

Doświadczanie stresu a uzyskiwane wsparcie społeczne przez kobiety w ciąży wysokiego ryzyka. Doniesienie wstępne

Experiencing stress and the obtained social support
among women with high-risk pregnancies.
Preliminary report.

Abstract

A prenatal diagnosis of a congenital disorder is a traumatic moment in the life of a family, especially the pregnant woman. This is why a supportive attitude from not only the husband and medical personnel, but also the wider spectrum of social support is so important.

The goal of the undertaken research was to assess the relationship between the course of pregnancy and the subjectively perceived stress and social support. We examined 30 women (15 - the experimental group - women in high-risk pregnancies characterized by an impaired development of the child, the remaining 15 women - the control group of mothers whose children were prematurely born and had a very low birth weight). All of the examined women were hospitalized in the Obstetric Clinic of Gdańsk Medical University.

We used the following research methods: Ustrukturowany Wywiad (Polish for Structured Interview) by M. Bidzan, M. Świątkowska-Freund and K. Preis, Nieland Social Support Questionnaire adapted to Polish language by E. Bielawska-Batorowicz, Perceived Stress Questionnaire by Levenstein adapted to Polish by M. Plopa.

Results: Women diagnosed with a complicated pregnancy where the development of the child was impaired reached higher levels of stress than the mothers whose children were prematurely born. The contentment resulting from the obtained social support, especially

from the husband or partner, lowered the levels of negative emotions such as worrying, irritability, feeling overwhelmed, perception of tension and pressure. It also lowered the overall levels of stress and increased the perceived happiness.

Keywords:

stress during pregnancy; high-risk pregnancy; social support.

Streszczenie

Sytuacja, w której zostaje zdiagnozowana wada wrodzona dziecka w okresie prenatalnym jest momentem najbardziej traumatycznym w życiu całej rodziny, a szczególnie przyszłej matki. Dlatego tak ważna jest wspierająca postawa nie tylko męża i personelu medycznego, ale szersze spektrum wsparcia społecznego.

Celem podjętych badań była ocena związku przebiegu ciąży z subiektywnie odczuwanym stresem i uzyskiwanym wsparciem społecznym. W tym kontekście zbadałyśmy 30 kobiet (15 z nich stanowiło grupę kryterialną – kobiety w ciąży zagrożonej ze względu na nieprawidłowy rozwój dziecka, 15 – grupę kontrolną, w skład której weszły matki wcześniaków o bardzo niskiej masie urodzeniowej). Wszystkie badane były hospitalizowane w Klinice Położnictwa Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Zastosowano następujące metody badawcze: ustrukturuwany wywiad autorstwa M. Bidzan, M. Świątkowskiej-Freund i K. Preisa, Kwestionariusz Źródła Wsparcia Społecznego M. Nieland w adaptacji polskiej E. Bielawskiej-Batorowicz, Kwestionariusz Poziomu Stresu PS Levenstein w adaptacji polskiej M. Plopy.

Wyniki: Kobiety z diagnozą ciąży powikłanej ze względu na nieprawidłowy rozwój dziecka osiągają wyższy poziom stresu od matek dzieci urodzonych przedwcześnie. Odczuwane przez kobiety w ciąży wysokiego ryzyka zadowolenie z uzyskiwanego wsparcia społecznego, w szczególności od męża/partnera, obniża poziom negatywnych emocji, takich jak: zamartwianie się, drażliwość, poczucie przeciążenia i napięcia oraz presji, a także obniża ogólny poziom stresu, zwiększa poczucie radości.

Słowa kluczowe:

doświadczenie stresu w okresie ciąży; ciąża wysokiego ryzyka; wsparcie społeczne.

Wprowadzenie

Czas ciąży jest szczególnym wydarzeniem w życiu kobiety, obfitującym w zmiany natury fizycznej, jak i psychicznej. To etap przygotowania do macierzyństwa, który zmienia sens i cel życia (Lichtenberg-Kokoszka 2008). W tym okresie kobieta musi poradzić sobie z wieloma wyzwaniami. Samo oczekiwanie na pomyślne rozwiązanie, jak i przebieg ciąży mogą wzbudzać wiele emocji, które są dodatkowo wzmacniane przez zmiany hormonalne, anatomiczne i adaptacyjne, doświadczane przez kobiety podczas rozwoju ciąży, której wynikiem ma być urodzenie dziecka (Steuden, Szymona 2003, 109–120) oraz pełnienie nowej roli, jaką jest rola matki (Bielawska-Batorowicz 1987, 680–693; Pawlicka i in. 2013, 139–154).

Doświadczenie ciąży jest ważnym stadium w emocjonalno-społecznym i psychoseksualnym rozwoju przyszłego rodzica, stwarza szansę na przeorganizowanie i uporządkowanie życia psychicznego (Kornas-Biela 2003, 179–191). Jednakże każda ciąża, nawet planowana i pożądana jest sytuacją stresogenną, która przez część badaczy uznawana jest za wydarzenie krytyczne (Glynn i in. 2008, 43–51; Sęk 2004, 18–19, 49–67; Kuryś 2010), czyli wydarzenie emocjonalne znaczące, wyodrębnione z toku codzienności, które wymusza zmianę w dotychczasowym funkcjonowaniu osoby w rodzinie, w życiu społecznym, w stosunku do świata i własnej osoby (Kuryś 2010). Stres, na jaki narażona jest kobieta ciężarna, związany z trudnościami adaptacyjnymi, stresami dnia codziennego czy stanem zagrożenia ciąży może zwrotnie wpływać na ocenę poznawczą sytuacji, w jakiej się znajduje i utrudniać proces przystosowania się. Na przykład, tendencja do postrzegania negatywnych zdarzeń jako niekontrolowanych wiąże się ze zwiększeniem ryzyka depresji okołoporodowej (Ilska, Przybyła-Basista 2014, 176–188; Sockol i in. 2014, 199–212). Znaczenie lęku i obaw pojawiających się w trakcie trwania ciąży, sam fakt planowania, jak i nieplanowania ciąży, a także doświadczenie wcześniejszych poronień formują postawę wobec macierzyństwa u kobiety oraz jej osobiste nastawienie do owego odmiennego stanu (Ilska, Przybyła-Basista 2014, 176–188). Badacze zagadnienia podkreślają, iż stres przeżywany w ciąży może być przyczyną wielu okołoporodowych komplikacji, takich jak patologiczny przebieg porodu, zaburzenia psychiczne w porożu, zaburzony proces nawiązywania więzi emocjonalnej i trudności w relacjach matki z dzieckiem (Bielawska-Batorowicz 1995, 2006). Wyniki kolejnych badań przynoszą odmienne rezultaty, mówiące o tym, iż kobiety, które doświadczyły trudności z zajściem w ciążę, w porównaniu z kobietami, które nie doświadczyły takich trudności, bardziej intensywnie skupiają się na nienarodzonej jeszcze dziecku i budują jego silniejsze wyobrażenie (Pawlicka i in. 2013, 139–154).

Należy pamiętać, iż ciąża dla jednych kobiet to stan „błogosławiony” i okres radości, dla innych ciężar trudny do udźwignięcia, jednak nie można zapominać o tym, iż zawsze jest to stan odmienny. Szczególnie pierwsza ciąża wzbudza wiele emocji i dla każdej kobiety jest stanem wyjątkowym (Libera 2009, 154–157). Zwrócili na to uwagę Holmes i Rahe, którzy zarówno samą ciążę, jak i pojawienie się nowego członka rodziny uznali za jedne z głównych stresorów doświadczanych w życiu – w Skali Oceny Ponownego Przystosowania się Społecznego służącej ocenie indywidualnego poziomu stresów życiowych przypisali im odpowiednio wartość 40/100 i 39/100 punktów LCU (Life Change Unit Scores) (Zimbardo, Gerrig 2012).

Od tego, w jakiej atmosferze przebiega te dziewięć miesięcy, czy jest to dla kobiety i jej partnera czas upragniony, czy też niechciany, będzie zależeć prawdopodobnie sposób późniejszego wywiązywania się z rodzicielskich zadań (Kuryś 2010). Czas oczekiwania na urodzenie się dziecka niewątpliwie powoduje reorganizację systemu małżeńskiego lub partnerskiego w każdym aspekcie jego istnienia i funkcjonowania, począwszy od zmiany statusu społecznego, poprzez przeformułowanie ról społecznych, kończąc na zmianie relacji pomiędzy partnerami.

W sytuacji, gdy zarówno prekonceptyjny stan zdrowia kobiety, jak i problemy pojawiające się po zajściu w ciążę, zakłócają jej przebieg, mamy do czynienia z ciążą wysokiego ryzyka (Bielawska-Batorowicz 2006). Widomska-Czekajska i Gójrąjek-Jóźwik definiują ciążę powikłaną jako ciążę, w której występuje podwyższone ryzyko wystąpienia stanu zagrożenia matki oraz dziecka od rozpoznanego w populacji kobiet ciężarnych (Widomska-Czekajska, Gójrąjek-Jóźwik 2010, 136).

Ciąża wysokiego ryzyka jest bez wątpienia problemem medycznym, który ma swoje konsekwencje dla funkcjonowania psychicznego kobiet i mężczyzn oczekujących narodzin potomka. Jest to niewątpliwie sytuacja silnie stresogenna, w której zagrożone jest życie i/lub zdrowie dziecka, a czasami stanowi także zagrożenie dla życia i/lub ciężarnej. Wymaga ona od kobiety w ciąży, a także jej otoczenia wytworzenia w związku z pojawiającymi się emocjami, takimi jak: zagrożenie, niepokój, lęk, żal – indywidualnych stylów radzenia sobie, które wielokrotnie z racji ograniczeń, w tym hospitalizacji wymagają zmiany i reorganizacji dotychczasowego życia, planów oraz wartości. Wielu badaczy podkreśla, iż ciąża zagrożona jest czynnikiem pojawienia się stresu psychologicznego oraz wystąpienia silnych, negatywnych emocji (Sockol i in. 2014, 199–212; Semczuk i in. 2004, 417–424). Może to w sposób znaczący zaburzać codzienne funkcjonowanie rodziców. Kobiety w porównaniu z mężczyznami charakteryzują się wyższym poziomem pobudzenia nerwowego, niepokojem, drażliwością, a także bardziej obniżonym nastrojem, ujawniają też cechy depresji i załamania (Semczuk i in. 2004, 417–424).

Zagrożona ciąża wpływa na indywidualne i społeczne funkcjonowanie kobiety. Zwiększona potrzeba i konieczność poddawania się zabiegom i wizytom lekarskim, niepewność o przebieg ciąży, możliwość hospitalizacji są źródłami stresu dla przyszłej matki i jej najbliższego otoczenia. Istotnym elementem jest czas pojawienia się czynników ryzyka, gdy zagrożenie występuje przez cały czas trwania ciąży, wówczas kobieta i jej rodzina znajdują się w sytuacji przewlekłego stresu (Bielawska-Batorowicz 2006). Ujawnianie się czynników ryzyka pod koniec ciąży skraca czas oddziaływania stresu, ale nie wyklucza silnych reakcji emocjonalnych na zaistniałe zagrożenie. Wszystko to przyczynia się do destabilizacji emocjonalnej. Reakcje, które najczęściej występują u kobiet w ciąży wysokiego ryzyka to niepokój, lęk i depresja, ich natężenie jest zdecydowanie wyższe niż u kobiet w ciąży prawidłowej (Mercer i in. 1988, 268–275; Pawełczyk i in. 1999, 189–192), a nawet uzyskiwało wartości daleko przekraczające normę (Dulude i in. 2002, 101–123).

Eleonora Bielawska-Batorowicz zaznacza, iż emocjonalne następstwa ciąży wysokiego ryzyka zależą w dużej mierze od tego, jak zakończyła się ciąża. Urodzenie dziecka w złym stanie zdrowia sprawia, że niepokój i depresja i poczucie niekompetencji w roli rodzica utrzymują się również po porodzie. Jeśli obecna ciąża jest kolejną ciążą wysokiego ryzyka, a wcześniejsze zakończyły się niepowodzeniem, to negatywne reakcje emocjonalne są bardziej nasilone (Bielawska-Batorowicz 2006).

Większość kobiet z objawami patologii ciąży zmuszona jest do długotrwałego unieruchomienia w warunkach domowych, a w sytuacji zagrożenia utraty ciąży do pozostania na oddziale szpitalnym. Ograniczenie codziennej i podstawowej aktywności stanowi dodatkowe źródło stresu. Z obserwacji klinicznych wynika, że kobiety hospitalizowane postrzegają sytuację, w jakiej się znalazły, bardziej negatywnie, a stan swojego zdrowia i przebieg ciąży uznają w wyższym stopniu za zagrożony, niż kobiety z ciążą wysokiego ryzyka przebywające w warunkach domowych (Szymona-Pałkowska, Steuden 2009, 41–57). Dla kobiet hospitalizowanych z powodu patologii ciąży czynnikami wysoce stresogennymi stają się także: rozłąka z rodziną, pobyt w obcym miejscu, obawy o możliwość poradzenia sobie z obowiązkami domowymi przez pozostałych członków rodziny, tęsknota za najbliższymi (mężem, dziećmi), trudności w komunikacji z personelem medycznym, kontakt z innymi pacjentkami, a niekiedy istniejące między nimi sytuacje konfliktowe (Szymona-Pałkowska, Steuden 2009, 41–57). Stan zagrożonej ciąży, ciąży z powikłaniami lub doświadczenie trudności z zejściem w ciążę powoduje wzmożony poziom lęku w tym okresie i wymaga od kobiety większego wysiłku do zaadaptowania się do nowej sytuacji, może również zmniejszać tendencję do przeżywania emocji pozytywnych oraz generować emocje negatywne (Rutkow-

ska i in. 2011, 420–427). Ponad 80% kobiet ciężarnych doświadcza negatywnych emocji podczas ciąży oraz po porodzie (Lewicka, Wójcik 2013, 60–67). Symptomy depresji po narodzinach dziecka są istotnie wyższe w przypadku kobiet, których ciąża należała do grupy wysokiego ryzyka, a także większa okazuje się korelacja natężenia odczuwanego stresu z nasileniem depresji poporodowej (Kossakowska-Petrycka, Chanduszko-Salska 2009, 11–21). Ponadto kondycja psychiczna kobiety ciężarnej ma niepodważalny wpływ na sam przebieg jej ciąży oraz na rozwój dziecka w okresie pre- i postnatalnym. Badania USG kobiet w 27–28 tygodniu ciąży wykazały bezpośrednie zależności pomiędzy nastrojem kobiety w ciąży a zachowaniem płodu (Libera 2009, 154–157).

Wielu badaczy podkreśla, iż małżonek jest osobą znaczącą, bliską nie tylko przez wspólne, długotrwałe życie razem, ale głównie przez tworzoną przez partnerów latami więź, która opiera się na silnym związku emocjonalnym (Kossakowska-Petrycka, Wałęcka-Matyja 2008, 263–272). Jest to podstawą do twierdzenia, że właściwie funkcjonujące małżeństwo zapewnia partnerom wzajemne wsparcie, któremu przypisuje się szczególne znaczenie w utrzymaniu zdrowia czy chronieniu jednostki przed chorobą (Kossakowska-Petrycka, Wałęcka-Matyja 2008, 263–272).

Badania Chapmana, Hobfolla i Ritera (1997) dowodzą, że istnieje zależność w zakresie poziomu stresu doświadczanego przez kobiety ciężarne a percepcją tych doświadczeń ze strony ich partnerów (Chapman i in. 1997, 418–425). Współuczestniczenie w przykrych zdarzeniach życia codziennego oraz w sytuacji zagrożonej ciąży i podobna percepcja tych zdarzeń stanowiła dla kobiet cenne źródło wsparcia i czynnik ten wiązał się z mniejszym nasileniem stresu psychologicznego (Chapman i in. 1997, 418–425). Jak wnioskuje cytowani autorzy, stopień zrozumienia partnerów może być moderatorem samopoczucia kobiet i ich funkcjonowania emocjonalnego.

Zachodzące zmiany związane z całym okresem okołoporodowym, także tym przebiegającym prawidłowo, to czas, gdy kobieta oczekuje wsparcia ze strony otoczenia. Przyszła matka w sytuacji zagrożenia ciąży wymaga tego szczególnie – pojawia się u niej silna, wzbudzona potrzeba wsparcia. W czasie trwania ciąży szczególne znaczenie w radzeniu sobie z sytuacją trudną odgrywają osoby bliskie (Bogucka i in. 1996, 174–177). Mając na uwadze wydarzenia oraz trudności związane z procesem prokreacji, to przede wszystkim partner jest najbardziej podstawowym i naturalnym źródłem wsparcia (Bielawska-Batorowicz 2006; Kornas-Biela 2004, 2009; Sęk, Cieślak 2004; Bieleninik i in. 2011, 177–186). Także badania Mercer i Ferketich (1988) pokazują, że główną rolę w dostarczaniu wsparcia społecznego odgrywa ojciec dziecka, ocenia się, iż 90% całego otrzymywanego przez przyszłą matkę wsparcia pochodzi właśnie od niego (Mercer, Ferketich 1988,

26–39). W ciągu całego okresu trwania ciąży ojcowie dziecka są najważniejszym źródłem wsparcia (fizycznego i psychicznego) i jest to cenniejsze dla przyszłych matek niż wsparcie, jakie mogą im zaoferować położne czy personel medyczny (Mercer, Ferketich 1988, 26–39). Wsparcie społeczne ze strony partnera korzystnie wpływa na stan emocjonalny kobiety ciężarnej, na zakres, w jakim korzysta ona z prenatalnej opieki zdrowotnej oraz minimalizuje natężenie stresu, niepokoju i depresji, co w konsekwencji łączy się z pozytywnymi wynikami porodów (Szymona-Pałkowska 2005). Tendencja ta widoczna jest nawet wtedy, gdy inne źródła wsparcia są dostępne (Szymona-Pałkowska 2005). Ponadto kobiety, które otrzymują więcej wsparcia, doświadczają sprawniejszej akcji porodowej, ich dzieci rodzą się z wyższą skalą Apgar, a w okresie połogu są mniej podatne na depresję poporodową (Collins i in. 1993, 1243–1258).

Chociaż większość autorów nie neguje tego, iż ciąża jest wydarzeniem stresogennym, istnieją niejednoznaczne wyniki odnośnie do następstw przeżywanego w ciąży stresu dla przebiegu porodu, ew. zaburzeń psychicznych w połogu, relacjach matki z dzieckiem (Pawlicka i in. 2013, 139–154; Bielawska-Batorowicz 1995, 2006; Semczuk i in. 2004, 417–424). Badacze zazwyczaj koncentrują się na porównaniu grup z wcześniejszymi negatywnymi doświadczeniami położniczymi z grupą bez takich niekorzystnych doświadczeń. Niewielu autorów skupia się na porównaniu poziomu stresu u kobiet bez wcześniejszych problemów położniczych. Stąd skoncentrowaliśmy się właśnie na grupie kobiet bez wcześniejszych trudności położniczych, dodatkowo będących w pierwszej ciąży.

Celem prezentowanego badania jest ocena związku przebiegu ciąży z subiektywnie odczuwanym stresem i uzyskiwanym wsparciem społecznym.

Osoby badane

W badaniu wzięło udział 30 kobiet, z których 15 stanowiło grupę kryterialną, a 15 – kontrolną. Grupę kryterialną stanowiły kobiety, które otrzymały diagnozę powikłania przebiegu ciąży przez wykrytą wadę rozwojową płodu (N=12), lub też ich ciąża zakończyła się śmiercią prenatalną dziecka (N=3). Grupę kontrolną stanowiły kobiety (N=15), których dzieci urodziły się przedwcześnie, z bardzo niską masą urodzeniową poniżej 1500 g (w tym poniżej 1000 g – 7 kobiet – 46%).

Kobiety z badanych grup były w wieku od 19 do 40 lat (M= 31,57; SD= 4,77). Analiza pokazała, iż nie ma istotnej różnicy pomiędzy porównywanymi grupami [t (df=29) =2,73; p =1,31].

W obu grupach kobiet dominowało wykształcenie średnie (w każdej grupie po 4 osoby) i wyższe (w każdej grupie 6 osób). Jeśli chodzi o charakter wykony-

wanej pracy przez kobiety z grupy kryterialnej (ciężarne z diagnozą wady płodu lub śmiercią prenatalną dziecka), najwięcej z nich wykonywało pracę umysłową z dużym wysiłkiem (N=6), fizyczną (N=4). Dwie badane wykonywały pracę umysłową, 2 kobiety uczyły się, a jedna z nich nie pracowała. W grupie porównawczej (matki wcześniaków z bardzo niską masą urodzeniową) najwięcej kobiet wykonywało pracę umysłową z wysiłkiem fizycznym (N=5 osób) i umysłową (N=4), 3 badane wykonywały pracę fizyczną, 2 nie pracowały, a jedna się uczyła.

Dodatkowo kobiety z grupy kontrolnej zbadano m.in. pod kątem stanu zdrowia urodzonego w trakcie obecnej hospitalizacji dziecka. W pytaniach uwzględniono pytania o masę urodzeniową dziecka, wynik w skali Apgar, rodzaj porodu oraz czy konieczne było zastosowanie inkubatora.

Jeśli chodzi o masę płodu, to wahała się ona od 630 gramów do 1500 gramów (M=1994,47; SD=690,3), przy czym prawie połowa wcześniaków ważyła mniej niż 1000 gramów. Jeśli chodzi o stan zdrowia dzieci urodzonych przedwcześnie z grupy kontrolnej, to otrzymały one od 4 do 9 punktów w skali Apgar (M=5,67; SD=2,23), przy czym połowa wcześniaków otrzymała mniej niż 6 punktów, a najwięcej z nich otrzymało wynik 7 punktowy.

Jeśli chodzi o rodzaj porodu, obserwuje się, iż w grupie badanej w przypadku przedwczesnego porodu częściej jest to cięcie cesarskie (N=11) niż poród naturalny (N=4).

Dzieci urodzone przedwcześnie najczęściej muszą po porodzie przebywać w inkubatorze. Dotyczy to także badanej grupy kontrolnej, z której wszystkie 15 dzieci musiało przebywać w inkubatorze.

Przebieg badań

Kobiety zostały zaproszone do wzięcia udziału w badaniu w trakcie hospitalizacji w Klinice Położnictwa Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Każde badanie przeprowadzane było po przyjęciu kobiety na Oddział Patologii Ciąży i potwierdzeniu diagnozy wady płodu lub po przeniesieniu jej na oddział ginekologii izolacyjnej z powodu obumarcia ciąży. Każdorazowo badanie było poprzedzone rozmową z pacjentką i jej pisemną zgodą na udział w proponowanym programie. Badane kobiety były zapoznawane z tematyką badań oraz ich celem, po czym proszone były o wypełnienie kwestionariuszy. Udział w badaniu był dobrowolny. Przeprowadzone badania stanowią część szerszego projektu badań przeprowadzonego we współpracy GUM (kierownicy projektu ze strony medycznej: prof. dr hab. Krzysztof Preis, prof. GUMed, dr hab. Małgorzata Świątkowska-Freund) z Instytutem Psychologii UG (prof. UG, dr hab. Mariola Bidzan). Badania

grupy kontrolnej przeprowadzone zostały wśród kobiet, których dzieci przebywały na Oddziale Patologii Noworodka i Neonatologicznym Kliniki Położnictwa Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Badane kobiety wypełniły dwa kwestionariusze: kwestionariusz Źródła wsparcia społecznego oraz Kwestionariusz Poziomu Stresu. Dodatkowo wypełniły ustrukturuowany wywiad zawierający pytania demograficzne oraz pytania dotyczące danych medycznych.

Kwestionariusz Źródła wsparcia społecznego M. Nieland w polskiej adaptacji Eleonory Bielawskiej-Batorowicz (Bielawska-Batorowicz 1995) jest przeznaczony do wykorzystania w okresie ciąży, jak również po porodzie. Kwestionariusz składa się z 14 twierdzeń. Dzięki tej metodzie możliwe jest określenie źródeł wsparcia społecznego, które autor upatruje w członkach najbliższej rodziny (pytanie nr 5, „rodzice/bracia/siostry”), partnerze/partnerce (pytanie nr 6), dzieciach (pytanie nr 7), teściach (pytanie nr 8), przyjaciołach, sąsiadach (pytanie nr 9, 10), przedstawicielach personelu medycznego (pytanie nr 1, 2, 3, „lekarz rejonowy”, „położna/pielęgniarka”, „lekarze i pielęgniarki w szpitalu”), pracodawcy, współpracownikach (pytanie nr 11, 12) oraz różnych grupach i instytucjach (pytanie nr 4, 13, 14). Skala pozwala na określenie trzech kryteriów w ocenie wsparcia społecznego: ilość wsparcia, jakie osoba badana chciałaby otrzymać (pożądane, oczekiwane wsparcie „OCZGLOB”, kolumna „A” w kwestionariuszu), ilość wsparcia otrzymanego przez osobę badaną w rzeczywistości (uzyskane wsparcie „UZGLOB”, kolumna „B” w kwestionariuszu) oraz w jakim stopniu jest ona zadowolona z uzyskanego wsparcia (ocena, jakość wsparcia „JAKGLOB”, kolumna „C” w kwestionariuszu). Rzetelność polskiej wersji językowej Skali dla każdego z kryteriów wynoszą odpowiednio: wsparcie pożądane (0,86), wsparcie uzyskane (0,64), ocena wsparcia (0,84).

Kwestionariusz Poziomu Stresu autorstwa Susan Levenstein, w polskiej wersji Mieczysława Plopy, to narzędzie do oceniania poziomu stresu i kategorii, w której ramach najsilniej odczuwany jest stres u badanej osoby. Kwestionariusz PS składa się z 30 stwierdzeń dotyczących aktualnego bądź niedawnego stanu osoby badanej. Kwestionariusz PS oprócz ogólnego wskaźnika stresu zawiera wyróżnione przez autorkę kategorie stresu: poczucie przemęczenia, drażliwość, zamartwianie się, napięcie psychiczne, brak radości życia, odczucie presji nacisków, przeciążenie. W kategorii poczucia przemęczenia osoba badana może otrzymać od 4 do 16 punktów, a kategorii drażliwości od 2 do 8 punktów, w kategorii zamartwiania się od 5 do 20 punktów, w kategorii napięcia psychicznego od 4 do 16 punktów, w zakresie braku radości życia od 7 do 28 punktów, w zakresie odczuwania presji nacisków od 4 do 16 punktów, a w kategorii przeciążenia od 4 do 16 punktów. Maksymalnie osoba badana może otrzymać 120 punktów, a minimalnie 30 punktów.

Pytania wchodzące w skład przeprowadzanego z pacjentkami ustrukturuwanego wywiadu zostały oparte na formule ankiety osobowej zastosowanej u kobiet z grupy kontrolnej, ułożonej przez M. Bidzan, M. Świątkowską-Freund i K. Preisa (2006). Ankieta zawiera pytania o dane psychospołeczne oraz medyczne, w wywiadzie pominięte zostały pytania dotyczące porodu, ponieważ badane były ciężarne kobiety, ale większość pytań pozostała bez zmian. Umożliwia to porównanie obu grup pod względem np. poziomu wykształcenia czy sytuacji rodzinnej. Zarówno wywiad, jak i ankieta osobowa obejmowały dane socjodemograficzne, m.in. wieku matki, wieku jej partnera i ojca dziecka, stanu materialnego rodziny, poziomu wykształcenia partnerów i wykonywanych przez nich zawodów. Dodatkowo ankieta osobowa u kobiet, których ciąża zakończyła się porodem wczesnym, zawierała pytania dotyczące m.in. tygodnia ciąży, w którym nastąpił poród, rodzaju porodu, ułożenia dziecka, zastosowania inkubatora w pierwszych dniach życia dziecka, płci dziecka, masy urodzeniowej dziecka, oceny jego stanu zdrowia na podstawie skali Apgar.

Wyniki

W grupie kryterialnej przeprowadzono badanie poziomu odczuwanego stresu przy pomocy kwestionariusza PS S. Levenstein. Tabela 1 przedstawia rozkład uzyskanych wyników w tej grupie.

Tab. 1. Wyniki uzyskane w badanej grupie w kwestionariuszu PS.

Kategorie stresu	N	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. Stand.
Zmęczenie	15	9,47	9	7	13	1,92
Drażliwość	15	4,73	5	4	6	0,59
Zamartwianie się	15	11,93	13	6	17	3,39
Napięcie	15	7,93	8	4	12	2,43
Brak radości	15	16,47	17	11	21	2,56
Presja	15	6,80	7	4	11	2,18
Przeciążenie	15	9,13	8	7	13	1,77
Skala odwr.	15	19,33	21	10	25	4,62
Wynik ogólny	15	86,40	84	70	109	12,07

Ogólne wyniki w kwestionariuszu PS wahały się od 70 do 109 punktów ($M=86,4$; $SD=12,07$), przy czym połowa badanych kobiet uzyskała wyniki poniżej 84 punk-

tów. Najwięcej badanych (N=6) uzyskało wynik ogólny między 70 a 80 punktów, 4 osoby uzyskały wynik między 80 a 90 punktów, 3 osoby otrzymały wynik między 100 a 110 punktów, a 2 osoby wynik od 90 do 100 punktów. W poszczególnych kategoriach stresu zaproponowanych przez S. Levenstein badane otrzymały następujące wyniki. W skali „Zmęczenie” wyniki kobiet znajdowały się między 7 a 13 punktów (M=9,47; SD=1,92), a połowa ciężarnych uzyskała wynik niższy niż 9 punktów. W skali „Drażliwość” badane kobiety otrzymały między 4 a 16 punktów (M=4,74; SD=0,59), a połowa z nich uzyskała wynik poniżej 5 punktów. W skali „Zamartwianie się” wyniki kobiet wahały się od 6 do 17 punktów (M=11,93; SD=3,39), przy czym połowa z nich uzyskała wynik niższy niż 13 punktów. W skali „Napięcie” wyniki znajdowały się między 4 a 12 punktów (M=7,93; SD=2,43), a połowa ciężarnych nie przekroczyła w tej skali 8 punktów. W kategorii „Brak radości” badane kobiety uzyskały od 11 do 21 punktów (M=16,47; SD=2,56), a wyniki połowy z nich miały wartość poniżej 17 punktów. W skali „Presja” wyniki wahały się między 4 a 11 punktów (M=6,8; SD=2,18), przy czym połowa z badanych kobiet uzyskała mniej niż 7 punktów. W skali „Przeciążenie” ciężarne uzyskały od 7 do 13 punktów (M=9,13; SD=1,77), a wyniki połowy z nich znajdowały się poniżej 8 punktów. Zaś w skali odwrotnej wyniki wahały się od 10 do 25 punktów (M=19,33; SD=4,62), a połowa badanych kobiet uzyskała mniej niż 21 punktów.

Dla celu badań ważna była ocena poziomu wsparcia uzyskiwanego z różnych źródeł.

Kolejna tabela 2 zawiera wyniki uzyskane w kwestionariuszu Źródła Wsparcia Społecznego.

Tab. 2. Wyniki uzyskane w kwestionariuszu Źródła wsparcia społecznego.

Kryteria oceny wsparcia społecznego	N ważnych	Średnia	Mediana	Min.	Maks.	Odch. Stand.
Oczekiwane wsparcie	30	32,60	35,5	23	47	12,32
Uzyskane wsparcie	30	30,47	33	25	43	11,45
Zadowolenie ze wsparcia	30	30,53	34	21	45	11,78

Jak wynika z powyższej tabeli w przypadku oczekiwanego wsparcia, wyniki badanych kobiet wahały się od 23 do 47 punktów (M=32,6; SD=12,32); przy czym połowa kobiet uzyskała wyniki niższe niż 35,5 punktów. W skali uzyskanego wsparcia wyniki wahały się od 25 do 43 punktów (M=30,47; SD=11,45). Połowa kobiet uzyskała wyniki niższe niż 33 punkty. Jeśli chodzi o zadowolenie ze wsparcia, badane kobiety uzyskały od 21 do 45 punktów (M=30,53; SD=11,78), przy czym połowa z nich uzyskała wyniki niższe niż 34 punkty.

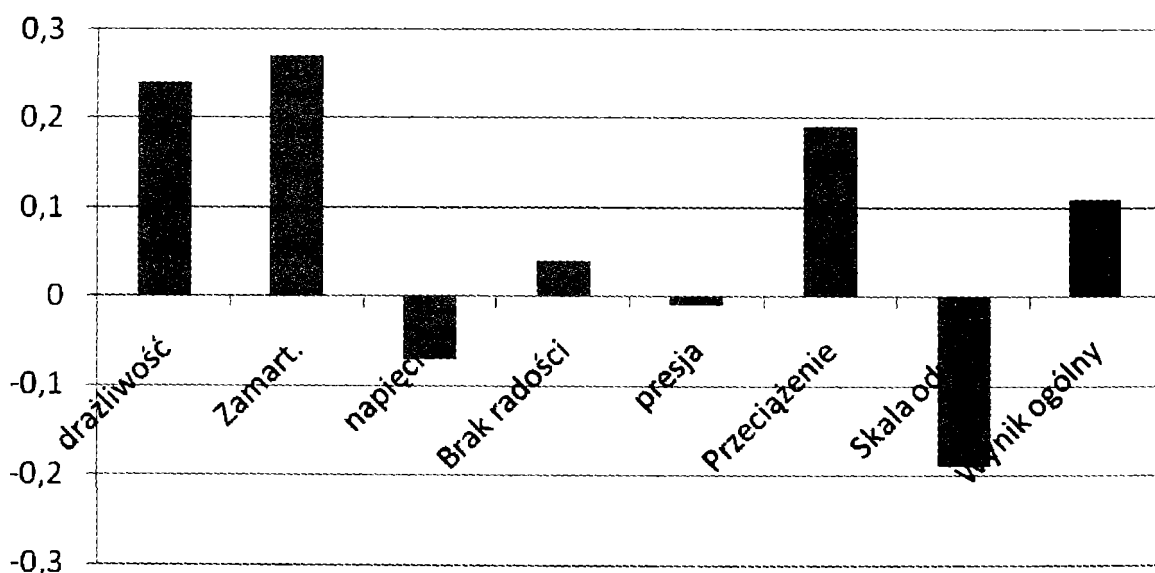
Otrzymywane wsparcie społeczne ma wpływ na odczuwany poziom stresu u kobiet ze zdiagnozowaną wadą płodu. Przeprowadzono analizę korelacji porządku rang Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Otrzymane wyniki przedstawia tabela 3 oraz wykresy 1–3.

Tab. 3. Związek między poziomem wsparcia społecznego i stopniem odczuwanego stresu.

Kryteria oceny wsparcia społecznego	Drażliwość	Zamartwienie się	Napięcie	Brak radości	Presja	Przeciążenie	Skala odwr	Wynik ogólny
Oczekiwane wsparcie	0,24	0,27	-0,07	0,04	-0,01	0,19	-0,19	0,11
Uzyskane wsparcie	0,04	-0,09	-0,13	0,22	-0,04	0,3	0,3	0,12
Zadowolenie ze wsparcia	0,19	-0,08	-0,04	0,16	-0,11	0,23	0,2	0,1

Brak istotnej korelacji pomiędzy natężeniem odczuwanego stresu w badanej grupie kobiet a oczekiwanym, uzyskanym wsparciem oraz zadowoleniem z niego. Przedstawione tu zależności zaprezentowane zostały również graficznie na wykresach 1–3.

Oczekiwane wsparcie

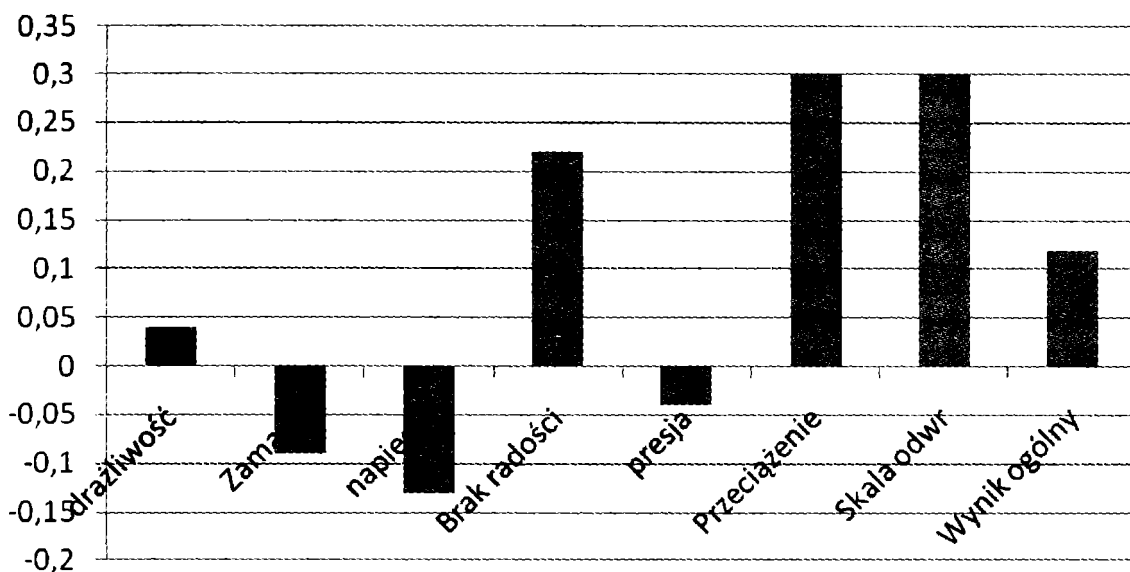


Wyk. 1. Korelacja między poziomem oczekiwanego wsparcia a natężeniem stresu.

Wyniki przedstawione na rycinie wskazują, iż natężenie oczekiwanego wsparcia koreluje pozytywnie, ale w sposób nieistotny statystycznie z takimi katego-

riami stresu jak: drażliwość, zamartwianie się, brak radości, przeciążenie oraz z wynikiem ogólnym kwestionariusza do badania poziomu stresu PS S. Levenstein. Oczekiwane przez badane wsparcie korelowało zaś negatywnie z napięciem i odczuwaną presją.

Uzyskane wsparcie



Wyk. 2. Korelacja między poziomem uzyskanego wsparcia a natężeniem stresu.

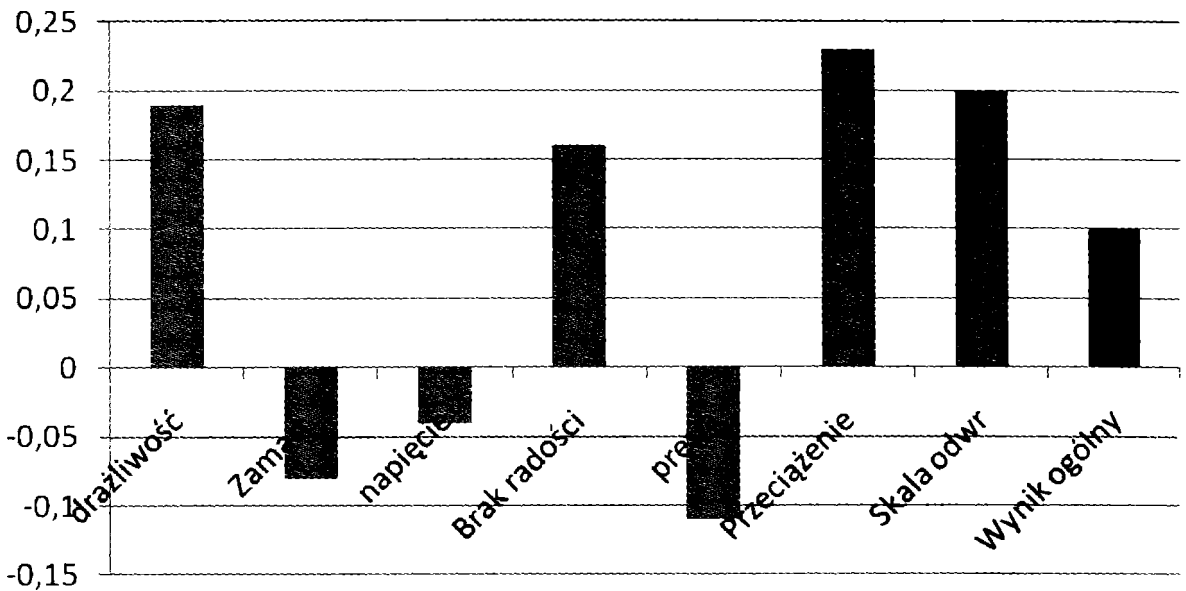
Wyniki przedstawione na rycinie wskazują, iż natężenie uzyskiwanego wsparcia koreluje pozytywnie, ale w sposób nieistotny statystycznie z takimi kategoriami stresu jak: drażliwość, brak radości, przeciążenie oraz z wynikiem ogólnym kwestionariusza do badania poziomu stresu PS S. Levenstein. Uzyskiwane przez badane kobiety wsparcie korelowało zaś negatywnie ze skalami stresu takimi jak: zamartwianie się, napięcie i odczuwaną presją.

Wyniki przedstawione na rycinie wskazują, iż odczuwane zadowolenie z uzyskiwanego wsparcia koreluje pozytywnie, ale w sposób nieistotny statystycznie z takimi kategoriami stresu jak: drażliwość, brak radości, przeciążenie oraz z wynikiem ogólnym kwestionariusza do badania poziomu stresu PS S. Levenstein. Uzyskiwane przez badane kobiety wsparcie korelowało zaś negatywnie ze skalami stresu takimi jak: zamartwianie się, napięcie i odczuwaną presją.

Dyskusja

Ciąża zagrożona stanowi dla kobiety źródło stresu i niekorzystnych emocji. Potwierdzają to m.in. badania m.in. Kossakowskiej-Petryckiej i Chanduszko-Sal-

Zadowolenie ze wsparcia



Wyk.3. Korelacja odczuwanego zadowolenia ze wsparcia społecznego i poziomem odczuwanego stresu.

skiej (2009), które wykazały, że kobiety w ciąży wysokiego ryzyka doświadczają wyższego poziomu stresu oraz wybierają mniej aktywne sposoby radzenia sobie, takie jak, m.in.: zaprzeczanie oraz odwracanie uwagi od problemu (Kossakowska-Petrycka, Chanduszko-Salska 2009, 11–21). W naszych badaniach kobiety także osiągały wysokie wyniki w skali subiektywnie odczuwanego stresu. Badane kobiety jako źródła stresu wymieniały długi pobyt w szpitalu, brak kontaktu z najbliższymi, czas oczekiwania na wyniki badań, obawy o życie, zdrowie i wygląd dziecka, obawy o umiejętności opieki nad chorym dzieckiem, a także obawy, jak poinformować pozostałych członków rodziny o chorobie dziecka. Potwierdzają to również doniesienia innych autorów, m.in. Beisert i Sęk (1982), które mówią o tym, iż każda hospitalizacja jest dla kobiety stresem, a pełnienie roli pacjentki stawia ją w psychologicznie trudnej sytuacji (Beisert, Sęk 1982, 721–732). Cięża zagrożona wpływa dodatnio na poziom lęku jako stanu (zależnego od bodźców zewnętrznych) (Rutkowska i in. 2011, 56–59).

Wyniki naszych badań potwierdzają, iż poziom stresu kobiet w ciąży powikłanej ulegał obniżeniu dzięki otrzymywanemu wsparciu społecznemu. W doświadczaniu ciąży zagrożonej ogromną rolę odgrywa wsparcie, jakie kobieta otrzymuje zarówno ze strony bliższego, jak i dalszego otoczenia. Wsparcie społeczne definiowane jako rodzaj interakcji, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji trudnej, problemowej, stresowej lub krytycznej może mieć charakter m.in. emocjonalny, informacyjny lub instrumentalny (Sęk,

Cieślak 2004). Oczekiwania kobiet w tym okresie są różne i warunkowane przez czynniki różnego rodzaju, w tym nasilenie lęku i subiektywnego odczucia stresu, a także poziomu neurotyczności i poczucia bezpieczeństwa (Podolska i in. 2013, 41–52).

Często zagrożona ciąża wiąże się z koniecznością długotrwałej hospitalizacji oraz permanentnym lękiem o zdrowie i życie dziecka. Wszystko to powoduje usilną potrzebę wsparcia ze strony otoczenia (Ciesielski i in. 1994, 25–30). Otrzymane rezultaty pokazują, że kobiety w ciąży wysokiego ryzyka oczekując większego wsparcia społecznego, odczuwają jednocześnie większy stres i przeciążenie psychiczne oraz są bardziej rozdrażnione i w znacznym stopniu się zamartwiają.

Bogucka, Pietrzak i Marianowski (1996) wskazują, że personel medyczny odgrywa znaczącą rolę dla pacjentek w ich radzeniu sobie ze stresem związanym z chorobą, w momencie przekazywania diagnozy i w czasie porodu (Bogucka i in. 1996, 174–177). Także Kmita, Barańska, Ciastoń-Przeclawska i in. (1998) wskazują, że ciężarne z patologią ciąży wyrażają potrzebę wsparcia emocjonalnego od opiekujących się nimi położnych (Kmita i in. 1998, 1025–1031). Jednak najbardziej podstawowym i naturalnym źródłem wsparcia jest przede wszystkim partner. W badaniach Ledwoń pacjentki w ciąży zagrożonej deklarowały, że otrzymują duże wsparcie od swoich mężów i partnerów, którzy według nich (dane z rozmów) lepiej niż one radzili sobie z sytuacją problemową (Ledwoń 2004, 113–122). Również w naszych badaniach kobiety wskazywały, że otrzymywane przez nich wsparcie partnera jest satysfakcjonujące, co jednocześnie zwiększało u nich subiektywne poczucie radości.

Badania Nuckolls oraz zespołu dowiodły, iż u kobiet, które przed zajściem w ciążę i w czasie jej trwania doświadczyły wielu stresujących doświadczeń życiowych oraz posiadały małe wsparcie, wystąpiło trzykrotnie więcej komplikacji zdrowotnych niż u kobiet otrzymujących duże wsparcie społeczne i mających podobne doświadczenia. Badania te potwierdziły hipotezę o neutralizującym stres działaniu wsparcia społecznego (Nuckolls i in. 1972, 431–441).

Uzyskane wyniki wydają się oddawać specyfikę przeżywania okresu zagrożonej ciąży i emocji doświadczanych w tym czasie. Nie ulega wątpliwości, iż ciąża jest wyjątkowym czasem w życiu kobiety i zarówno rozwój technik diagnostycznych i medycznych, jak i wysiłki personelu wspomagającego, jak położne czy psychologowie, powinny służyć jak najlepszemu przeżyciu ciąży i porodu. Szczególnie w sytuacji, gdy pojawiają się zagrożenia dotyczące zdrowia rozwijającego się płodu, a w skrajnych przypadkach jego śmierć, konieczne wydaje się nie tylko istnienie niezbędnych procedur medycznych, ale też możliwość pomocy psychologicznej, by uporać się ze stresem i/lub żalem po stracie ciąży. Dlatego wydaje się ważne, by zwiększyć liczebność badanych grupy kobiet, co umożliwi

lepsze poznanie specyfiki tego okresu i możliwość wypracowania procedur pomocowych.

Wnioski

Na podstawie wyników przeprowadzonego badania można wyciągnąć następujące wnioski:

- Kobiety znajdujące się w ciąży zagrożonej ze względu na wadę płodu lub po diagnozie śmierci prenatalnej dziecka doświadczają silnego stresu.
- Im większego wsparcia społecznego oczekują kobiety w ciąży wysokiego ryzyka, tym odczuwają większy stres i przeciążenie psychiczne, są bardziej rozdrażnione oraz bardziej się zamartwiają.
- Odczuwane przez kobiety w ciąży wysokiego ryzyka zadowolenie z uzyskiwanego wsparcia społecznego obniża poziom negatywnych emocji, takich jak zamartwianie się, drażliwość, poczucie przeciążenia i napięcia oraz presji, a także obniża ogólny poziom stresu.
- Satysfakcjonujące wsparcie społeczne zwiększa u kobiet znajdujących się w ciąży zagrożonej poczucie radości.

Bibliografia:

- BEISERT M., SĘK H., *Psychologiczne problemy kobiet w ciąży specjalnej troski*, „Ginekologia Polska” 1982, 53(11), 721–732.
- BIELAWSKA-BATOROWICZ E., *Ciąża i poród w świetle badań psychologicznych*, „Przeгляд Psychologiczny” 1987, 30(3), 680–693.
- Bielawska-Batorowicz E., *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie poporodowym*, Łódź 1995.
- BIELAWSKA-BATOROWICZ E., *Psychologiczne aspekty prokreacji*, Katowice 2006.
- BIELENINIK Ł., BIDZAN M., SALWACH D., ZDOLSKA-WAWRZKIEWICZ A., *Wsparcie od partnera a radzenie sobie z problemami prokreacyjnymi*, w: L. GOLIŃSKA, E. BIELAWSKA-BATOROWICZ (red.), *Rodzina i praca w warunkach kryzysu*, Łódź 2011, 177–186.
- BOGUCA G., PIETRZAK B., MARIANOWSKI L., *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 1996, 174–177.

- CHAPMAN H.A., HOBFOLL S., RITTER C., *Partners' stress underestimations lead to women's distress: a study of pregnant inner-city women*, "Journal of Social and Personality Psychology" 1997, 73(2), 418–425.
- CIESIELSKI M., MICHAŁEK M., SZLAPO E., ŚCISŁOWICZ K., *Typy osobowości a zaburzenia emocjonalne u kobiet z patologicznym przebiegiem ciąży*, „Wiadomości Lekarskie” 1994, XL VII(1–2), 25–30.
- COLLINS N.L., DUNKEL-SCHETTER C., LOBEL M., SCRIMSHAW S.C.M., *Social Support in Pregnancy: Psychosocial Correlates of Birth Outcomes and Postpartum Depression*, "Journal of Personality and Social Psychology" 1993, 65(6), 1243–1258.
- DULUDE D., BELANGER C., WRIGHT J., SABOURIN S., *High-risk pregnancies, psychological distress and dyadic adjustment*, "Journal of Reproductive and Infant Psychology" 2002, 20, 101–123.
- GLYNN L.M., SCHETTER C.D., HOBEL C.J., SANDMAN C.A., *Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth*, *Health Psychology*, "Official Journal Of The Division Of Health Psychology, American Psychological Association" 2008, 27, 43–51.
- ILSKA M., PRZYBYŁA-BASISTA H., *Measurement of women's prenatal attitudes towards maternity and pregnancy and analysis of their predictors*, "Health Psychology Report" 2014, 2(3), 176–188.
- KMITA G., BARAŃSKA M., CIASTOŃ-PRZECŁAWSKA E., CERAŃSKA-GOSZCZYŃSKA H., URMAŃSKA W., *Psychologiczne aspekty ciąży zagrożonej u kobiet hospitalizowanych - o potrzebie zmiany dotychczasowego modelu opieki*, „Ginekologia Polska” 1998, 69(12), 1025–1031.
- KORNAS-BIELA D., *Podejście psychodynamiczne w psychologii prenatalnej*, „Czasopismo Psychologiczne” 2003, 9(2), 179–191.
- KORNAS-BIELA D., *Wokół początku życia ludzkiego*, Warszawa 2004.
- KORNAS-BIELA D., *Pedagogika prenatalna. Nowy obszar nauk o wychowaniu*, Lublin 2009.
- KOSSAKOWSKA-PETRYCKA K., CHANDUSZKO-SALSKA J., *Poziom stresu i radzenie sobie ze stresem w ciąży wysokiego ryzyka a występowanie depresji poporodowej*, w: K. JANOWSKI, A. CUDO (red.), *Człowiek chory. Aspekty biopsychospołeczne*, t. 2, Lublin 2009, 11–21.
- KOSSAKOWSKA-PETRYCKA K., WALĘCKA-MATYJA K., *Satysfakcja z małżeństwa jako determinanta dobrostanu psychicznego i fizycznego kobiety po narodzinach dziecka*, w: L. GOLIŃSKA, B. DUDEK (red.), *Rodzina i praca z perspektywy wyzwań i zagrożeń*, Łódź 2008, 263–272.
- KURYŚ K., *Urodzenie dziecka jako wydarzenie krytyczne w życiu kobiet i mężczyzn*, Kraków 2010.

- LEDWOŃ M., *Psychologiczne aspekty diagnostyki prenatalnej wad wrodzonych*, „Acta Universitatis Lodziensis: Folia Psychologica” 2004, 8, 113–122.
- LEWICKA M., WÓJCIK M., *Charakterystyka negatywnych emocji występujących u kobiet w ciąży wysokiego ryzyka*, “European Journal of Medical Technologies” 2013, 1(1), 60–67.
- LIBERA A., *Psychologiczne aspekty ciąży*, w: M. MAKARA-STUDZIŃSKA, G. IWANOWICZ-PALUS (red.), *Psychologia w położnictwie i ginekologii*, Warszawa 2009, 154–157.
- LICHTENBERG-KOKOSZKA E., *Ciąża zagadnieniem biomedycznym i psychopedagogicznym*, Kraków 2008.
- MERCER R.T., FERKETICH S. L., DEJOSEPH J., MAY K., SOLLID D., *Effect of stress on family functioning during pregnancy*, “Nursing Research” 1988, 37(5), 268–275.
- MERCER R.T., FERKETICH S.L., *Stress and social support as predictors of anxiety and depression during pregnancy*, “Advances in Nursing Science” 1988, 10(2), 26–39.
- PAWEŁCZYK A., CYPRYK K., BIELAWSKA-BATOROWICZ E., *Poziom lęku i więź emocjonalna z dzieckiem w okresie ciąży u kobiet z GDM i zdrowych ciężarnych*, „Diabetologia Polska” 1999, 6, 189–192.
- PAWLICKA P., CHRZAN-DĘTKOŚ M., LUTKIEWICZ K., *Prężność psychiczna przyszłych matek oraz kolejność ciąży jako moderatory budowania więzi z nienarodzonym jeszcze dzieckiem*, „Family Forum” 2013, 3, 139–154.
- PODOLSKA M.Z., MAJKOWICZ M., BIDZAN M., KOZŁOWSKA U., SMUTEK J., PODOLSKI J., *Ja realne i ja idealne u kobiet ciężarnych i położnic z objawami depresji okołoporodowej*, „Psychiatria Polska” 2013, 47(1), 41–52.
- RUTKOWSKA A., KOWALSKA A., MAKARA-STUDZIŃSKA M., KWAŚNIEWSKA A., *Analiza struktury osobowości u kobiet w pierwszej ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka*, “Current Problems of Psychiatry” 2011, 12(4), 420–427.
- RUTKOWSKA A., ROLIŃSKA A., KWAŚNIEWSKI W., MAKARA-STUDZIŃSKA M., KWAŚNIEWSKA A., *Lęk – jako stan i jako cecha u kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka*, “Current Problems of Psychiatry” 2011, 12(1), 56–59.
- SEMCZUK M., STEUDEN S., SZYMONA K., *Ocena nasilenia i struktury stresu u rodziców w przypadkach ciąży wysokiego ryzyka*, „Ginekologia Polska” 2004, 75(6), 417–424.
- SĘK H., CIEŚLAK R. (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Warszawa 2004.
- SĘK H., *Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych*, w: H. SĘK, R. CIEŚLAK (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Warszawa 2004, 18–19, 49–67.
- SOCKOL L.E., EPPERSON C.N, BARBER J.P., *The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpar-*

tum *first-time mothers*, "Archives of Women's Mental Health" 2014, 17(3), 199–212.

STEUDEN S., SZYMONA K., *Psychologiczne aspekty macierzyństwa i ojcostwa w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*, w: J. MEDER (red.), *Problemy zdrowia psychicznego kobiet*, Kraków 2003, 109–120.

SZYMONA-PAŁKOWSKA K., STEUDEN S., *Doświadczanie zagrożenia utraty dziecka przez kobiety w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*, w: S. STEUDEN, K. JANOWSKI (red.), *Psychospołeczne konteksty doświadczania straty*, Lublin 2009, 41–57.

SZYMONA-PAŁKOWSKA K., *Psychologiczna analiza doświadczeń rodziców w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*, Lublin 2005.

WIDOMSKA-CZEKAJSKA T., GÓRAJEK-JÓŻWIK J., *Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych*, t. 1, Warszawa 2010, 136.

ZIMBARDO P., GERRIG R., *Psychologia i życie*, Warszawa 2012.