

Marta Kucharska

Uniwersytet Łódzki

Doświadczenie ciąży z wadą wrodzoną a więź matki z dzieckiem prenatalnym

Celem prezentowanych badań było określenie natężenia więzi emocjonalnej matki z dzieckiem prenatalnym oraz aspektów doświadczania ciąży z wadami wrodzonymi, ponadto ustalenie czy sposób doświadczania ciąży pozwala na przewidywanie więzi emocjonalnej matki z dzieckiem ze zdiagnozowaną wadą wrodzoną. Badaniem objęto 65 kobiet w ciąży ze zdiagnozowaną wadą rozwojową dziecka w okresie płodowym. Do zebrania danych zastosowano kwestionariusz wywiadu, Kwestionariusz „Więź z dzieckiem w okresie ciąży” oraz Skalę Doświadczania Ciąży. Analiza wykazała, że kobiety w ciąży z wadami wrodzonymi tworzą silną więź emocjonalną z nienarodzonymi dziećmi. Natomiast najbardziej doświadczaną trudnością w czasie ciąży jest nadmierna koncentracja na niej i lęk przed macierzyństwem. Sposób doświadczania ciąży jest znaczący dla relacji jaką matka zaczyna tworzyć ze swoim dzieckiem w okresie prenatalnym.

Słowa kluczowe: więź prenatalna, więź matki z dzieckiem w okresie prenatalnym, doświadczanie ciąży, wady wrodzone

Experience in pregnancy with congenital disorder and maternal-fetal attachment

The purpose of this study was to investigate the intensity of Maternal-Fetal Attachment (MFA) and experience of pregnancy with congenital disorder. Additional aim was to examine which of the selected variables predict the development of the emotional attachment between the woman and fetus in high-risk pregnancies. The study involved 65 child-bearing women with congenital disorders. Data was collected by Fetal Attachment Scale, Pregnancy Experiences Scale and interview. The analysis showed that women in pregnancies with congenital disorder form a strong emotional bond with the unborn child. However, the most experienced difficulty during pregnancy is fear of motherhood and focus on fetus and state of health. The way of experiencing pregnancy is significant for the maternal-fetal attachment.

Keywords: prenatal attachment, maternal-fetal attachment, pregnancy experiences, congenital disorder

Wprowadzenie

Ciąża jest okresem, w którym wraz ze zmianami fizjologicznymi w poszczególnych trymestrach zachodzą zmiany w psychice przyszłej matki (Raphael-Leff 1991). Rubin podkreśla, że jednym z kluczowych zadań stojących przed kobietą w czasie ciąży jest zbudowanie więzi emocjonalnej z dzieckiem prenatalnym (Bielawska-Batorowicz 2006; Brandon i in. 2009). Według koncepcji Cranley (1981) więź prenatalna przejawia się w traktowaniu dziecka jako odrębnej istoty, przypisywaniu mu pewnych właściwości, podejmowaniu z nim interakcji przez powłoki brzuszne, wyobrażeniach na temat pełnienia roli rodzicielskiej oraz zmianie sposobu funkcjonowania dla potrzeb dziecka i bezpiecznego przebiegu ciąży (Bielawska-Batorowicz 2006). 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).

Kobieta zaczyna przygotowywać się do roli matki już w momencie planowania ciąży. Sam okres ciąży jest czasem, w którym uczy się ona akceptacji tej roli i oswaja z przyjściem na świat dziecka (Orlikowska, Bołtuć 2018). Niezwykle ważnym etapem tego procesu jest poród, podczas którego dokonuje się transformacja w matkę (Bakiera 2013a). Proces ten może zostać zaburzony przez komplikacje ciąży, w których konsekwencji dochodzi do jej rozwiązania przed terminem. Zjawisko to nazywane jest w literaturze „przedwczesnymi narodzinami rodzica” (Bruschweiler-Stern 1998; Kmita 2002). Powikłania okołoporodowe i przedterminowe przyjscie na świat dziecka wpływają na relacje interpersonalne w systemie rodzinnym i ich dynamikę. Pojawienie się przed oczekiwanym czasem nowego członka rodziny, który nie jest jeszcze w pełni dojrzały biologicznie, konieczność jego hospitalizacji i oddzielenia od rodziców zaburzają ich pierwsze kontakty z noworodkiem (Brisch i in. 2003; Kmita 2004; Orlikowska, Bołtuć 2018).

Szczególnie zasadne wydaje się badanie poziomu więzi między matką a dzieckiem w okresie prenatalnym w ciążach ze zdiagnozowanymi wadami wrodzonymi, czyli wewnętrzną lub zewnętrzną nieprawidłowością morfologiczną, która powstaje w okresie życia wewnątrzmacicznego. Wady rozwojowe mają charakter wrodzony, czyli są obecne przy urodzeniu, niezależnie od ich etiologii, patogenezy i momentu zdiagnozowania, nawet jeśli nie są wykryte tuż po porodzie (Tobias i in. 2013; Latos-Bieleńska, Materna-Kiryłuk 1998, 2010). Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych podaje, że występują one u 2–4% noworodków i są jedną z głównych przyczyn śmierci. Stanowią także główne źródło niepełnosprawności fizycznej u dzieci, której może towarzyszyć niepełnosprawność intelektualna. Szacuje się, że 32–56% niemowląt z niepełnosprawnością intelektualną ma wady

rozwojowe. Narodziny dziecka ze znaczącą wadą wrodzoną w istotny sposób wpływają na funkcjonowanie systemu rodzinnego i często wymagają wieloaspektowej opieki medycznej i terapeutycznej (Latos-Bieleńska, Materna-Kiryłuk 2010).

Muller (1996) podkreśla, że więź emocjonalna w okresie prenatalnym oraz jej specyfika są ściśle związane z relacją rodzica z dzieckiem po jego narodzinach. Według Taffazoli i in. (2015) więź matki z dzieckiem w okresie prenatalnym jest najważniejszym predyktorem jej więzi z dzieckiem po urodzeniu. Relacja ta przejawia się bardziej w zachowaniach emocjonalnych i dążeniu do bliskości, niż w opiece nad niemowlęciem. Badania podłużne Siddiqui i in. (2000) również wykazały, że kobiety, których więź w ciąży była silniejsza, po rozwiązaniu podejmowały więcej interakcji z niemowlęciem, ich reakcje na wysyłane przez nie sygnały były szybsze, dostarczały mu też większej stymulacji. Potwierdzają to obserwacje innych badaczy, np. Shin, Park i Kim (2006). Matki, które nawiązały słabą więź z dzieckiem w czasie ciąży, wykazują mniejszą dbałość o zachowania sprzyjające zdrowiu (Lindgren 2001) i mają gorsze relacje z dzieckiem po porodzie (Bielawska-Batorowicz 2006). Ponadto niski poziom przywiązania prenatalnego występuje z zaniedbywaniem, a nawet przemocą wobec dziecka po urodzeniu (Tsuji no i in. 2004).

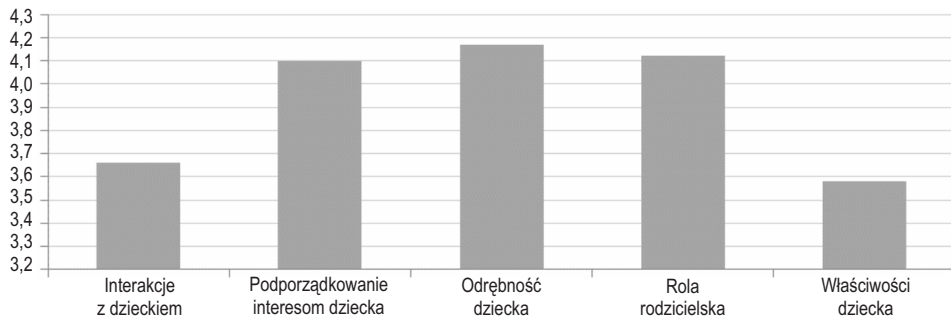
Silna więź matki z dzieckiem w okresie prenatalnym może zatem stanowić podstawę efektywnego, i co ważne, zaangażowanego rodzicielstwa. Relacja prenatalna obejmuje określone zachowania wobec dziecka, które ostatecznie przekładają się na zaangażowanie rodzicielskie po jego urodzeniu (Bakiera 2013a, 2013b). Zaangażowany styl realizowania rodzicielstwa uwzględnia komponenty walencyjne, poznawczo-emocjonalne i behawioralne. Zaangażowanie walencyjne przejawia się w traktowaniu bycia rodzicem jako jednej z nadrzędnych wartości (Bakiera 2013b), co można zaobserwować także w wyrażaniu gotowości i chęci do pełnienia roli rodzicielskiej, które jest elementem składowym więzi emocjonalnej w okresie prenatalnym. Zaangażowanie poznawczo-emocjonalne ujawnia się w koncentrowaniu myśli, uwagi i wyobrażeń na byciu rodzicem oraz zmieniającym się dziecku (Bakiera 2013a, 2013b), co uwydatnia się także w podmiotowym traktowaniu dziecka prenatalnego (Kornas-Biela 2009), przypisywaniu mu właściwości i interakcjach z nim. Natomiast element więzi emocjonalnej, jakim jest podporządkowanie interesom rozwijającego się prenatalnie dziecka i ciąży, jest widoczny 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).

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.

Cel badania

Celem prezentowanych badań było określenie natężenia więzi emocjonalnej matki z dzieckiem prenatalnym oraz aspektów doświadczania ciąży z wadami wrodzonymi. Ponadto ustalenie, czy sposób doświadczania ciąży pozwala na przewidywanie więzi emocjonalnej matki z dzieckiem ze zdiagnozowaną wadą wrodzoną.



Rysunek 1. Średnie wartości komponentów więzi matki z dzieckiem prenatalnym

Źródło: opracowanie własne.

Szczegółowe problemy badawcze zostały ujęte w formie następujących pytań i hipotez:

1. Jakie jest nasilenie więzi emocjonalnej matki z dzieckiem w okresie płodowym oraz jej komponentów w ciążach z wadami wrodzonymi?

H1: Poziom więzi badanych kobiet z nienarodzonymi dziećmi ze zdiagnozowanymi wadami wrodzonymi jest wysoki.

H2: Wiąż badanych kobiet najsilniej przejawia się w traktowaniu dziecka jako odrębnej istoty.

Przypuszcza się, że badane kobiety będą przejawiały wysoki poziom nasilenia więzi ze swoimi nienarodzonymi dziećmi, ponieważ najniższy wiek ciążowy w tej grupie przypadła na 22. tydzień. Badacze są zgodni, co do tego, że więź narasta wraz z rozwojem ciąży (np. Bielawska-Batorowicz 2006: 135–138; Laxton-

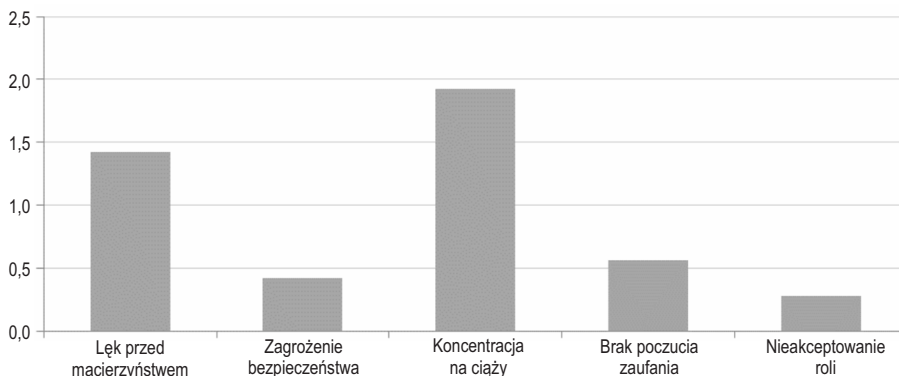
-Kane, Slade 2005: 256; Yercheski i in. 2009: 713), dlatego przewiduje się, że na tym etapie będzie ona już znacząco rozwinięta. Traktowanie płodu jako odrębnej istoty jest komponentem więzi, który pojawia się najwcześniej (Bielawska-Batorowicz 2006: 136), dlatego przyjęto, że w drugiej połowie ciąży relacja matki z dzieckiem będzie najbardziej obserwowalna w tym aspekcie.

2. Które trudności związane z doświadczaniem ciąży są najczęstsze u badanych kobiet?

H3: Jedną z najsilniej doświadczanych przez badane kobiety niedogodnością w czasie ciąży jest nadmierna koncentracja na swoim obecnym stanie.

H4: Jedną z najsilniej ujawnianych przez badane kobiety trudności w czasie ciąży jest lęk przed macierzyństwem i porodem.

Badania porównawcze kobiet w ciążach wysokiego ryzyka i w ciążach fizjologicznych przeprowadzone przez Szymonę-Pałkowską (2005: 158–159) pokazują, że niezależnie od stanu zdrowia badanej i dziecka, najsilniej doświadczanymi trudnościami są: nadmierna koncentracja na ciąży oraz obawy związane z pełnieniem roli macierzyńskiej po urodzeniu dziecka. Przyjęto, że badane matki będą ujawniać niedogodności związane z doświadczaniem ciąży na podobnym poziomie nasilenia.



Rysunek 2. Średnie wartości doświadczania ciąży

Źródło: opracowanie własne.

3. Czy istnieje związek między doświadczaniem ciąży przez kobietę a więzią prenatalną?

H5: Doświadczanie ciąży jako uciążliwej współwystępuje z niższym nasileniem więzi matki z dzieckiem i jej komponentów.

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: 113–116), to jej niezadowolenie oraz przeciążenie mogą przekładać się na tworzenie mniej intensywnej więzi z nienarodzonym dzieckiem. Można przypuszczać, że związek ten będzie szczególnie widoczny w sytuacji ciąż zagrożonych, dla których charakterystyczne są nieprzyjemne dla kobiet objawy i dolegliwości fizyczne.

Osoby badane

Udział w badaniu wzięło 65 pacjentek Zakładu Diagnostyki i Profilaktyki Wad Wrodzonych oraz Kliniki Ginekologii, Rozrodczości i Terapii Płodów w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki. Wszystkie badane spodziewały się dzieci, u których zostały zdiagnozowane izolowane wady wrodzone, takie jak: wodogłowie, wytrzewienie, wady serca, guzy i torbiele nerek oraz uropatia zaporowa.

Tabela 1. Charakterystyka badanych

	M	Min	Max	SD
Tydzień ciąży	31,06	22	40	5,08
Wiek badanej	29,69	19	39	4,89
			N	%
Miejsce zamieszkania	duże miasto		31	47,7
	małe miasto		19	29,2
	wieś		15	23,1
Wykształcenie	zasadnicze		6	9,2
	średnie		15	23,1
	wyższe		44	67,7
Stan cywilny	związek małżeński		53	81,5
	związek nieformalny		12	18,5
Ciąża	pierwsza		31	47,7
	kolejna		34	52,3
Ciąża planowana	tak		51	78,5
	nie		14	21,5

Źródło: opracowanie własne.

Wiek ciążowy badanych wahał się między 22 a 40 tygodniem ($M = 31$ tydzień). Najmłodsze matki miały 19 lat, najstarsze 39, a średnia wieku dla całej grupy wyniosła 30 lat. Prawie 48% badanej grupy stanowiły mieszkanki dużych miast, 29% małych miejscowości, a 23% kobiety zamieszkujące tereny wiejskie. Zdecydowana większość respondentek (68%) deklarowała wykształcenie wyższe, 23% średnie, zaś zawodowe wykazało tylko 9% badanej populacji. Kobiety pozostały w związkach z mężczyznami, których wskazywały jako biologicznych ojców spodziewanego potomstwa. 81,5% stanowiły mężatki, 18,5% pozostawało w związkach kohabitujących. 48% badanych stanowiły pierworódki, a 52% kobiet doświadczyło już wcześniej ciąży. Większość badanych, bo aż 78,5%, planowało poczęcie oczekiwanego dziecka, dla 21,5% ciąża nie była stanem zamierzonym (tab. 1).

Narzędzia badawcze

Do zbadania więzi emocjonalnej matki z dzieckiem w okresie prenatalnym i jej komponentów użyto kwestionariusza „Więź z dzieckiem w okresie ciąży” (Maternal-Fetal Attachment Scale – MFAS) skonstruowanego przez M.S. Cranley i zaadaptowanego do polskich warunków przez Bielawską-Batorowicz (1995). Oprócz globalnej więzi matki z nienarodzonym dzieckiem, narzędzie pozwala także na określenie nasilenia poszczególnych komponentów tej relacji, czyli: Traktowania dziecka jako odrębnej istoty (4 itemy), Przypisywania mu właściwości (6 itemów), Nawiązywania z nim interakcji (5 itemów), Podejmowania roli rodzicielskiej (4 itemy) oraz Podporządkowania interesom dziecka (5 itemów). Im wyższy wynik szacowany na skali od 1–5 osiąga badana, tym bardziej intensywna jest jej więź z dzieckiem.

Aby określić postawy matek wobec obecnej ciąży zastosowano Skalę Doświadczenia Ciąży S. Steuden i K. Szymony. Narzędzie pozwala mierzyć 5 aspektów macierzyństwa i ciąży z uwzględnieniem obaw, oczekiwań i trudności związanych z nową sytuacją życiową. Obejmuje: Lęk przed macierzyństwem (10 twierdzeń), Zagrożenie poczucia bezpieczeństwa (w relacji z partnerem w kontekście ciąży i rodzicielstwa – 5 twierdzeń), Koncentrację na ciąży (6 itemów), Trudności w sferze zaufania do siebie i możliwości wsparcia (6 twierdzeń), Trudności w akceptacji roli macierzyńskiej (3 itemy). Im wyższy wynik, określany na skali 0–3, tym bardziej uciążliwe i trudne są dla badanej doświadczenia obecnej ciąży (Szymona-Pałkowska 2005).

Wyniki

Analiza wyników wykazała, że średnie nasilenie więzi matki z dzieckiem prenatalnym wśród badanych kobiet jest wysokie zarówno w aspekcie globalnym, jak i w poszczególnych jej komponentach (Tabela 2). Natomiast analiza wariancji wskazuje na istotne statystycznie różnice w średnich uzyskiwanych w poszczególnych podskalach $F(4,320) = 13,14; p < 0,001$ (tab. 2).

Tabela 2. Więź z dzieckiem matek w ciąży z wadami wrodzonymi

	Wyniki surowe		Wyniki na skali 1–5		F	p
	M	SD	M	SD		
Interakcja z dzieckiem	18,29	3,09	3,66	0,66	13,14	0,001
Podporządkowanie dziecku	20,52	2,52	4,10	0,50		
Odrębność dziecka	16,69	2,49	4,17	0,62		
Rola rodzicielska	16,48	2,78	4,12	0,70		
Właściwości dziecka	21,49	4,14	3,58	0,69		
Więź z dzieckiem	93,48	10,92	3,93	0,67		

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzone porównania *post hoc* za pomocą testu Bonferroniego ujawniły istotne różnice między Podejmowaniem interakcji z dzieckiem i Przypisywaniem mu właściwości a pozostałymi składowymi więzi. Analiza średnich (tab. 2) pokazuje, że więź badanych kobiet najsilniej przejawia się w akceptacji dziecka jako odrębnej istoty, czyli w przyjęciu, że mimo ścisłej zależności od organizmu matki, dziecko stanowi odrębną całość. W drugiej kolejności w gotowości do podjęcia roli rodzicielskiej, czyli wyobrażeniu siebie w wypełnianiu zadań macierzyńskich po przyjściu dziecka na świat. Następnie w podporządkowaniu się interesom nienarodzonego dziecka, czyli zmianie dotychczasowych przyzwyczajeń i stylu życia tak, aby nie zagrażały one przebiegowi ciąży i zdrowiu dziecka. Natomiast badane matki najmniej okazują przywiązanie do dziecka przez podejmowanie z nim interakcji, czyli dotykanie go przez powłoki brzuszne, śpiewanie czy mówienie do niego oraz przez przypisywanie mu właściwości, czyli tworzenie jego obrazu wyobrazonego, nadawanie mu cech psychicznych. Należy zwrócić jednak uwagę, że nadal te składowe więzi plasują się znacznie powyżej średniej.

Na podstawie średnich wyników doświadczenia ciąży, które obrazuje tabela 3, można stwierdzić, że badane matki odczuwają najmniej trudności w związku z zaakceptowaniem roli rodzicielskiej. Oznacza to, że są zadowolone z wchodzenia w nową rolę społeczną i wykazują chęć zaangażowania w wynikające z niej

obowiązki. Czują się też raczej bezpieczne w swoich relacjach z partnerami, pogłębiają je w czasie trwania ciąży. Można zatem przypuszczać, że czują się wspierane w oczekiwaniu na dziecko, doświadczają ciepła i akceptacji w diadzie. Badane darzą dość dużym zaufaniem specjalistów. Można wnioskować, że informacje i opieka, jaką od nich otrzymują dobrze wpływa na ich samopoczucie, co potwierdzają także poczynione obserwacje oraz rozmowy z nimi i wyrażane przez nie zadowolenie z opieki medycznej. Analiza wariacji wskazuje na istotne statystycznie różnice w średnich uzyskiwanych w poszczególnych skalach doświadczania ciąży, $F(4,320) = 194,65; p < 0,001$.

Tabela 3. Doświadczanie ciąży z wadami wrodzonymi

	Wyniki surowe		Wyniki na skali 0-3		F	p
	M	SD	M	SD		
Lęk przed macierzyństwem	14,20	5,72	1,42	0,57	194,65	0,001
Zagrożenie bezpieczeństwa	2,09	2,10	0,42	0,42		
Koncentracja na ciąży	11,52	2,02	1,92	0,34		
Brak poczucia zaufania	3,37	1,96	0,56	0,32		
Nieakceptowanie roli	0,85	1,06	0,28	0,35		

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzone przy użyciu testu Bonferroniego porównania *post hoc* pokazują, że najsilniej podkreślaną niedogodnością związaną z ciążą ze zdiagnozowanymi wadami wrodzonymi jest koncentracja na jej przebiegu, wiążąca się z obciążeniem psychicznym spowodowanym dużą ambiwalencją emocjonalną i troską o stan zdrowia dziecka i własny. Może to prowadzić do zmęczenia psychicznego oraz poczucia osamotnienia w przeżywanych stanach. Drugą trudnością o istotnie silniejszym natężeniu od innych jest lęk przed macierzyństwem, ujawniający się w negatywnych emocjach i obawach dotyczącymi pielęgnacji i wychowywania dziecka (tab. 3.).

W celu określenia, które z przedstawionych zmiennych, dotyczących doświadczania obecnej ciąży, czyli postaw wobec niej i uciążliwości z nią związanych, pozwalają przewidzieć natężenie więzi emocjonalnej i jej składowych, zastosowano analizę regresji wielozmiennowej. Równanie regresji krokowej wykonano dla globalnej więzi i analogicznie dla jej komponentów, traktując wynik ogólny oraz wyniki w poszczególnych skalach jako zmienne zależne (objaśniane). W tabeli 4. uwzględniono tylko zmienne, które okazały się predyktorami więzi emocjonalnej i jej komponentów w grupie kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi.

Tabela 4. Analiza regresji liniowej dla więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu doświadczania ciąży z wadami wrodzonymi

Zmienna zależna	Zmienna niezależna	Beta	p	R 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

Źródło: opracowanie własne.

Przedstawione analizy wskazują, że istotnym predyktorem więzi ogólnej z zakresu doświadczania ciąży jest nieakceptowanie roli rodzicielskiej. Oznacza to, że kobiety w ciążach z wadami wrodzonymi nawiązują tym silniejszą więź emocjonalną z nienarodzonym dzieckiem, im bardziej akceptują rolę rodzicielską. Model okazał się być dobrze dopasowany $F(1,63) = 11,34$; $p < 0,01$ i wyjaśnia 15% wariancji zmiennej zależnej ($R^2 = 0,15$). Wskazuje to, że gdy kobieta nie akceptuje roli macierzyńskiej, można przewidywać niskie nasilenie jej więzi z dzieckiem w okresie płodowym.

Analogicznie do globalnej więzi emocjonalnej z dzieckiem przeprowadzono analizę regresji wielozmiennowej dla jej poszczególnych komponentów. Żadna ze zmiennych 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. Oznacza to, że kobiecie łatwiej zmienić swój tryb życia dla potrzeb dziecka, gdy wierzy w kompetencje specjalistów opiekujących się nią i ciążą oraz dostaje rzetelną i przystępną informację na temat stanu ciąży. Model wyjaśnia 13% wariancji i jest dobrze dopasowany $F(1,63) = 9,37$; $p < 0,005$.

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 ocenią działania i profesjonalizm personelu medycznego.

W kolejnym modelu zmienną wyjaśnianą było podejmowanie roli rodzicielskiej, a predyktorem okazało się nieakceptowanie tej roli. Model wyjaśnia 18% wariancji i jest istotny statystycznie, $F(1,63) = 13,74$; $p < 0,001$. Uzyskane wyniki wskazują, że kiedy kobiety, u których dzieci wykryto zaburzenia rozwoju, akceptują rolę macierzyńską, wyrażają większą gotowość do wypełniania obowiązków rodzicielskich po przyjściu dziecka na świat.

Dyskusja i wnioski

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 oczekiwaniom jakie ma wobec niej partner i otoczenie. Duża część tych uciążliwości towarzyszy wszystkim kobietom 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 nienarodzonego dziecka.

Badane kobiety charakteryzuje pozytywne podejście do doświadczeń okresu ciąży. Wykazują się one dość dużym poczuciem bezpieczeństwa w relacji ze swoimi partnerami, czują się akceptowane i nie wyrażają obaw, że zostaną same z dzieckiem po rozwiązaniu. Ponadto wysoko oceniają jakość wsparcia oferowanego im przez personel medyczny, mają poczucie zaufania do siebie i pewności w odnalezieniu się w sytuacji ciąży i przyszłego rodzicielstwa. Wskazuje na to także brak trudności w akceptacji roli macierzyńskiej, świadczący o chęci podjęcia obowiązków rodzicielskich i zaangażowaniu w nie.

Wydaje się to szczególnie istotne w obliczu badań Bakiery (2013b: 29), która wykazała, 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 2008: 79; Orlikowska, Bołtuć 2018: 329, 336). 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 oczekiwane wsparcie, przejawiają wyższy poziom zaangażowania rodzicielskiego. Z kolei jego brak może ograniczać zdolność przystosowania się do roli macierzyńskiej (Janicka, 2014: 292–293).

Mimo deklarowanej akceptacji roli rodzicielskiej, respondentkom towarzyszy silny lęk przez macierzyństwem. Wiąże się on z trudnymi emocjami, poczuciem osamotnienia i drażliwością związanych z obawami o przebieg ciąży, własnymi kompetencjami opiekuńczymi i wychowawczymi. Zaobserwowano także, że badane, u których dzieci wykryto wady wrodzone silnie koncentrują się na swoim stanie. Podobne obserwacje poczyniła Szymona-Pałkowska (2005: 158) 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: 164) podkreśla, że w tym kontekście skupienie na problemie, które zazwyczaj jest konstruktywnym sposobem radzenia sobie ze stresem, może być przyczyną zwiększenia napięcia wewnętrznego. Bardzo często repertuar działań matki 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 kondycję zdrowotną. Efektem takiego zachowania może być obciążenie psychiczne, poczucie zmęczenia, osamotnienia oraz silne napięcie i stres.

Poczynione obserwacje pokazują, że w ciążach z wadami wrodzonymi trudności w akceptacji roli rodzicielskiej są predyktorem mniej intensywnej relacji prenatalnej, co wydaje się być uzasadnione w kontekście braku pełnej gotowości do bycia rodzicem rozwijającego się prenatalnie dziecka z wadą wrodzoną. Pozostałe wymiary doświadczania ciąży nie stanowią o globalnej relacji matki z dzieckiem w okresie płodowym. Natomiast szczegółowa analiza zależności między aspektami doświadczania ciąży a nasileniem komponentów więzi matki z dzieckiem pokazała, że brak akceptacji roli rodzicielskiej wiąże się z mniejszą gotowością do jej podjęcia po urodzeniu dziecka z wadą wrodzoną. Pozytywna postawa wobec samego bycia matką sprzyja wyobrażeniom na temat pełnienia roli rodzica i zwiększa chęć do realizowania się w niej po narodzinach dziecka.

Matki w ciążach z wadami rozwojowymi 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 kobiety 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 kobiety 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, co rozpoczyna rozwój więzi emocjonalnej (Bielawska-Batorowicz 2006: 131, 136; Cranley 1981: 281–282).

Podsumowując, należy zaznaczyć, że przekonania i postawy badanych kobiet wobec doświadczania ciąży mogą warunkować nasilenie różnych aspektów ich więzi z dzieckiem prenatalnym. 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 determinuje różne przejawy więzi, jaką nawiązuje kobieta z dzieckiem w swoim łonie.

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, istotnym jest wzmacnianie i wspomaganie jej jak najwcześniej. Ma to szczególne znaczenie w sytuacji zagrożenia ciąży, które może prowadzić do niepełnosprawności fizycznej i/lub intelektualnej dziecka. W kontekście uzyskanych wyników badań niezwykle ważnym i koniecznym wydaje się zatem udoskonalanie systemu opieki dla kobiet w okresie ciąży, który oprócz wyspecjalizowanej pomocy medycznej obejmowałby także szeroko rozumianą pomoc psychologiczną na różnych etapach ciąży, porodu, połogu i wczesnego macierzyństwa.

Diagnostyka prenatalna oraz możliwości wczesnego wykrywania i korygowania wad wrodzonych pozostawiają dużą przestrzeń do działań edukacyjnych, profilaktycznych i pomocowych skierowanych do przyszłych matek i ich partnerów. Jest to szczególnie ważne w przypadku wykrycia wady, która znacząco wpłynie na zmianę organizacji życia systemu rodzinnego oraz wymaga zrewidowania wyobrażeń dotyczących rodzicielstwa. Nawet uczestnictwo w szkole rodzenia czy wcześniejsze doświadczenia rodzicielskie nie wyposażą przyszłych rodziców w wiedzę, umiejętności i kompetencje, które pomogą im sprostać temu wyzwaniu. Dlatego należy zwrócić uwagę na tworzenie grup wsparcia, w których rodzice oczekujący dziecka ze zdiagnozowaną wadą rozwojową mogliby podzielić się swoimi obawami, uzyskać praktyczne wskazówki i wiedzę o rozwiązaniach medycznych oraz systemowych od innych rodziców dzieci żyjących z tym samym rodzajem niepełnosprawności oraz opiekunów i terapeutów pracujących w placówkach wspierających rozwój.

Zasadnym wydaje się także prowadzenie treningów kompetencji psychospołecznych dla personelu medycznego, szczególnie w zakresie komunikacji z pacjentem oraz udzielania rzetelnego wsparcia informacyjnego i instrumentalnego w sytuacji przekazywania rodzicom trudnej diagnozy oraz możliwości i wskazań do dalszej efektywnej współpracy w działaniach korekcyjnych i rehabilitacyjnych. Wiedza na temat przeżyć i sposobu doświadczania tego szczególnego czasu przez kobiety oraz ich otoczenie społeczne, stwarza szansę na zaoferowanie im profesjonalnej pomocy psychologicznej i adekwatnego wsparcia, np. w postaci psychoterapii indywidualnej, par lub rodzinnej, w celu poprawy ich funkcjonowania, podniesienia poczucia satysfakcji oraz wzmacniania więzi społecznych.

Bibliografia

- Ainsworth M.S. (1989), *Attachments beyond infancy*, *American Psychologist*, 44, 4, 709–716.
Bakiera L. (2013a), *Zaangażowane rodzicielstwo a autokreacyjny aspekt rozwoju dorosłych*, Difin, Warszawa.

- Bakiera L. (2013b), *Zaangażowane rodzicielstwo w kontekście satysfakcji małżeńskiej i zawodowej*, Psychologia Rozwojowa, 18(2), 21–23.
- Bielawska-Batorowicz E. (1995), *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie okołoporodowym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Bielawska-Batorowicz E. (2006), *Psychologiczne aspekty prokreacji*, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice.
- Bowlby J. (2007), *Przywiązanie*, PWN, Warszawa.
- 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.
- 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.
- Bruschweiler-Stern N. (1998), *Early emotional care for mothers and infants*, Pediatrics, 102, 5, 1278–1281.
- Cranley M.S. (1981), *Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy*, Nursing Research, 30, 281–284.
- Doan H.M., Zimerman A. (2003), *Conceptualizing prenatal attachment: Toward a multidimensional view*, Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, 18(2), 109–129.
- Janicka I. (2008), *Dynamika związku wzajemna zależność partnerów kohabitujących* [w:] M. Bogdanowicz, M. Lipowska (red.), *Rodzinne, edukacyjne i psychologiczne wyznaczniki rozwoju*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 71–82.
- Janicka I. (2014), *Partnerzy kohabitujący jako rodzice* [w:] I. Janicka, H. Liberska (red.), *Psychologia rodziny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 285–303.
- Kmita G. (2002), *Rodzice i ich przedwcześnie urodzone dziecko* [w:] E. Helwich (red.), *Wcześniak*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 111–125.
- Kornas-Biela D. (2009), *Osiągnięcia psychologii prenatalnej szansą dla rodziny* [w:] T. Rostowska (red.), *Psychologia rodziny. Małżeństwo i rodzina wobec współczesnych wyzwań*, Difin, Warszawa, 195–215.
- Latos-Bieleńska A. (red.) (1998), *Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych*, Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań.
- Latos-Bieleńska A., Materna-Kiryłuk A. (red.) (2010), *Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2005–2006. Dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych*, Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań.
- 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.
- Lindgren K. (2001), *Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy*, Research in Nursing & Health, 24, 203–217.
- Muller M.E. (1996), *Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation*, Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing, 25, 161–166.
- 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.

- Raphael-Leff, J. (1991), *Psychological processes of childbearing*, Chapman & Hall, London.
- 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., 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.
- Szymona-Pałkowska K. (2005), *Psychologiczna analiza doświadczeń rodziców w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin.
- 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.
- Tobias E.S., Connor M., Ferguson-Smith M. (2013), *Genetyka medyczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Tsujino 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.
- 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.