Streszczenie: Celem badań była analiza wartości predykcyjnej indywidualnych właściwości kobiety, takich jak: wiek, styl przywiązania, samoocena i poziom lęku, dla jej więzi z dzieckiem prenatalnym w różnych sytuacjach zagrożenia ciąży. Badaniem objęto kobiety w drugim i trzecim trymestrze ciąży zdrowych oraz wysokiego ryzyka: ze zdiagnozowaną wadą rozwojową płodu lub innymi powikłaniami i zagrożeniami położniczymi. W badaniu zastosowano *kwestionariusz wywiadu*, *Kwestionariusz Więź z dzieckiem w okresie ciąży*, *Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych KSP*, *Skalę Samooceny SES* oraz *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI*. Analiza regresji wykazała, że wiek matki jest znaczący dla jej więzi z dzieckiem, gdy zdiagnozowano u niego wadę wrodzoną. Nasilenie relacji matka–dziecko oraz jej komponentów w ciąży z innymi zagrożeniami istotnie wiąże się z samooc-

ną matki oraz jest stylem przywiązania. Natomiast w ciążyach zdrowych styl bezpieczny ma związek z nasileniem wybranych aspektów więzi prenatalnej. Poziom nasilenia lęku cechy i stanu okazał się nieistotny dla badanej więzi. Wraz z wiekiem kobiecie coraz trudniej jest akceptować autonomię dziecka ze zdiagnozowaną wadą wrodzoną. Niska samoocena matki oraz jej pozabezpieczny styl przywiązania mogą być niekorzystne dla tworzenia więzi z dzieckiem w sytuacji, gdy zagrożenie ciąży wynika np. z jej stanu zdrowia. Bezpieczny styl przywiązania matki pozwala przewidywać większe nasilenie różnych aspektów więzi prenatalnej, gdy ciąża nie jest zagrożona.

Słowa kluczowe: więź prenatalna, więź matki z dzieckiem w okresie prenatalnym, styl przywiązania, samoocena, lęk, ciąża.

WPROWADZENIE

Ciąża jest czasem, w którym kobieta doświadcza dynamicznych zmian fizycznych, psychicznych oraz społecznych. To okres, w którym obok zapewnienia sobie i dziecku bezpieczeństwa, przygotowuje także otoczenie do nowej sytuacji oraz przystosowuje się do roli rodzicielskiej. Jednakże według Rubin (za: Bielawska-Batorowicz, 2006; Brandon i in., 2009) do najważniejszych zadań w okresie ciąży należy stworzenie więzi emocjonalnej z jeszcze nienarodzonym dzieckiem.

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. Jednak badania ciągle nie dają jednoznacznej odpowiedzi co do znaczenia zagrożeń ciąży w rozwijaniu więzi.

Badania Bielawskiej-Batorowicz i Siddiqui (2008) pokazały, że wśród polskich kobiet więź jest słabsza w grupie kobiet w ciążach wysokiego ryzyka niż w grupie kobiet w ciążach zdrowych. Natomiast szwedzkie matki oczekujące dziecka przejawiają niższe przywiązanie do niego w ciążach przebiegających prawidłowo niż tych z komplikacjami. Obserwacje Zimerman i Doan (2003) wykazały, że kobiety, u których dzieci zdiagnozowano wadę rozwojową w postaci zespołu Downa, mniej chętnie podejmują interakcje z płodem. Pawełczyk, Cypryk i Bielawska-Batorowicz (1999) oraz Chatzotte, 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. Również porównania kobiet w ciążach wysokiego ryzyka i fizjologicznych, dokonane przez Kemp i Page (1987) czy Zimerman i Doan (2003), nie wykazały różnic między matkami w intensywności więzi z dzieckiem. Podobne wyniki otrzymano w badaniach porównawczych kobiet tureckich (Ustunsoz, Guvenc, Akyuz, Oflaz, 2010) oraz włoskich (Pisoni i in., 2015).

Doniesienia badaczy zwracają uwagę na związek wieku matki z jej przywiązaniem do dziecka prenatalnego. Część z nich wskazuje, że silniejsze relacje emocjonalne tworzą młode matki (Berryman, Windridge, 1996, za: Bielawska-Batorowicz, 2006; Siddiqui, Eisemann, Hägglöf, 1999; Ustunsoz i in., 2010). Wiek kobiety z czasem staje się czynnikiem zagrażającym ciąży. Im starsza kobieta, tym większe ryzyko powikłań. Być może mniejsze zaangażowanie w relację matka–płód jest mechanizmem chroniącym przed potencjalną stratą dziecka, szczególnie w pierwszych tygodniach ciąży. Z kolei np. Abasi, Tafazzoli, Esmaily i Hasanabadi (2013) nie zaobserwowali związku między wiekiem matki a jej relacją z płodem.

Istotnym obszarem poszukiwań czynników warunkujących relację z dzieckiem prenatalnym są indywidualne właściwości matki, czyli jej cechy osobowości, przeżywane stany emocjonalne oraz postawy i poziom wiedzy. Abasi i współpracownicy (2013) odnotowali, że poziom samooceny matki ma bezpośredni wpływ na jej przywiązanie emocjonalne do dziecka w okresie prenatalnym. 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 jako niewystarczająco sprawne, mądre czy silne, mogą uważać się za niezdolne do zadowalającego pełnienia roli macierzyńskiej (Włodarczyk, 2012).

Narita i Meahara (1993) wskazują, że im wyższy lęk odczuwa kobieta, tym niższy jest poziom jej więzi z dzieckiem. 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, ponadto pośredniczy on w relacji między oceną ryzyka a przywiązaniem do dziecka (White i in., 2008).

Radovanović i Mihić (2018) wykazali, że istotnym predyktorem więzi prenatalnej są wcześniejsze doświadczenia matki w relacjach z jej własnymi rodzicami. Także Tani, Castagna i Ponti (2018) zaobserwowali, że pozytywna relacja kobiety z własną matką ma związek z silniejszym przywiązaniem do dziecka przed urodzeniem i po nim. Mikulincer i Florian (1999) przeprowadzili wnikliwą analizę wpływu wzoru przywiązania matki na charakter jej więzi z nienarodzonym dzieckiem oraz jej postawę wobec sytuacji stresowych i sposoby radzenia sobie z nimi. Kobiety charakteryzujące się bezpiecznym stylem przywiązania przejawiają silniejszą więź z dzieckiem już w pierwszym trymestrze ciąży i ta tendencja utrzymuje się do samego rozwiązania. Odczuwają też mniej negatywnego stresu, mają lepsze samopoczucie, a w trudnych sytuacjach związanych z ciążą poszukują wsparcia u innych. Natomiast badane, u których dominowały style pozabezpieczne, nawiązywały mniej intensywną więź matka–płód i odczuwały relatywnie wyższy poziom dystresu. Jednakże 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 wzorcu przywiązania w sytuacjach stresowych koncentrowały się na emocjach.

Wydaje się, że pogłębianie wiedzy na temat więzi prenatalnej oraz czynników wpływających na jej tworzenie jest szczególnie istotne w przypadku ciąż wysokiego ryzyka, których konsekwencją może być strata dziecka lub jego zaburzony rozwój po urodzeniu. W prezentowanych badaniach przyjęta została koncepcja więzi według Cranley (1981), opisująca proces budowania relacji matki z dzieckiem, który ma początek w okresie prenatalnym i jest kontynuowany po porodzie. Na omawianą więź emocjonalną składają się: akceptacja odrębności dziecka, przypisywanie mu właściwości, podejmowanie interakcji z nim, gotowość do pełnienia roli rodzicielskiej po porodzie oraz wprowadzenie zmian w stylu życia dla właściwego rozwoju dziecka w okresie prenatalnym (Bielawska-Batorowicz, 2006).

CEL BADAŃ

Celem prezentowanych badań była analiza związku indywidualnych właściwości kobiety jak jej: wiek, styl przywiązania, samoocena i poziom lęku (zmiennie objaśniające) z więzią emocjonalną, jaką buduje z dzieckiem w okresie prenatalnym (zmienna objaśniana) w sytuacji diagnozy wady wrodzonej płodu, innych komplikacji ciążowych lub ich braku (zmienna moderująca). Problemy badawcze zostały szczegółowo przedstawione w następujących pytaniach i hipotezach:

Pytanie 1: Czy matki w ciążach zdrowych, z wadami wrodzonymi oraz z innymi zagrożeniami różnią się w nasileniu więzi emocjonalnej z dzieckiem?

H1: Kobiety w ciążach fizjologicznych, z wadami wrodzonymi oraz z innymi zagrożeniami różnią się poziomem więzi matka–płód.

Trudny moment wyczekiwania na diagnozę prenatalną może przyczynić się do obniżenia poziomu więzi emocjonalnej, jednak wykluczenie zaburzeń rozwoju płodu powoduje jego ponowny wzrost (Caccia i in., 1991). Bielawska-Batorowicz (2006) przypuszcza, że osłabienie więzi emocjonalnej w sytuacji ryzyka może być mechanizmem obronnym, służącym ochronie matki przed kosztami emocjonalnymi spowodowanymi potencjalną stratą dziecka. W moich badaniach jedną z grup tworzyły kobiety, u których dzieci stwierdzono, a po przeprowadzeniu pełnego procesu diagnostycznego potwierdzono wrodzone wady rozwojowe. Taki rodzaj zaburzeń znacząco podnosi ryzyko śmierci płodu. Można przypuszczać, że wśród tych matek ze względu na wysokie ryzyko straty dziecka nasilenie więzi prenatalnej z nim może być niższe niż u kobiet w ciążyach zdrowych oraz z zagrożeniami niewynikającymi z nieprawidłowości rozwoju płodu.

2. Czy istnieje związek między wiekiem matki a więzią emocjonalną z dzieckiem?

H2: Istnieje zależność między wiekiem matki a więzią emocjonalną z dzieckiem. Im starsze są matki, tym tworzą mniej intensywną więź z dzieckiem.

Wraz z wiekiem matki wzrasta ryzyko powikłań ciąży, czego konsekwencją może być strata dziecka. Mniejsze zaangażowanie emocjonalne w tworzenie relacji z dzieckiem prenatalnym przez starsze kobiety może być przejawem mechanizmu obronnego, który ma chronić przed kosztami emocjonalnymi związanymi z ewentualną stratą bliskiej osoby. Silniejszą więź prenatalną u młodych dorosłych matek wykazali w swoich badaniach m.in. Siddiqui, Eisemann i Hägglöf (1999) czy Ustunsoz i in. (2010).

3. Czy poziom stylów przywiązania jest różny w badanych grupach?

H3: Badane matki różnią się między sobą w zakresie trzech stylów przywiązania.

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

H4: Istnieje związek między stylem przywiązania matki a więzią emocjonalną z dzieckiem.

H4.1: Wysokie natężenie bezpiecznego stylu przywiązania współwystępuje z większym nasileniem więzi emocjonalnej z dzieckiem.

H4.2: Wysokie natężenie lękowo-ambiwalentnego stylu przywiązania współwystępuje z mniejszym nasileniem więzi emocjonalnej z dzieckiem.

H4.3: Wysokie natężenie unikowego stylu przywiązania współwystępuje z mniejszym nasileniem więzi emocjonalnej z dzieckiem.

Osoby o wysokim nasileniu bezpiecznego wzorca przywiązania mają skłonność do nawiązywania bliskich i ciepłych relacji z innymi, dlatego można przypuszczać, że ich więź emocjonalna z dzieckiem będzie silniejsza niż u osób przywiązanych lękowo-ambiwalentnie, które mają problemy z funkcjonowaniem w bliskich relacjach z obawy przed odrzuceniem oraz u osób przywiązujących się unikowo, które stronią od bliskich relacji emocjonalnych (Plopa, 2008b). Założenia te znajdują potwierdzenie w bada-

niach Mikulincera i Floriana (1999) wykazujących, że kobiety przywiązane lękowo i unikowo przejawiają podobny poziom więzi prenatalnej, mimo że inny jest przebieg jej rozwoju w trakcie ciąży, i że jest on istotnie niższy od tego prezentowanego przez kobiety o bezpiecznym stylu przywiązania.

5. Czy poziom samooceny jest różny w badanych grupach?

H5: Kobiety w ciążyach fizjologicznych z wadami wrodzonymi oraz z innymi zagrożeniami różnią się poziomem samooceny.

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

H6: Wysoka samoocena matki współwystępuje z tworzeniem silniejszej więzi emocjonalnej z dzieckiem.

Pozytywna postawa wobec własnej osoby i swoich wewnętrznych możliwości, akceptacja siebie i wiara w możliwość poradzenia sobie z różnymi sytuacjami skutkują większymi zdolnościami społecznymi i większą skutecznością w nawiązywaniu relacji z innymi ludźmi. Przypuszcza się, że matki o wyższym poczuciu własnej wartości będą wykazywać większą akceptację dla odrębności swoich nienarodzonych dzieci i tworzyć z nimi silniejszą więź emocjonalną. Założenie to potwierdzają m.in. obserwacje takich badaczy, jak Abasi i in. (2013), Koniak-Griffin (1988) i Muller (1992).

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

H7: Kobiety w obu grupach ciąży zagrożonych odczuwają silniejszy lęk sytuacyjny niż kobiety w ciążyach zdrowych.

H8: Poziom lęku-cechy jest różny w trzech badanych grupach kobiet.

8. Czy istnieje związek między lękiem matki rozumianym jako cecha i jako stan a więzią emocjonalną z dzieckiem oraz jej elementami?

H9: Wysoki poziom lęku rozumianego jako stan wiąże się z mniejszym nasileniem ogólnego wskaźnika więzi z dzieckiem we wszystkich badanych grupach.

H10: Wysoki poziom lęku rozumianego jako cecha wiąże się z mniejszym nasileniem więzi emocjonalnej z dzieckiem we wszystkich badanych grupach.

Lęk pojmowany jako stała właściwość osobowości może wskazywać na tendencję do reagowania silnym niepokojem na różne sytuacje życiowe i powodować nasilenie lęku sytuacyjnego, wywołanego przez czynniki zewnętrzne, chociażby przez sposób interpretacji tych czynników jako bardziej zagrażających. Odczuwanie lęku wiąże się z przeżywaniem bardziej negatywnych emocji, brakiem satysfakcji z podejmowanych działań (Maloni i in., 2002). Kobieta w czasie ciąży jest narażona na wiele sytuacji mogących wywoływać poczucie niepokoju, szczególnie gdy jest w ciąży zagrożonej. Ambiwalentne emocje spowodowane lękiem mogą przekładać się na tworzenie mniej intensywnej więzi emocjonalnej z dzieckiem (Hee, Young, 2015; Hopkins i in., 2018; Narita, Meahara, 1993; White i in., 2008).

METODA

Uczestnicy badania i procedura

Badanie ma charakter korelacyjny i objęto nim 195 kobiet w ciąży – pacjentki Zakładu Diagnostyki i Profilaktyki Wad Wrodzonych, Kliniki Ginekologii, Rozrodczości i Terapii Płodności Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki, Oddziału Patologii Ciąży w Szpitalu Madurowicza w Łodzi oraz słuchaczki szkół rodzenia: *Salve, Ich Troje, Centrum Dla Mamy*.

Badane zaklasyfikowano do trzech grup. Pierwszą tworzyło 65 kobiet, u których dzieci zdiagnozowano izolowane wady wrodzone: torbiele i guzy nerek, wytrzewienie, wady serca, uropatię zaporową, wodogłowie. Przy drugiej grupie matek w ciążyach wysokiego ryzyka ($N = 65$) zastosowane zostało kryterium źródła zagrożenia niewynikającego z nieprawidłowego rozwoju płodu, czyli: wymioty, bóle brzucha, krwawienia, niewydolność szyjki macicy oraz stan zdrowia matki niebezpieczny dla ciąży. Trzecią grupę stanowiło 65 kobiet w ciążyach fizjologicznych, określanych także zdrowymi, w których nie wystąpiły zaburzenia rozwoju płodu, nie stwierdzono współwystępujących chorób matki i podczas których badane nie były hospitalizowane.

Wiek płodowy nienarodzonych dzieci przypadał między 22. a 40. tygodniem ($M = 31$). Analiza nie wykazała istotnych statystycznie różnic między grupami, $F(2,192) = 0,10$; $p = 0,91$, w zakresie średniego wieku płodowego dziecka. Pierworódki stanowiły 48% grupy z wadami wrodzonymi, 59% z innymi zagrożeniami i 91% kobiet w ciążyach zdrowych. Obecna ciąża była planowana przez 79% kobiet w grupie z wadami wrodzonymi, 83% w przypadku innych zagrożeń i 89% w ciążyach zdrowych. Upřednie negatywne doświadczenia prokreacyjne były udziałem 46% kobiet w ciążyach z wadami wrodzonymi, 53% z innymi zagrożeniami i 22% w ciążyach fizjologicznych.

Narzędzia

Kwestionariusz wywiadu skonstruowany do kompletowania danych demograficznych, o upřednich doświadczeniach prokreacyjnych oraz informacji medycznych dotyczących obecnej ciąży.

Kwestionariusz Więź z dzieckiem w okresie ciąży (Fetal Attachment Scale, MFAS) Cranley, w adaptacji Bielawskiej-Batorowicz. Służy do pomiaru różnych aspektów więzi matka–płód w okresie ciąży. Na MFAS składają się 24 twierdzenia oceniane na pięciostopniowej skali. Itemy są przyporządkowane do pięciu podskal: Podejmowanie roli rodzicielskiej, Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty, Nawiązywanie interakcji z dzieckiem, Przypisywanie dziecku właściwości, Podporządkowanie interesom dziecka. Konstrukcja skali umożliwia analizę wyniku globalnego, jak i wyników z poszczególnych podskal (Bielawska-Batorowicz, 1995; Cranley, 1981). Im wyższy wynik osiągnięty w skalach, tym silniejsza więź badanej z dzieckiem. W polskiej wersji językowej współczynnik α Cronbacha wynosi – 0,81 dla całego kwestionariusza oraz 0,66, 0,58, 0,52, 0,61, 0,50 dla poszczególnych skal. Natomiast dla badanej grupy 0,79 dla całej skali i odpowiednio 0,64, 0,57, 0,52, 0,59, 0,48 dla podskal.

Kwestionariusz Stylów Przywiązania KSP skonstruowany przez Plopę, służący do badania stylów przywiązania w relacjach partnerskich na podstawie koncepcji Hazan i Shavera. 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, Styl lękowo-ambiwalentny, Styl unikowy. Im wyższe wyniki, tym wyższe nasilenie wzorca przywiązania. Rzetelność poszczególnych wymiarów jest zadowalająca i wynosi odpowiednio: 0,91, 0,78, 0,80 (Plopa, 2008a, 2008b), a w badanej grupie: 0,90, 0,76, 0,77.

Skala Samooceny SES opracowana w 1965 roku przez Rosenberga w adaptacji Łaguny, Lachowicz-Tabaczek, Dzwonkowskiej (2007) służy do pomiaru globalnej samooceny, która jest uważana za stosunkowo stałą cechę, a nie chwilowy stan. Narzędzie tworzy 10 pozycji, a badani określają zgodność z nimi na czterostopniowej skali. Im więcej punktów, tym wyższą samoocenę prezentuje badany. Współczynnik rzetelności α Cronbacha w różnych grupach badanych waha się między 0,81–0,83, a w badanej próbie wynosi 0,80.

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI Spielbergera, Gorsuch, Lushene w adaptacji Spielbergera, Strelaua, Tysarczyka, 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. Współczynnik α Cronbacha dla skali X-1 wynosi 0,90, a dla skali X-2 – 0,88 (Wrześniewski i in., 2006). Tożsame wyniki uzyskano dla badanej grupy.

WYNIKI

Analiza wyników wykazała, że średnie nasilenie więzi matki z dzieckiem prenatalnym wśród badanych kobiet 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 (tabela 1).

Analiza wariancji nie ujawniła istotnych statystycznie różnic w nasileniu więzi matka–płód między trzema badanymi grupami kobiet, $F(2,192) = 0,35$; $p > 0,05$. Nie stwierdzono także różnic międzygrupowych w nasileniu poszczególnych składowych więzi.

Następnym etapem było porównanie średniego wieku badanych kobiet w poszczególnych grupach. Z danych zamieszczonych w tabeli 2 wynika, że badane były między 18. a 44. rokiem życia. Jednoczynnikowa analiza wariancji nie wykazała istotnych statystycznie różnic w zakresie średniego wieku matek, przypadającego na ok. 30. rok życia, $F(2,192) = 0,28$; $p > 0,05$.

W kolejnym kroku dokonano porównania poziomów stylów przywiązania w badanych grupach. Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA nie wykazała różnic w nasileniu konkretnych wzorców przywiązania między grupami kobiet w ciąży zagrożonych wadami i innymi zaburzeniami oraz w ciążyach fizjologicznych, co nie pozwala przyjąć hipotezy 3. (tabela 3).

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

Źródło: opracowanie własne.

TABELA 2
Średnie wartości wieku badanych kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi, z 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>
Wiek badanej	<i>M</i>	29,69	30,32	30,00	0,283	0,754
	<i>min</i>	19	18	19		
	<i>max</i>	39	44	44		
	<i>SD</i>	4,889	5,365	3,984		

Źródło: opracowanie własne.

TABELA 3
Style przywiązania kobiet w 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>
Styl bezpieczny	<i>M</i>	47,37	48,57	49,26	1,118	0,329
	<i>Min</i>	8	10	28		
	<i>Max</i>	56	56	56		
	<i>SD</i>	8,142	7,736	5,810		
Styl lękowo- -ambiwalentny	<i>M</i>	23,11	21,55	21,17	0,727	0,485
	<i>Min</i>	9	8	8		
	<i>Max</i>	56	50	46		
	<i>SD</i>	10,076	9,548	9,480		
Styl unikowy	<i>M</i>	15,57	14,74	14,46	0,307	0,736
	<i>Min</i>	2	8	8		
	<i>Max</i>	52	52	45		
	<i>SD</i>	9,652	8,592	6,648		

Źródło: opracowanie własne.

W celu sprawdzenia, który styl przywiązania jest dominujący w danej grupie, za pomocą testu chi-kwadrat, porównano liczebności kobiet osiągających wysokie i bardzo wysokie wyniki w poszczególnych skalach. 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 matek we wszystkich badanych grupach jest styl bezpieczny. 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. Dużo mniej charakterystyczny dla badanych jest styl lękowo-ambiwalentny. Pozwala to przypuszczać, że zamartwianie, czujność i niepokój o niepowodzenie czy rozpad związku nie towarzyszą im często. Najmniejsze nasilenie we wszystkich grupach badanych wykazał pomiar stylu unikowego. Można przypuszczać, że badane kobiety raczej rzadko doświadczają niechęci wobec partnera czy braku dążenia do bliskości i czułości w diadzie.

W celu określenia, czy występują różnice międzygrupowe w nasileniu samooceny, zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji w planie dla prób niezależnych. Nie wykazała ona istotnych statystycznie różnic w poziomie poczucia własnej wartości w grupach badanych matek, co nie pozwala na przyjęcie hipotezy 5. (tabela 4).

Kolejnymi porównywanymi zmiennymi był lęk cecha i stan. Wyniki przedstawione w tabeli 5 umożliwiają wnioskowanie, że kobiety w ciąży z innymi zagrożeniami osiągają najwyższy poziom lęku rozumianego zarówno jako cecha, jak i jako stan. Niższy poziom lęku w obu skalach osiągają matki w ciąży z wadami wrodzonymi, a zdecydowanie najniższy te w ciąży zdrowych.

TABELA 4
Samoocena 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>
Samoocena	<i>M</i>	31,82	32,95	32,82	0,970	0,381
	<i>min</i>	19	20	15		
	<i>max</i>	49	40	40		
	<i>SD</i>	5,508	4,645	5,062		

Źródło: opracowanie własne.

TABELA 5
Lęk u kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych

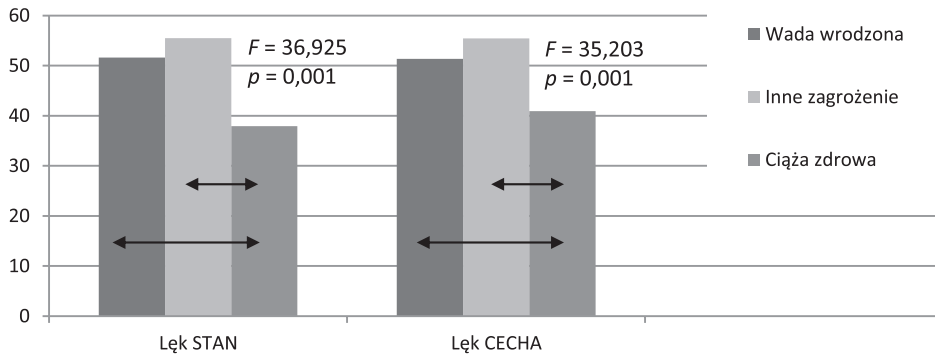
		Wady wrodzone <i>n</i> – 65	Inne zagrożenia <i>n</i> – 65	Ciąże zdrowe <i>n</i> – 65	<i>F</i>	<i>p</i>
Lęk STAN	<i>M</i>	51,63	55,51	37,94	36,925	0,001
	<i>min</i>	30	28	20		
	<i>max</i>	71	78	77		
	<i>SD</i>	11,050	10,525	14,732		
Lęk CECHA	<i>M</i>	51,34	55,43	40,92	35,203	0,001
	<i>min</i>	31	35	25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

Źródło: opracowanie własne.

Jednoczynnikowa analiza wariancji w planie dla grup niezależnych wykazała, że różnice te są istotne statystycznie (dla lęku STANU $F(2,192) = 36,93$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,28$, dla lęku CECHY $F(2,192) = 35,20$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,27$), dlatego w następnym kroku przeprowadzono porównania *post hoc* za pomocą testu Bonferroniego. Ujawniły one, że kobiety z obu grup w ciążach wysokiego ryzyka cechuje istotnie wyższy lęk niż kobiety w ciążach zdrowych (rysunek 1). Uzyskane wyniki pozwalają na przyjęcie hipotezy 8., przewidującej, że kobiety we wszystkich badanych grupach charakteryzuje lęk na różnym poziomie. Ponadto pokazały, że istotnie niższego lęku sytuacyjnego doświadczają matki w ciążach fizjologicznych. Kobiety 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 7.

W ostatnim kroku analiz przetestowano badane właściwości matki, czyli jej wiek, samoocenę, stylu przywiązania i poziom lęku pod względem siły przewidywania nasilenia więzi i jej komponentów. W tym celu zastosowano w trzech badanych grupach regresję wielozmienną z metodą krokową wprowadzania zmiennych.

Z danych zawartych w tabeli 6 wynika, że w grupie kobiet w ciążach, w których zdiagnozowano wady płodu, żadna ze zmiennych niezależnych nie determinuje



RYSUNEK 1. Średnie wartości lęku rozumianego jako stan i jako cecha oraz porównania post hoc za pomocą testu Bonferroniego

Źródło: opracowanie własne.

poziomu więzi emocjonalnej, interakcji z dzieckiem, traktowania go jako odrębnej istoty, przypisywania mu właściwości i podporządkowania się mu.

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

TABELA 6

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

Wady wrodzone				
Zmienna zależna	Zmienna niezależna	Beta	p	R ²
Odrębna istota	Wiek matki	-0,251	0,044	0,063

Źródło: opracowanie własne.

Analogicznie przeprowadzono regresję wielozmienną dla więzi i jej komponentów w grupie kobiet w ciąży wysokiego ryzyka z innymi zagrożeniami. Wyniki przedstawione w tabeli 7 pozwalają wnioskować, że poziom samooceny matek w ciąży z innymi wadami jest predyktorem ich więzi prenatalnej, $F(1,63) = 6,97$; $p < 0,05$. Testowany model wyjaśnia 10% wariancji zmiennej zależnej. Samoocena jest także predyktorem interakcji podejmowanych z dzieckiem. W tym przypadku wariancja zmiennej zależnej jest wyjaśniana tylko w 8%, $F(1,63) = 5,89$; $p < 0,05$. Stwierdzono również związek samooceny z przypisywaniem właściwości dziecku. Przy dobrze dopasowanym modelu $F(1,63) = 7,13$; $p < 0,05$, wariancję zmiennej wyjaśnia 10%. 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 istotną rolę predykcyjną lękowo-ambiwalentnego stylu przywiązania dla 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 (tabela 7).

TABELA 7

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

Inne zagrożenia				
Zmienna zależna	Zmienna niezależna	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

Źródło: opracowanie własne.

W przypadku podejmowania roli rodzicielskiej istotnym predyktorem okazał się unikowy styl przywiązania, $F(1,63) = 4,24$; $p < 0,05$, przy niskim procencie wyjaśnienia wariancji zmiennej – 6%. Przywiązanie unikowe utrudnia wyobrażanie sobie siebie w pełnieniu roli opiekuna po urodzeniu dziecka (tabela 7).

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

W tabeli 8 zamieszczono 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.

TABELA 8

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

Zdrowe ciążę				
Zmienna zależna	Zmienna niezależna	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

Źródło: opracowanie własne.

Również traktowanie dziecka jako odrębnej istoty może być przewidywane na podstawie stylu bezpiecznego 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 zależnych, 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.

DYSKUSJA I WNIOSKI

Przeprowadzone analizy porównawcze nie wykazały istotnych statystycznie różnic w nasileniu więzi matki z nienarodzonym dzieckiem pomiędzy grupami kobiet w ciążach fizjologicznych, z wadami wrodzonymi oraz innymi zagrożeniami. Podobne rezultaty uzyskano w porównaniach (nieprezentowanych w artykule ze względu na ograniczenia objętości tekstu) uwzględniających planowanie i kolejność ciąży oraz wcześniejsze doświadczenia prokreacyjne. Brak zróżnicowania może być spowodowany późnym wiekiem ciążowym badanych oraz znajomością ostatecznej diagnozy stanu ciąży i rozwijającego się płodu. Ze względu na uzyskanie dość niskiej rzetelności podskal MFAS zasadnym wydaje się pogłębienie tej problematyki w dalszych badaniach.

Uzyskane wyniki są spójne z tymi przedstawionymi przez Pawełczyk, Cypryk, Bielawską-Batorowicz (1999) oraz Chazotte i in. (1995), które niezależnie wykazały, że zagrożenie ciąży, będące skutkiem choroby matki nie determinuje jej więzi z dzieckiem prenatalnym. Również Bieleninik, Preis i Bidzan (2010) wykazały brak różnic w nasileniu relacji matka–płód między kobietami w ciążach jedнопłodowych a wielopłodowych, które traktuje się jako cięższe zagrożone. Także Kemp i Page (1987), Ustunsoz i in. (2010) oraz Pisoni i in. (2015) nie stwierdzili zróżnicowania pomiędzy kobietami w ciążach zdrowych i zagrożonych. Inne wnioski wyciągnęły Bielawska-Batorowicz i Siddiqui (2008), wykazując, że wśród polskich kobiet w przypadku zagrożenia ciąży więź jest mniej intensywna.

Jak już wspomniano, Caccia i in. (1991) odnotowali spadek nasilenia więzi w czasie oczekiwania na wyniki badań prenatalnych oraz jej znaczący wzrost po potwierdzeniu braku zagrożenia. Natomiast z uwagi na fakt, że w tym badaniu nawiązywano kontakt z matkami już po zdiagnozowaniu nieprawidłowości i w trakcie terapii, służącej jej korekcie lub wyeliminowaniu, wykonanie takich obserwacji nie było możliwe.

Brak zróżnicowania między badanymi grupami w nasileniu relacji prenatalnej nie pozwala na potwierdzenie hipotezy, że kobiety w ciążach z wadami wrodzonymi tworzą słabszą więź z dziećmi niż te w ciążach fizjologicznych i z innymi zagrożeniami. Może to być konsekwencją 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, 2002; Yercheski i in., 2009), co pozwala przypuszczać, że w przypadku badanych kobiet mogła być na takim poziomie rozwoju, by nie wykazywać istotnych różnic. To znaczące ograniczenie nasuwa konieczność przeprowadzenia w przyszłości badań podłużnych, które umożliwiłyby towarzyszenie matce na różnych etapach rozwoju ciąży, diagnozy i terapii, w celu monitorowania potencjalnych zmian zachodzących w jej przywiązaniu prenatalnym.

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, co jednak nie zostało potwierdzone w dodatkowych analizach nieprezentowanych w artykule.

Wiele badań wskazuje na to, że silniejszą więź emocjonalną z dzieckiem tworzą młodsze matki (Berryman, Windridge, 1996, za: Bielawska-Batorowicz, 2006; Siddiqui i in., 1999; Ustunsoz i in., 2010). Obserwacje w tej grupie zmiennych nie pozwoliły na przyjęcie hipotezy 2, 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 związania z płodem. Wśród badanych kobiet nie stwierdzono różnic międzygrupowych w zakresie trzech stylów przywiązania.

Zaskakującym jest, że nie stwierdzono związku stylów przywiązania z więzią ogólną w żadnej z badanych grup. Natomiast należy zwrócić uwagę, że wśród kobiet w ciążach 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, co potwierdzają także badania Zdolskiej-Wawrzkiwicz, Chrzan-Dętkoś i Bidzan (2018). Wydaje się to 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 ciążach 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 (Liberska, Suwalska, 2011; Plopa, 2008b; Rostowski, 2003). Być może dlatego kobietom w ciążach prawidłowych łatwiej jest 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 ciążach z wadami wrodzonymi.

Matki w badanych grupach w podobny sposób oceniają siebie. W podjętych analizach nie zaobserwowano związku samooceny z więzią emocjonalną matka–płód w ciążyach zdrowych oraz w ciążyach 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 ciążyach z innymi zagrożeniami. Można przypuszczać, że fakt wystąpienia zależności w grupie ciąży 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 ciąży ze zdiagnozowanymi wadami wrodzonymi, ponieważ rozwijają się one niezależnie od działań matki. Również Abasi i zespół (2013) wykazali bezpośredni wpływ samooceny na więź prenatalną. W kontekście uzyskanych wyników zasadnym wydaje się dalsza eksploracja związku samooceny matki z więzią prenatalną i zweryfikowanie, czy poziom więzi z dzieckiem może mieć wpływ na samoocenę kobiety.

Zgodnie z przewidywaniami kobiety w obu grupach ciąży wysokiego ryzyka przejawiały istotnie wyższy poziom lęku jako stanu niż te w ciążyach zdrowych. Różnicował je również poziom lęku cechy – matki w ciążyach z wadami wrodzonymi i innymi zagrożeniami charakteryzował silniejszy lęk rozumiany jako właściwość niż te w ciążyach 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, Stafford i Anumba (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 istotności predykcyjnej lęku cechy i stanu dla więzi emocjonalnej, co potwierdzają badania 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 ciążyach 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, które uzyskali 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 przeprowadzone przeze mnie badania.

Przedstawione wyniki umożliwiają wnioskowanie, że siła więzi matki z jej nienarodzonym dzieckiem nie różnicuje kobiet w ciążyach z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami oraz rozwijających się prawidłowo. Natomiast jest warunkowana przez różne czynniki w zależności od wystąpienia i rodzaju zagrożenia ciąży. Ponieważ więź rodzica z dzieckiem zaczyna kształtować się już w okresie prenatalnym i ma wpływ na jakość wzajemnych relacji w późniejszym życiu, znaczącym jest wzmocnienie i wspomaganie jej jak najwcześniej. 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. Diagnostyka prenatalna oraz możliwości wczesnego 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, 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.

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.
- 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.
- Bielawska-Batorowicz, E. (1995). *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie okołoporodowym*. Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- 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 ciążyach wielopłodowych i pojedynczych. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 3, 223–231.
- 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.
- Caccia, N., Johnsson, J.M., Robinsoon, 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.
- 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.
- Cranley, M.S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30, 281–284.
- Hee, L.S., Young, L.E. (2015). Factors influencing maternal-fetal attachment in high-risk pregnancy. *Advanced Science and Technology Letters*, 104, 38–42.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- Liberska, H., Suwalska, D. (2011). Styl przywiązania a relacje partnerskie we wczesnej dorosłości. *Psychologia Rozwojowa*, 16(1), 25–39.
- Łaguna, M., Lachowicz-Tabaczek, K., Dzwonkowska, I. (2007). Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna*, 2(4), 164–176.
- 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.
- 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.
- Muller, M.E. (1992). A critical review of prenatal attachment research. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 6(1), 5–22.
- Muller, M.E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 25, 161–166.
- Narita, S., Maehara, S. (1993). The development of maternal-fetal attachment during pregnancy. *Nihon Kango Kagakkai-shi*, 131, 1–9.
- Pawelczyk, A., Cypriak, K., Bielawska-Batorowicz, E. (1999). Poziom lęku i więzi emocjonalna z dzieckiem w okresie ciąży u kobiet z GDM i zdrowych ciężarnych. *Diabetologia Polska*, 6, 189–192.
- 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.
- Plopa, M. (2003). Rozwój i znaczenie bliskich więzi w życiu człowieka. W: B. Wojciszke, M. Plopa (red.), *Osobowość a procesy psychiczne i zachowanie* (s. 49–79). Kraków: Impuls.
- Plopa, M. (2008a). *Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych*. Warszawa: Vizja Press & IT.
- Plopa, M. (2008b). *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*. Kraków: Impuls.
- Radovanović, M., Mihić, I. (2018). Razvoj Prenatalne Vežanosti U Kontekstu Iskustva Iz Porodice Porekla. *Primenjena Psihologija*, 11(1), 53–67.
- Rostowski, J. (2003). Style przywiązania a kształtowanie się związków interpersonalnych w rodzinie. W: I. Janicka, T. Rostowska (red.), *Psychologia w służbie rodziny* (s. 19–31). Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- 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.
- Stanton, F., Golombok, S. (1993). Maternal-fetal attachment during pregnancy following in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, 14(2), 153–158.
- 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.
- Ustunsoz, A., Guvenc, G., Akyuz, A., Oflaz, F. (2010). Comparison of maternal- and paternal-fetal attachment in Turkish couples. *Midwifery*, 26, 1–9.
- 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* (s. 101–127). Poznań: Wydawnictwo Naukowe WSNHiD.
- Wrześniewski, K., Sosnowski, T., Jaworowska, A., Fecenec, D. (2006). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI*. Warszawa. Pracownia Testów Psychologicznych.
- Yercheski, A., Mahon, N.E., Yercheski, T.J., Hank, M.M., Cannella, B.L. (2009). A metaanalytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 708–715.
- Zdolska-Wawrzekiewicz, A., Chrzan-Dętko, M., Bidzan, M. (2018). Maternal attachment style during pregnancy and becoming a mother in Poland. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 36(1), 4–14.
- Zimerman, A., Doan, H.M. (2003) Prenatal attachment and other feelings and thoughts during pregnancy in three groups of pregnant women. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 18, 131–148.

THE INDIVIDUAL MOTHER'S CHARACTERISTICS AND MATERNAL-FETAL ATTACHMENT IN HEALTHY PREGNANCIES AND PREGNANCIES WITH CONGENITAL DISORDER AND OTHER COMPLICATIONS

Abstract: The purpose of this study was to examine which of the selected variables, like: age, attachment styles, self-esteem and anxiety predict the development of the emotional attachment between the woman and fetus in physiological and high-risk pregnancies. The study involved child-bearing women with no pregnancy complications as well as those with congenital disorders and other pregnancy complications. Data was collected using *Fetal Attachment Scale – FAS*, *Questionnaire of Attachment Styles – KSP*, *Rosenberg Self-Esteem Scale – SES*, *State-Trait Anxiety Inventory – STAI* and standardized interview designed for this study. Regression analysis showed that the mother's age was predictive of her relationship with the child with congenital disorder. In pregnancy with other complications the intensity of

the maternal-fetal attachment (MFA) and its components were significantly associated with the mother's self-esteem and her attachment styles. In healthy pregnancies safe attachment style was related to the selected aspects of prenatal bonding. The level of state and trait anxiety were irrelevant for the MFA. The acceptance of the autonomy of a child diagnosed with a birth defect decreased with increasing mother's age. The low mother's self-esteem and her insecure attachment style can be detrimental to MFA in pregnancy with other complications. The mother's secure attachment style predicted the higher intensity of various MFA aspects in healthy pregnancy.

Keywords: maternal-fetal attachment, high-risk pregnancy, attachment style, self-esteem, anxiety, pregnancy.