

Mgr Anna Studniczek, <https://orcid.org/0000-0003-3618-1918>

*Instytut Psychologii*

*Wydział Filozofii Chrześcijańskiej*

*Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego*

*w Warszawie*

Dr Karolina Kossakowska, <https://orcid.org/0000-0001-8447-3937>

Mgr Kinga Bobrowska, <https://orcid.org/0000-0003-0743-7056>

*Instytut Psychologii*

*Wydział Nauk o Wychowaniu*

*Uniwersytet Łódzki*

## **Obawy dotyczące psychologicznych i fizjologicznych aspektów ciąży, porodu i połogu u kobiet nieposiadających dzieci**

**Concerns about the psychological and physiological aspects of  
pregnancy, childbirth and puerperium among childless women**

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.305>

### **1. Wprowadzenie do badań własnych**

#### **1.1. Zmiany w podejściu do macierzyństwa**

Współczesne kobiety, świadome otaczających ich możliwości, częściej odwlekają moment zajścia w ciążę, stawiając na pierwszym miejscu wykształcenie i pracę zawodową, albo też nie decydują się na dziecko (Kossakowska, 2018). Uciążliwości i dolegliwości występujące w okresie ciąży mogą wywołać u kobiet niechęć wobec posiadania dziecka, które postrzegane jest jako przyczyna braku komfortu i ograniczenia ich sprawności. Te spośród nich, które mają dużą potrzebę kontrolowania własnego losu i wydarzeń w swoim życiu mogą odczuwać większe natężenie lęku, gdyż dziecko rozwija się poza ich kontrolą i świadomością (Kościelska, 1998). Kobiety, dla których wygląd zewnętrzny ma duże znaczenie mogą natomiast traktować ciążę jako przyczynę obniżenia ich atrakcyjności fizycznej (Włodarczyk, 2012).

We współczesnych, wysoko rozwiniętych krajach, utrwalają się nowe wzory życia, również małżeńskiego i rodzinnego. Spada dzietność rodzin, a centrum zainteresowania stanowi jednostka lub para (niekoniecznie małżeńska) inwestująca głównie w siebie, w swój rozwój (Jaguś, 2005). Kocik (2002) wskazuje na następujące czynniki przyczyniające się do propagowania postaw antyprokreacyjnych: zanik tradycyjnej rodziny wielopokoleniowej,

perspektywa dostatniego życia oraz awansu poza małżeństwem i rodziną, zanik misji prokreacyjnej jako powołania i obowiązku wobec Boga, ludzkości i narodu, koncentracja na doznaniach zmysłowych oraz międzynarodowa moda na bezdzietność.

W celu zachowania stabilnego rozwoju demograficznego kraju na każde 100 kobiet w wieku 15-49 lat powinno przypadać 210-215 urodzonych dzieci. Od 1992 r. odnotowuje się spadek liczby urodzeń w Polsce (GUS, 2016). W 2017 roku odnotowano około 145 urodzeń na 100 kobiet (GUS, 2018b).

### 1.2. Obawy dotyczące ciąży oraz dolegliwości w ciąży

Wyobrażenia kobiet dotyczące okresu ciąży zależą od wielu czynników - wieku, cech osobowości kobiety, sytuacji osobistej, rodzinnej, a także licznych uwarunkowań społecznych i kulturowych. Pojawiające się zmiany o charakterze biologicznym i psychologicznym mogą stanowić dla kobiet wyzwanie. Szczególnie dotyczy to tych kobiet, które macierzyństwo mają jeszcze przed sobą. Mogą one odczuwać niepokój związany z nadejściem tego wydarzenia.

W czasie ciąży w ciele kobiety zachodzą liczne zmiany, które występują zarówno w sferze psychicznej jak i fizycznej. Na skórze ciężarnych mogą pojawić się rozstępy i przebarwienia (Topór-Pamuła, Schier, 2017). Waga zwiększa się, a kobiety obserwują powiększanie się brzucha, piersi oraz innych części ciała (Topór-Pamuła, Schier, 2017). Inne objawy towarzyszące ciąży, które mogą być trudne dla kobiet, to rozstępy ciążowe w okolicach brzucha, bioder i ud, zwiększenie owłosienia na twarzy i ciele, złe samopoczucie, nudności, wymioty, zawroty głowy, częstomocz, zaparcia, ślinotok, zgaga, bolesność gruczołów sutkowych, drażliwość, zmęczenie i omdlenia (Zasada, 2013).

### 1.3. Lęk związany z porodem

Badania wskazują, że 13% kobiet niebędących w ciąży może doświadczać lęku związanego z myślą o urodzeniu dziecka, który skutkuje odraczeniem lub unikaniem przez nie zajścia w ciążę (Hofberg, Brockington, 2001; Guskowska, 2005). Lęk przed porodem może poprzedzać ciążę i być na tyle silny, że w konsekwencji prowadzi do odwlekania decyzji rodzicielskiej, a nawet do całkowitej rezygnacji z macierzyństwa. Mówi się wtedy o lęku fobicznym (Guskowska, 2005). Jednym z najczęstszych powodów prowadzących do decyzji kobiety o cesarskim cięciu jest fobia porodu siłami natury, zwana tokofobią (Holka-Pokorska i in., 2016; Nieminen, Stephansso, Ryding, 2009). Tokofobia może prowadzić również do poddania się sterylizacji (Dembińska, Wichary, 2005).

Tokofobia (grec. *tokos* - poród) jest specyficzną fobią dotyczącą lęku przed porodem i jako patologiczny strach jest fenomenem psychopatologicznym (Holka-Pokorska i in., 2016;

Saisto, Halmesmaki, 2003). Lęk przedporodowy występuje u większości kobiet, a za patologiczny uznawany jest wtedy, gdy przekracza poziom obserwowany u kobiet w tym okresie oraz gdy skutkuje odstąpieniem od naturalnego porodu i wiąże się z poszukiwaniem możliwości wykonania cięcia cesarskiego (National Institute of Health and Care Excellence, 2003).

Tokofobia w pierwotnej postaci rozwija się już od okresu adolescencji, wtórnie - w następstwie pierwszego traumatycznego porodu. Może łączyć się z objawami poporodowego zespołu stresu pourazowego lub poporodowej przewlekłej reakcji depresyjnej, które nie zostały zdiagnozowane ani leczone. Tokofobia współistniejąca z depresją okresu ciąży to jeden z symptomów zaburzeń depresyjnych. U ciężarnych mogą pojawić się myśli związane z przekonaniem o niemożności urodzenia dziecka oraz z przekonaniem, że umrą w trakcie porodu (Holka-Pokorska i in., 2016; Saisto, Halmesmaki, 2003).

W klasyfikacjach ICD-10 (WHO, 2008) oraz DSM-5 (APA, 2013) nie podano specyficznej kategorii diagnostycznej dotyczącej lęku przed porodem. Jednak zgodnie z klasyfikacją ICD-10 objawy tokofobii mogą być kodowane za pomocą dwóch kategorii - specyficznych (izolowanych) postaci fobii (F40.2) lub zaburzeń psychicznych i chorób układu nerwowego wikłających ciążę, poród, połóg (099.3). Z wielu prac epidemiologicznych wynika, że odsetek cięć cesarskich, wykonywanych zarówno w Polsce jak i na świecie, sukcesywnie rośnie. W Polsce w 1999 r. odsetek porodów operacyjnych wynosił 18,1 proc., w 2012 r. osiągnął już 37 proc., a w 2017 aż 43,9 proc. (Santorek i in. 2019). Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia urodzenia przez cięcia cesarskie powinny stanowić maksymalnie 15 proc. porodów (Betran i in., 2015).

W badaniu rejestrowym, które dotyczyło populacji szwedzkich kobiet rodzących w latach 2002-2004, wykazano, że wśród kobiet wybierających „cięcie cesarskie na życzenie”, częściej obserwowano obciążenie zaburzeniami psychicznymi w wywiadzie, w porównaniu z pozostałą grupą rodzących kobiet (Sydsjo i in., 2014). U badanych występowały zaburzenia lękowe, zaburzenia związane ze stresem, zaburzenia somatoformiczne (dające objawy fizycznej choroby) oraz zaburzenia nastroju.

W skandynawskim badaniu wykazano, że kobiety poszukujące pomocy z powodu lęku przed porodem oraz bólem porodowym, różnią się od kobiet z grupy kontrolnej obecnością wyższego poziomu psychastenii (rodzaju nerwicy) oraz niższym poziomem zapotrzebowania na kontakty społeczne (Ryding, Wirfelt, Wangborg, Sjogren, Edman, 2007). Autorzy tego badania podkreślili ważną rolę interwencji psychoedukacyjnych w postępowaniu przygotowawczym do porodu. Wykazano pozytywny wpływ interwencji psychoedukacyjnych, takich jak szkoła rodzenia, na zmniejszenie nasilenia tokofobii. Zwrócono również uwagę na fakt, że interwencje te wpływają na zmniejszenie ilości porodów operacyjnych oraz przyczyniają się do wyższej satysfakcji badanych kobiet

w porównaniu z tymi, wobec których nie zastosowano takich interwencji (Rouhei in., 2011; Szymański, S., Brączyk, W., Konstany-Kurkiewicz, V., 2017).

#### 1.4. Niepokoje kobiet wybierających bezdzietność

W Łodzi przeprowadzono w 2007 roku badania fokusowe w grupie kobiet bezdzietnych z wyboru. Obok argumentów tłumaczących wybór bezdzietności pojawiły się również obawy związane z ewentualnymi zmianami w ciele: przed utratą własnej atrakcyjności fizycznej, zmianą jakości i częstości kontaktów seksualnych w wyniku pojawienia się potomstwa (Garncarek, 2010). W innym badaniu analizowano wypowiedzi kobiet na forach internetowych, które nie miały w planach urodzenia dziecka. Kobiety wskazywały na własne dysfunkcje zdrowotne, a także powoływały się na strach przed porodem oraz położeniem. „Forumowiczki” przyznały również, że obawiają się bólu oraz zmian w ciele w wyniku ciąży – przybrania na wadze, rozstępów, blizn. Kobiety opisywały fizyczne zmiany zaobserwowane wśród swoich koleżanek, które już urodziły: rozstępy, kłopoty z zębami, tycie, oraz ogólne zaniedbanie w wyniku natłoku obowiązków (Smalej, 2016).

#### 1.5. Znaczenie przywiązania do matki

Więź z własną matką jest ważnym aspektem pośredniczącym w kształtowaniu się wizji macierzyństwa kobiety. Dziewczynki już od najmłodszych lat obserwują matkę, jej zachowania i próbują je naśladować. Przygotowują się do rodzicielstwa już w dzieciństwie – proces ten zaczyna się w dziecięcych zabawach i fantazjach (Gracka-Tomaszewska, 2014). Gracka-Tomaszewska (2014) uważa, że przywiązanie do matki jest bardzo ważnym czynnikiem biorącym udział w kształtowaniu się tożsamości macierzyńskiej. Tożsamość ta tworzy się z obrazu siebie jako kobiety oraz obrazu swojej matki jako matki. Duże znaczenie dla tego procesu ma narracja – to, co kobieta mówi o swojej matce oraz o otrzymywanej od niej opiece (Zdolska-Wawrzekiewicz, Bidzan, Chrzan-Dętkoś, 2018).

Według badaczy istotnym czynnikiem jest zarówno aktualna relacja z matką, np. otrzymywana od niej pomoc (Greszta, E., Ryś, M., Trębicka, P., 2020), jak również dziecięce wspomnienia dotyczące doznawanej opieki ze strony rodziców. Negatywny obraz własnej matki może powodować trudności, gdyż obraz ten staje się częścią tego, co kobieta myśli o sobie. Kiedy kobieta nie może czerpać wsparcia ze swojego wewnętrznego obrazu matki, swoich wspomnień i doświadczeń, bycie matką i „matkowanie” może sprawiać jej trudność (Zdolska-Wawrzekiewicz i in., 2018).

Kobiety, które otrzymały od swoich matek należytą opiekę i mają z nimi obecnie dobre relacje, mają dzieci o bezpiecznym stylu przywiązania (Greszta, E., Ryś, M., Trębicka,

P. , 2020; Ryś, 2018). Te zaś, których matki nie były wspierające, mają dzieci bardziej lękowe. Kobiety, które pamiętają swoje matki jako odrzucające, mogą ukazywać swoim dzieciom unikający wzorzec przywiązania (Zdolska-Wawrzekiewicz i in., 2018).

## **2. Badania własne**

### **2.1. Cel badań i pytania badawcze**

Celem badań przedstawionych w niniejszym artykule było określenie obaw związanych z ciążą oraz ich uwarunkowań u kobiet nieposiadających dzieci. W związku z eksploracyjnym charakterem badania, nie postawiono hipotez kierunkowych, sformułowano jednak następujące pytania badawcze:

- 1) Czy istnieje związek pomiędzy wiekiem badanych a nasileniem obaw związanych z ciążą?
- 2) Czy stan cywilny (posiadanie/nie posiadanie partnera) różnicuje stopień nasilenia obaw u kobiet?
- 3) Czy istnieją różnice w zakresie nasilenia obaw pomiędzy trzema wymiarami: wizją zmian w dotychczasowym stylu życia i wyglądzie, sytuacjami związanymi z przebiegiem porodu i zdrowiem dziecka oraz zmianami w wyglądzie i w sferze życia seksualnego?
- 4) Czy istnieje zależność między nasileniem (w zakresie wymienionych wyżej aspektów) obaw a wymiarami: uczucie (troska) i kontrola (nadopiekuńczość) w relacji z matką?
- 5) Czy istnieje zależność między nasileniem obaw u kobiet, a sumą wsparcia, którego spodziewają się one uzyskać od różnych osób w okresie ciąży i po urodzenia się dziecka?

### **2.2. Sposób przeprowadzenia badań**

Badanie trwało od 12 lutego do maja 2019 roku. Zostało przeprowadzone drogą internetową i objęto nim 122 kobiety wieku 18-48 lat. Kryterium doboru do próby była płeć żeńska, ukończone 18 lat w momencie przystąpienia do badania, nieposiadanie dziecka, oraz brak wcześniejszych ciąż i strat prokreacyjnych w wywiadzie. W badaniu wzięły udział kobiety, które odpowiedziały na ogłoszenie zamieszczone na portalach społecznościowych lub pozyskane za pomocą kontaktów społecznych, w tym metodą tzw. „kuli śnieżnej”. Udział w badaniu był dobrowolny, uczestniczki wyraziły świadomą zgodę i zostały poinformowane o przeznaczeniu wyników badań wyłącznie do celów naukowych. Założenia i procedura badawcza były zgodne z wymogami etycznymi Helsińskiej Deklaracji

Praw Człowieka, a pozyskiwanie świadomej zgody w wymogami Brytyjskiego Towarzystwa Psychologicznego dla badań prowadzonych drogą internetową (British Psychological Society, 2017).

### 2.3. Narzędzia

W celu uzyskania odpowiedzi na sformułowane pytania badawcze zastosowano następujące narzędzia:

#### 2.3.1. Ankieta socjodemograficzna

Ankieta została opracowana na potrzeby badania i zawierała pytania dotyczące danych społeczno-demograficznych (m.in. wiek, płeć, stan cywilny), a także pytania dotyczące wsparcia i stopnia zadowolenia z relacji z partnerem oraz relacji z poszczególnymi członkami rodziny.

#### 2.3.2. Kwestionariusz Obaw Związanych z Doświadczeniami Prokreacyjnymi

Kwestionariusz autorski, skonstruowany na potrzeby badania, służący do oceny obaw związanych z wybranymi doświadczeniami prokreacyjnymi. Narzędzie składa się z 16 pozycji. Pytania odnoszą się do stopnia natężenia obaw u kobiet, które macierzyństwo mają jeszcze przed sobą. Badane ustosunkowują się do każdego twierdzenia na 5-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie zgadzam się”, a 5 „zdecydowanie zgadzam się”. Analiza czynnikowa wykazała 3-czynnikową strukturę narzędzia. Utworzone wymiary to:

- wizja zmian w dotychczasowym stylu życia i wyglądzie – wymiar ten składa się z twierdzeń odnoszących się do zmian w trybie życia i w wyglądzie ciała, które są wpisane w ciążę, poród i połóg (przykładowe twierdzenie: *„Myśl o zmianie dotychczasowego życia i przyzwyczajęń wywołuje we mnie niepokój”*). Wymiarowi nadano nazwę skróconą „Wizja zmian”;

- sytuacje związane z przebiegiem porodu i zdrowiem dziecka – wymiar ten obejmuje twierdzenia dotyczące sytuacji porodu i kwestię związaną z urodzeniem nie w pełni zdrowego dziecka (przykładowe twierdzenie: *„Martwi mnie, że w trakcie porodu mogłyby się pojawić nieprzewidziane komplikacje”*). Wymiarowi nadano nazwę skróconą „Poród i zdrowie dziecka”;

- zmiany w wyglądzie i zmiany w sferze życia seksualnego – wymiar ten składa się z twierdzeń obejmujących tematykę życia intymnego, zmiany w ciele oraz ewentualne trudności w powrocie do dawnego wyglądu. Przykładowe twierdzenie: *„Martwi mnie, że po urodzeniu dziecka trudno byłoby mi powrócić do aktywności seksualnej”*. Wymiarowi nadano nazwę skróconą „Wygląd i sfera seksualna”.



Im wyższy wynik uzyskany dla danego wymiaru, tym wyższe nasilenie obaw, które ten wymiar mierzy. Kwestionariusz charakteryzuje się zadowalającymi właściwościami psychometrycznymi, współczynniki rzetelności Alfa Cronbacha dla każdego wymiaru wyniosły kolejno: 0,752; 0,662; 0,758.

### **2.3.3. Kwestionariusz Wsparcia społecznego (Social Support Questionnaire, SSQ)** (Nieland, 1992; w adaptacji: E. Bielawskiej-Batorowicz, 1995)

Narzędzie to zostało opracowane do badania poziomu trzech aspektów wsparcia społecznego w okresie okołoporodowym. Zawiera listę 14. różnych źródeł wsparcia, od szeroko rozumianych służb medycznych, przez członków najbliższej rodziny, przyjaciół i znajomych, do różnorodnych organizacji i instytucji. Badana ocenia wsparcie na 4. punktowej skali od „wcale” (1 pkt) do „wyjątkowo dużo” (4 pkt), zwracając uwagę na jego trzy aspekty: ilość wsparcia, jaką chciałaby uzyskać, ilość wsparcia otrzymanego w rzeczywistości oraz stopień satysfakcji z uzyskanego wsparcia. Suma otrzymanych punktów stanowi globalny wskaźnik wsparcia oczekiwanego, uzyskanego i zadowolenia z otrzymanego wsparcia. Rzetelność skali oszacowano obliczając współczynniki Alfa Cronbacha. Dla polskiej wersji językowej współczynniki te wyniosły 0,85 (dla wsparcia oczekiwanego), 0,69 (dla wsparcia otrzymanego) oraz 0,88 dla oceny otrzymanego wsparcia (Bielawska-Batorowicz, 1995). W prezentowanej pracy narzędzie zostało zmodyfikowane na potrzeby badania, tj. zadaniem badanych kobiet było rozważenie, jak dużo wsparcia mogłyby uzyskać od poszczególnych osób w okresie trwania ciąży i po urodzeniu się dziecka.

### **2.3.4. Kwestionariusz do pomiaru więzi z własnymi rodzicami (Parental Bonding Instrument, PBI)** (Parker, Tupling i Brown, 1979; w adaptacji Popiel i Pragłowskiej, 2006).

Kwestionariusz służy do retrospektywnej oceny zachowania rodziców i określenia stylu przywiązania. Składa się z 25 twierdzeń (osobno dla matki i ojca), a badane ustosunkowują się do nich na 4-stopniowej skali: od „bardzo się zgadza” do „zupełnie się nie zgadza”.

Z twierdzeń PBI wyodrębnione zostały dwa wymiary: opieki i kontroli. Wymiar opieki tworzy continuum: opiekuńczy-odrzucający, a wymiar kontroli: kontrolujący-dający poczucie autonomii. Uzyskane wyniki pozwalają opisać relację z rodzicem w ramach jednego z czterech stylów przywiązania: styl optymalny (charakteryzujący się wysoką opieką i niską kontrolą ze strony matki lub ojca); styl nadopiekuńczo-wymuszający (z wysoką opieką i wysoką kontrolą); styl kontrolujący (z niską opieką i wysoką kontrolą) oraz styl zaniedbujący (z niską opieką i niską kontrolą ze strony rodzica). Według autorów najbardziej prawidłową dla rozwoju człowieka i jego funkcjonowania jest styl optymalny, w którym rodzic prezentuje duży stopień emocjonalnej opieki i niski stopień psychologicznej

kontroli. Wysokie wyniki w wymiarze opieki odzwierciedlają uczuciowość, ciepło w relacji z dzieckiem, a niskie sugerują odrzucenie, chłód i obojętność. Wysokie wyniki w wymiarze kontroli sugerują nadmierne ingerowanie w sprawy dziecka, nadmierne nim sterowanie, aktywne zachęcanie do psychologicznej zależności, natomiast niskie wyniki wskazują na promowanie niezależności i autonomii.

#### 2.4. Analiza statystyczna

Analiza statystyczna zebranego materiału została przeprowadzona w programie IBM SPSS 25 Statistic wersja 25. Oprócz statystyk opisowych, przeprowadzono test Kołmogorowa-Smirnova do oceny normalności rozkładu wyników. Ze względu na rozkład wyników odbiegający od rozkładu normalnego oraz brak grup porównywalnej wielkości dla wybranych analiz, zastosowano testy nieparametryczne. Współczynnik korelacji *r*ho Spearmana zastosowano do określenia zależności pomiędzy zmiennymi oraz ich kierunku i nasilenia (dla zmiennych: wsparcie społeczne, wymiar uczucie-troska i kontrola-nadopiekuńczość w kwestionariuszu do pomiaru więzi z własnymi rodzicami, wymiary kwestionariusza obaw związanych z doświadczeniami prokreacyjnymi). Test Manna-Whitneya wykorzystano do porównania nasilenia obaw w zależności od stanu cywilnego badanych. Test Kruskalla-Wallisa zastosowano do określenia różnic w wynikach w kwestionariuszu obaw związanych z doświadczeniami prokreacyjnymi ze względu na wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania. Ponadto, do oceny różnic w nasileniu pomiędzy poszczególnymi grupami obaw (wizja zmian/poród i zdrowie/wygląd i sfera seksualna) przeprowadzono jednozmienną analizę wariancji w schemacie wewnątrzgrupowym (wraz z testem *post hoc* Bonferoniego). Przyjęty został poziom istotności  $\alpha = 0,05$ .

#### 2.5. Charakterystyka badanej grupy

Średni wiek badanych wyniósł 23,6 (SD = 4,9). Najwięcej kobiet było w trakcie uzyskiwania wyższego wykształcenia (36,9%). Najwięcej badanych pochodziło z miast poniżej 100 tys. mieszkańców (36,9%), a najmniej ze wsi (27%). Spośród przebadanych kobiet posiadanie partnera zadeklarowały 83 kobiety (68%). 56 kobiet (45,9%) określiło swoją relację z partnerem jako bardzo dobrą, a 24 (19,7%) jako dobrą. Na udzielenie wsparcia w okresie ciąży od więcej niż czterech osób mogą liczyć 73 kobiety (59,8%). Dwie spośród badanych (1,6%) uważają, że nie ma wokół nich osób, na których wsparcie mogłyby liczyć. Szczegółową charakterystykę przedstawia tabela 1.



Tabela nr 1. Charakterystyka badanej grupy (N=122)

Dane	n	%
Wykształcenie		
Średnie	38	31,1
Wyższe w trakcie	45	36,9
Wyższe	39	32
Miejsce zamieszkania		
Wieś	33	27
Miasto <100 tys.	45	36,9
Miasto >100 tys.	44	36,1
Stan cywilny		
W związku (małżeńskim/partnerskim)	83	68
Samotna	39	32
Ocena relacji z partnerem (n=83) <sup>1</sup>		
Bardzo dobre	56	45,9
Dobre	24	19,7
Trudno powiedzieć	3	2,5
Złe	0	0
Ocena relacji z członkami rodziny		
Bardzo dobre	50	41
Dobre	59	48,4
Trudno powiedzieć	11	9
Złe	2	1,6
Liczba osób, które udzieliłyby wsparcia w okresie ciąży		
Brak	2	1,6
Do 2 osób	11	9
Do 4 osób	36	29,5
Powyżej 4 osób	73	59,8

<sup>1</sup>Analiza dla zmiennej (relacje z partnerem) obejmowała wyłącznie kobiety, które aktualnie są w związku

## 2.6. Wyniki

### 2.6.1. Statystyki opisowe

W pierwszym kroku podjętym przed przystąpieniem do analiz przedstawiono statystyki opisowe mierzonych zmiennych ilościowych (tabela 2).

Tabela nr 2. Statystyki opisowe mierzonych zmiennych ilościowych (N=122)

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	Sk.	Kurt.	Min.	Maks	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Źródło oczekiwanego wsparcia									
Partner	2,94	3	1,255	-0,732	-1,173	1	4	0,284	0,000
Rodzina partnera	2,57	3	1,157	-0,292	-1,391	1	4	0,277	0,000
Matka	3,60	4	0,735	-2,000	3,688	1	4	0,421	0,000
Rodzeństwo	2,61	3	1,103	-0,256	-1,254	1	4	0,238	0,000
Ojciec	3,00	3	1,037	-0,860	-0,382	1	4	0,279	0,000
Dziadkowie	2,40	3	1,169	0,021	-1,496	1	4	0,221	0,000
Przyjaciele	2,89	3	0,861	-0,504	-0,280	1	4	0,271	0,000
Wynik ogólny	20,0082	20	4,10904	-0,153	-0,294	10	28	0,075	0,087
Retrospektywna ocena relacji z matką – wymiar Uczucie (Troska)	29,2049	29	2,16256	0,005	-0,006	24	35	0,120	0,000
Retrospektywna ocena relacji z matką – wymiar Kontrola (Nadopiekuńczość)	32,2623	33	4,17352	-0,327	0,220	21	43	0,119	0,000
Obawy związane z doświadczeniami prokreacyjnymi - Wizja zmian	17,3279	17	5,42483	0,098	-0,435	6	30	0,082	0,044
Obawy związane z doświadczeniami prokreacyjnymi -Poród i zdrowie dziecka	18,3033	18	3,63384	-0,486	0,323	6	25	0,098	0,006
Obawy związane z doświadczeniami prokreacyjnymi - Wygląd i sfera seksualna	14,2623	14	4,57048	0,232	-0,211	5	25	0,098	0,006

*M* – średnia; *Me*- mediana; *SD*- odchylenie standardowe; Sk. – skośność; Kurt. – kurtoza; Min. i Maks. – najniższa i najwyższa wartość rozkładu; *K-S* – wynik testu Kołmogorowa-Smirnowa; *p* – istotność

Analizując dane zawarte w tabeli 2 warto zwrócić uwagę, że rozkład zbliżony do normalnego uzyskano wyłącznie dla wyniku ogólnego w zakresie wsparcia, w związku z tym do przeprowadzenia analiz wykorzystano testy nieparametryczne.

### 2.6.2. Rozkład wyników dla wybranych twierdzeń Kwestionariusza do Pomiaru Obaw Związanych z Doświadczeniami Prokreacyjnymi

W kolejnym kroku określono statystyki opisowe dla w twierdzeń wchodzących w skład kwestionariusza do pomiaru obaw związanych z doświadczeniami prokreacyjnymi. Ze względu na ograniczenia niniejszego opracowania szczegółowe dane dla każdego twierdzenia są dostępne u autorów na życzenie Czytelników. Jednak analiza poszczególnych itemów wchodzących w skład każdego wymiaru wykazała, że najwięcej obaw występujących u kobiet dotyczy zagadnień obejmujących wymiar drugi (*Poród i zdrowie dziecka*). W tym wymiarze, w jednym z pytań kobiety uzyskały najwyższą średnią spośród wszystkich twierdzeń ( $M = 4,30$ ;  $SD = 0,9$ ). Brzmi ono: „*Jestem zaniepokojona myślą, że mogłabym urodzić nie w pełni zdrowe dziecko*”. Niewiele niższą średnią badane uzyskały w pytaniach o występowanie lęku przed nieprzewidywanymi komplikacjami w czasie jego trwania - uzyskały średnią  $4,18$  ( $SD = 0,90$ ), a w pytaniu o lęk przed długim i nieprzyjemnym porodem - średnią  $4,05$  ( $SD = 1,03$ ).

### 2.6.3. Obawy związane z ciążą a wiek badanych

W celu określenia, czy istnieje związek pomiędzy nasileniem obaw związanych z ciążą w zakresie analizowanych wymiarów (Wizja zmian/Poród i zdrowie/Wygląd i sfera seksualna) przeprowadzono analizę korelacji Spearmana. Jej wyniki wskazują na ujemne zależności dla wieku i każdego z wymiarów. Im młodszy wiek badanych tym silniejsza wizja zmian wynikających z ciąży ( $r_{ho} = -0,241$ ,  $p < 0,01$ ), silniejsze obawy związane z przebiegiem porodu i kwestiami zdrowotnymi ( $r_{ho} = -0,181$ ,  $p < 0,05$ ), oraz obawy dotyczące wyglądu i sfery seksualnej po urodzeniu dziecka ( $r_{ho} = -0,243$ ,  $p < 0,01$ ). Należy jednak podkreślić, że zachodzące korelacje są słabe lub bardzo słabe.

### 2.6.4. Obawy związane z ciążą a stan cywilny

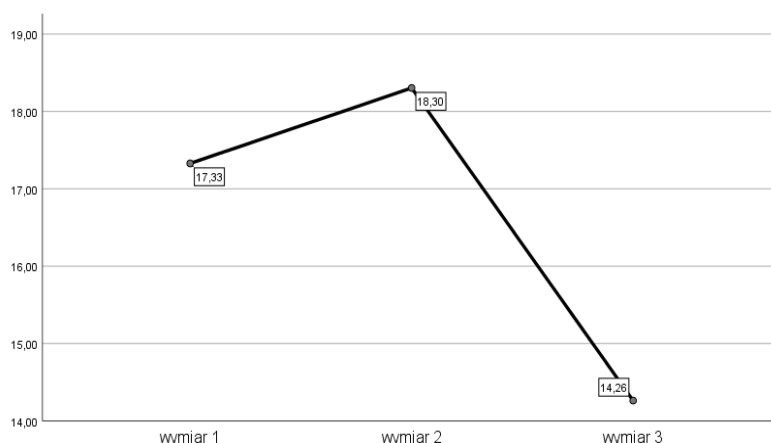
W celu określenia, czy istnieją różnice w nasileniu obaw związanych z ciążą w zakresie analizowanych wymiarów (Wizja zmian/Poród i zdrowie/Wygląd i sfera seksualna) a stanem cywilnym badanych zastosowano test U Manna-Whitneya, do porównania kobiet samotnych i pozostających w związkach. Uzyskane wyniki pokazują, że stan cywilny nie różnicuje badanych kobiet pod względem nasilenia obaw. Wyniki przedstawione zostały w tabeli 3.

Tabela nr 3. Porównanie w zakresie nasilenia obaw związanych z ciążą w grupie kobiet pozostających w związku i kobiet samotnych (N=122).

Zmienna	Porównywane grupy	n	M	SD	Średnia ranga	U	p
Wymiar 1 - wizja zmian	W związku	83	17,64	5,19	63,36	1464,500	0,397
	Samotne	39	16,67	5,92	57,55		
Wymiar 2 - poród i zdrowie	W związku	83	18,25	3,58	60,73	1555,000	0,726
	Samotne	39	18,41	3,80	63,13		
Wymiar 3 - wygląd i sfera seksualna	W związku	83	13,95	4,48	59,09	1418,500	0,270
	Samotne	39	14,92	4,75	66,93		

### 2.6.5. Różnice w nasileniu obaw w zakresie analizowanych wymiarów

W celu sprawdzenia, czy istnieją różnice w nasileniu pomiędzy poszczególnymi grupami obaw (Wizja zmian/Poród i zdrowie/Wygląd i sfera seksualna) zastosowano jednozmienną analizę wariancji w schemacie wewnątrzgrupowym (wraz z testem *post hoc* Bonferoniego). Dane spełniały założenie o sferyczności (test sferyczności Mauchly'ego okazał się nieistotny;  $p=0,843$ ). Uzyskano wynik:  $F(2, 224) = 62,029$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,339$ , co oznacza, że wyniki w poszczególnych pomiarach różniły się od siebie (wykres 1).



*Wymiar 1* – obawy związane z wizją zmian; *wymiar 2* – obawy związane z porodem i zdrowiem dziecka; *wymiar 3* – obawy związane wyglądem i sferą seksualną

Wykres nr 1. Porównanie wyników dla trzech wymiarów obaw związanych z ciążą w grupie badanych kobiet (N = 122)

Testy *post hoc* Bonferoniego wykazały, że w badanej grupie kobiet obawy związane z porodem i zdrowiem dziecka (wymiar 2) są istotnie wyższe ( $M=18,30$ ;  $SD=3,63$ ) niż obawy dotyczące wyglądu i sfery seksualnej (wymiar 3) ( $M=14,26$ ;  $SD=4,57$ ) oraz niż obawy związane z wizją zmian (wymiar 1) ( $M=17,33$ ;  $SD=5,42$ ), a także, że obawy związane z wizją zmian (wymiar 1) są istotnie wyższe niż obawy związane z wyglądem i sferą seksualną (wymiar 3). Najsilniejsze obawy to te związane z przebiegiem porodu i zdrowiem dziecka, najmniej silne okazały się te, które dotyczą zmian w wyglądzie i w sferze seksualnej. Wyniki uzyskane w teście Bonferoniego przedstawia tabela 4.

Tabela nr 4. Wyniki testów *post hoc* porównania nasilenia obaw w trzech wymiarach w badanej grupie kobiet ( $N=122$ )

Obawy (I)	Obawy (J)	Różnica średnich (I-J)	P
Obawy związane z wizją zmian (wymiar 1)	Obawy związane z porodem (wymiar 2)	-0,975*	0,040
	Obawy związane z wyglądem i sferą seksualną (wymiar 3)	3,066**	0,000
Obawy związane z porodem (wymiar 2)	Obawy związane z wizją zmian (wymiar 1)	-0,975*	0,040
	Obawy związane z wyglądem i sferą seksualną (wymiar 3)	4,041**	0,000
Obawy związane z wyglądem i sferą seksualną (wymiar 3)	Obawy związane z wizją zmian (wymiar 1)	-3,066**	0,000
	Obawy związane z porodem (wymiar 2)	-4,041**	0,000

\* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,001$

### 2.6.6. Nasilenie obaw związanych z ciążą a uczucie i kontrola w relacji z matką

W celu określenia związku między nasileniem obaw w zakresie analizowanych wymiarów (Wizja zmian/Poród i zdrowie/Wygląd i sfera seksualna a uczuciem (troska) i kontrolą (nadopiekuńczość) w relacji z matką zastosowano analizę korelacji Spearmana. Otrzymane wyniki wskazują na zależność między nasileniem obaw we wszystkich trzech wymiarach a zmienną kontrola (nadopiekuńczość) w relacji z matką. Wszystkie uzyskane korelacje są dodatnie. Oznacza to, że im wyższa kontrola/nadopiekuńczość ze strony matki, tym wyższe obawy w każdym z analizowanych wymiarów, tj. wizja zmian, poród i zdrowie dziecka, wygląd i sfera seksualna. Jednak, mimo iż uzyskane korelacje są istotne statystycznie, to wartość współczynnika korelacji wskazuje na korelację słabą. Nie odnotowano natomiast żadnej istotnej statystycznie korelacji dla zmiennej uczucie (troska). Wartości współczynników korelacji przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Wyniki testów post hoc porównania nasilenia obaw w trzech wymiarach w badanej grupie kobiet (N=122)

Obawy (I)	Obawy (J)	Różnica średnich (I-J)	P
Obawy związane z wizją zmian (wymiar 1)	Obawy związane z porodem (wymiar 2)	-0,975*	0,040
	Obawy związane z wyglądem i sferą seksualną (wymiar 3)	3,066**	0,000
Obawy związane z porodem (wymiar 2)	Obawy związane z wizją zmian(wymiar 1)	-0,975*	0,040
	Obawy związane z wyglądem i sferą seksualną (wymiar 3)	4,041**	0,000
Obawy związane z wyglądem i sferą seksualną (wymiar 3)	Obawy związane z wizją zmian (wymiar 1)	-3,066**	0,000
	Obawy związane z porodem (wymiar 2)	-4,041**	0,000

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

### 2.6.7. Nasilenie obaw związanych z ciążą a poziom oczekiwanego wsparcia społecznego

W celu określenia związku między nasileniem obaw w zakresie analizowanych wymiarów (Wizja zmian/Poród i zdrowie/Wygląd i sfera seksualna) a poziomem wsparcia społecznego, jakiego oczekiwałyby badane kobiety będąc w ciąży ponownie przeprowadzono analizę korelacji Spearmana. Uzyskane wyniki wskazują na brak zależności pomiędzy poziomem oczekiwanego wsparcia a nasileniem obaw zarówno w zakresie obaw dotyczących zmian związanych z ciążą ( $\rho = -0,055$ ;  $p = 0,550$ ), dotyczących porodu i zdrowia dziecka ( $\rho = -0,077$ ;  $p = 0,402$ ), jak też obaw związanych z wyglądem i sferą seksualną ( $\rho = -0,132$ ;  $p = 0,149$ ).

### 3. Dyskusja

Celem przeprowadzonych badań była próba oceny nasilenia obaw związanych z wybranymi doświadczeniami prokreacyjnymi u kobiet nieposiadających dzieci. Twierdzenia obejmujące tematykę ciąży zostały umieszczone w kwestionariuszu własnego autorstwa. W niniejszej pracy analizowano ocenę wsparcia, którego spodziewają się uzyskać badane od różnych osób w okresie przyszłej ciąży. W tym celu wykorzystano kwestionariusz do pomiaru wsparcia społecznego. Zbadano również więź badanych z własną matką na podstawie retrospektywnej oceny zachowania matki wobec nich.

Analiza danych wykazała, że w badanej grupie kobiet obawy związane z porodem i zdrowiem dziecka są istotnie wyższe niż obawy dotyczące zmian w wyglądzie i zmian



w sferze życia seksualnego oraz niż obawy związane z wizją zmian w dotychczasowym stylu życia a także, że obawy związane z wizją zmian są istotnie wyższe niż obawy dotyczące zmian w wyglądzie i zmian w sferze życia seksualnego. Można zatem wnioskować, że badane kobiety bardziej obawiają się samego przebiegu porodu i jego konsekwencji, a nie zmian w wyglądzie ciała towarzyszących ciąży (jak np. zwiększenie masy ciała czy rozstępy).

Analiza wyników poszczególnych twierdzeń wchodzących w skład trzech wymiarów, które pochodzą z kwestionariusza obaw związanych z doświadczeniami prokreacyjnymi wykazała, że najwięcej obaw występujących u kobiet dotyczy zagadnień związanych z przebiegiem porodu i zdrowiem dziecka. Pytanie dotyczące urodzenia nie w pełni zdrowego dziecka osiągnęło najwyższą średnią spośród wszystkich twierdzeń. Niewiele mniejszą średnią uzyskały twierdzenia dotyczące pojawienia się nieprzewidzianych komplikacji w trakcie porodu oraz tego, że poród mógłby okazać się długi i nieprzyjemny. Może to wynikać z młodego wieku badanych kobiet, które nie miały możliwości zetknąć się z wieloma kobietami, które już rodziły, i mogłyby podzielić się swoimi doświadczeniami.

Barbro Areskog była jedną z pierwszych osób prowadzących badania 30 lat temu nad strachem związanym z urodzeniem dziecka. Autorka stwierdziła, że umiarkowany poziom niepokoju występuje u 17% ciężarnych, a poważny u 6%. Częstość występowania lęku w różnych grupach kobiet waha się od 23% do 64% (Areskog, 1981; Guskowska, 2012.) Autorka badała wprawdzie kobiety ciężarne, jednak nowsze badania (Stoll i in., 2016) są spójne z prezentowanymi w niniejszym artykule i pokazują, że lęk związany z urodzeniem dziecka występuje również u tych kobiet, które ciążę mają jeszcze przed sobą. Główny powód niepokoju dotyczącego porodu stanowi najczęściej strach przed bólem (Areskog, 1981; Melender, 2002). Ponad połowa (56%) kobiet w badaniach Stoll i in. (2009) na pytanie o powody, dla których preferowałyby cesarskie cięcie zamiast porodu waginalnego wymieniła ból porodowy i/lub strach przed jego doświadczeniem. Wiedza na temat skali i charakteru obaw związanych z porodem wydaje się dość istotna, albowiem wśród konsekwencji lęku porodowego wymienia się rosnącą liczbę cesarskich cięć bez wyraźnych wskazań medycznych (Michałowska i in., 2012). W Polsce wynosi on ponad 42% i jest na jednym z najwyższych miejsc w Europie (Euro-Peristat, 2018; Macfarlane i in., 2016).

Przygotowanie do porodu oraz wsparcie społeczne mają duże znaczenie w profilaktyce lęku przed porodem. Programy edukacyjne mogą powodować zwiększenie wiedzy i zredukować lęk związany z porodem, zwłaszcza u pierwiastek (Augustyniuk i in., 2013). Wyniki z badań przeprowadzonych w Polsce i Indiach wskazują na dodatni związek między zwiększeniem wiedzy i spadkiem poziomu lęku przed porodem właśnie w tej grupie kobiet (Augustyniuk i in., 2013; Gayathri, Raddi, Metgud, 2010).

Z kolei z badań przeprowadzonych w Szwecji wynika, że dzięki poradnictwu i psychoterapii krótkoterminowej, połowa z kobiet, które domagały się urodzenia przez cesarskie cięcie, zrezygnowała z niego i urodziła dziecko siłami natury (Ryding, 1993). Część kobiet z silnym lękiem przed porodem, dzięki oddziaływaniom wspierającym i terapeutycznym, zrezygnowała z cesarskiego cięcia i zdecydowała się na poród naturalny (Sjorgen, 1998). Można stwierdzić, że zjawisko lęku związanego z porodem towarzyszy wielu kobietom i dla tych, które odczuwają silny lęk związany z porodem istotne wydaje się wprowadzenie oddziaływań profilaktycznych i terapeutycznych. Stoll i in. (2016) zwracają jednak uwagę, że wspieranie kobiet w radzeniu sobie z lękiem przed porodem dopiero w czasie ciąży (np. w ramach szkół rodzenia) może być zbyt późne i konieczna jest wcześniejsza interwencja. Autorzy ci (Stoll i in., 2016) proponują opracowanie i wdrożenie specjalnych modułów edukacyjnych już dla uczniów szkół średnich. Programy te miałyby odnosić się do powszechnych obaw i błędnych przekonań na temat ciąży i porodu i być zgodne z wytycznymi dotyczącymi najlepszych praktyk w zakresie opieki przedporodowej nad kobietami.

Chociaż zależności pomiędzy wsparciem oczekiwanym z różnych źródeł a nasileniem obaw w każdym z trzech analizowanych wymiarów okazały się nieistotne statystycznie, wyniki opisowe pokazują, że oczekiwanie wsparcia jest najsilniejsze ze strony własnej matki. Jednocześnie, analiza zależności między wymiarami kwestionariusza obaw związanych z doświadczeniami prokreacyjnymi, a wymiarem uczucie (troska) i kontrola (nadopiekuńczość) w kwestionariuszu do pomiaru więzi z własną matką wykazała, iż istnieje związek między obawami tworzącymi poszczególne wymiary, a wymiarem kontrola-nadopiekuńczość. Można zatem przyjąć, iż kontrola i nadmierny wpływ ze strony matki mają negatywne znaczenie, ponieważ wiążą się z większym natężeniem obaw u kobiet.

Nie odnotowano natomiast zależności między nasileniem obaw a wymiarem uczucie (troska) w relacji z matką. Zatem o ile wysoki poziom troski ze strony matki może nie mieć charakteru protekcyjnego dla rozwijania się obaw związanych z ciążą i/lub porodem, wysoki poziom kontroli z jej strony może sprzyjać ich występowaniu. Brak jakiegokolwiek związku pomiędzy nasileniem obaw związanych z porodem a poziomem opieki wydaje się ciekawym wynikiem w świetle wyników badań amerykańskich (Enns, Cox, Clara, 2002). Wykazały one, że w grupie blisko 6 tys. pacjentów o bogatej psychopatologii, jak zaburzenia depresyjne, zespół stresu pourazowego, zaburzenia lękowe czy osobowości to właśnie niski poziom opieki mierzony za pomocą PBI był najsilniejszym predykatorem tych zaburzeń. Byli to jednak pacjenci obojga płci i być może to właśnie płeć stanowi dodatkowy czynnik ryzyka, podczas gdy w opisywanym w niniejszym artykule badaniu brały udział jedynie kobiety.

Ujemny związek wieku z nasileniem obaw w każdym z analizowanych wymiarów wskazuje, że młodszy wiek może odgrywać istotną rolę w pełnym obaw postrzeganiu ciąży,

porodu i porożu, oraz wynikających z nich zmian. Tym samym największe wyzwanie okres ciąży stanowić może właśnie dla najmłodszych kobiet, rozpoczynających dopiero etap w życiu, który wiąże się z określaniem swoich potrzeb i planów życiowych. Dla wielu z nich priorytetem jest ukończenie szkoły, zdobycie zawodu i ustabilizowanie swojej pozycji zawodowej, a przyszłe macierzyństwo traktują jako coś odległego. Współcześnie promowane jest zdobycie wykształcenia w pierwszej kolejności, pracy zawodowej oraz uzyskanie niezależności finansowej, a dopiero później kwestie związane z założeniem rodziny. Kobiety młodsze będące w ciąży mogą być negatywnie oceniane przez otoczenie, a brak akceptacji ciąży może być dla nich źródłem stresu (Bień i in., 2015; Frankowicz-Gasiul i in., 2008).

Korelacja obaw o wygląd, szczupłą sylwetkę i seksualność z młodym wiekiem również wskazuje, że są to kwestie szczególnie dla młodych kobiet istotne. Medialny przekaz dotyczący kanonów piękna i pożądanych cech u kobiet powodują, że młode kobiety odczuwają ciągłą presję i konieczność nieustannej pracy nad sobą, swoim ciałem. W dominującej współcześnie kulturze konsumpcji, ciało jest obiektem kultu. Szczupłe ciało, młodość, gładka cera, długie nogi, duże oczy, spory biust wpisują się w kanon kobiecego piękna. Wyniki badań dowodzą, że prasa kobieca w 80-90 % obejmuje tematykę związaną z urodą (Smalej, 2016; Żak-Bucholc, 2006). Badania pokazują, że dużą rolę w kontaktach społecznych odgrywa atrakcyjność fizyczna, a ciało uważane jest za jeden z elementów naszej tożsamości (Giddens, 2001; Smalej, 2016).

W wyniku przeprowadzonej analizy nie stwierdzono istotnych zależności między nasileniem obaw, a faktem posiadania/nieposiadania partnera przez kobiety. Kobiety, będące w związku jak i samotne, mają podobny poziom obaw przed ciążą. Można przypuszczać, że obawa przed zmianami w swoim życiu wynikająca z pojawieniem się dziecka na świecie oraz poprzedzający ją stan ciąży, jest bardziej związana z tym, co kobieta wie o ciąży i porodzie, ze świadomością tego, co ją czeka i jak może sobie poradzić niż stan cywilny.

Nie wykazano istotnych różnic pomiędzy wsparciem społecznym oczekiwanym przez kobiety a obawami dotyczącymi zmian związanych z ciążą, ani też związanych z porodem, zdrowiem dziecka i wyglądem oraz sferą seksualną. Możliwe, że badane kobiety, będące jeszcze w trakcie nauki, nie potrafią sobie jeszcze wyobrazić potrzeb kobiety w ciąży, i bardziej zajmują się, łatwiejszym do wyobrażenia, zmieniającym się fizycznym stanem ciała niż trudnościami psychicznymi z nim związanymi.

#### 4. Ograniczenia i implikacje do dalszych badań

Prezentowane badania nie są wolne od ograniczeń, których eliminacja pozwoliłaby na pełniejszą analizę problemu. Szczególnie wartościowe wydaje się przeprowadzenie badań z udziałem diady matka-córka, z uwzględnieniem czynników związanych z perspektywą matki. Cenna, na przykład, mogłaby okazać się analiza przekonań związanych z przeżywaniem ciąży, porodu i pogoju oraz ich wpływem na życie kobiety w różnych sferach, przekazywanym badanym kobietom przez ich matki, niezależnie od poziomu troski i kontroli mierzonych za pomocą PBI. Ciekawe uzupełnienie mogłaby również stanowić analiza postaw wobec płodności, macierzyństwa czy ciąży. Wyniki jednego z ostatnich badań z udziałem polskich nastoletnich matek pokazują, że pozytywnemu nastawieniu do ciąży towarzyszy bardziej pozytywna postawa wobec porodu (Bałanga-Bałdyga i in., 2020).

#### Bibliografia:

- Areskog, B., Uddenberg, N., Kjessler, B. (1981). Fear of childbirth in late pregnancy, *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 12 (5), 262-266.  
<https://doi.org/10.1159/000299611>.
- American Psychiatric Association, (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Augustyniuk, K., Rudnicki, J., Grochans, E., Jurczak, A., Wieder-Huszla, S., Szkup-Jabłońska, M. (2013). Uczestnictwo w zajęciach Szkoły Matek i Ojców a częstość występowania zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19 (2), 138-141.
- Bałanda-Bałdyga, A., Pilewska-Kozak, A.B., Łepecka-Klusek, C., Stadnicka, G., Dobrowolska, B. (2020). Attitudes of Teenage Mothers towards Pregnancy and Childbirth, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (4), 1411.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17041411>.
- Betran, A.P., Torloni, M.R., Zhang, J.J., Gülmezoglu, A.M. (2015). WHO Statement on Caesarean Section Rates, *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(5), 667-670, <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>.
- Bień, A., Iwanowicz-Palus, G., Włoszczak-Szubzda, A., Witkowska, M. (2015). Ciężarne niepełnoletnie – współczesny problem bio-psycho-społeczny, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 21(2), 125-131.
- Bielawska-Batorowicz, E. (1995). *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie poporodowym*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- British Psychological Society. (2017). *Ethics Guidelines for Internet mediated Research*. NF206/04.2017. Leicester, p. 9.

- <https://www.bps.org.uk/sites/bps.org.uk/files/Policy/Policy%20%20Files/Ethics%20Guidelines%20for%20Internet-mediated%20Research%20%282017%29.pdf> [dostęp: 08.06.2020].
- Brockert, S. (2003). *Pokonać stres*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Dembińska, A., Wichary, E. (2016). Wybrane psychospołeczne korelaty lęku przedporodowego – znaczenie dla praktyki położniczej, *Sztuka Leczenia*, 1, 43-54.
- Enns, M.W., Cox, B.J., Clara, I. (2002). Parental bonding and adult psychopathology: results from the US national comorbidity survey, *Psychological Medicine*, 32, 997-1008.
- Euro-Peristat Project. (2018). *European Perinatal Health Report*. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com) [dostęp: 08.06.2020].
- Garncarek, E. (2010). Kobięce ciało jako przedmiot kontroli społecznej, *Przegląd Socjologiczny*, 59 (3), 55-69.
- Gracka-Tomaszewska, M. (2014). *Drogi do macierzyństwa. Reprezentacja siebie i reprezentacja dziecka w umyśle kobiety jako podstawa macierzyństwa*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Greszta, E., Ryś, M., Trębicka, P. (2020). Typy par rodzicielskich – współzależność postaw rodzicielskich w diadzie, *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio*, 41 (1), 186-205. <https://doi.org/10.34766/fetr.v41i1.225>.
- GUS. (2016). *Małżeństwa oraz dzietność w Polsce*. Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy.
- GUS. (2018). *Urodzenia i dzietność*. Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy.
- Guszkowska, M. (2012). Lęk przed porodem i determinujące go czynniki – przegląd literatury, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 5 (3), 154-161.
- Hofberg, K., Brockington, I. F. (2000). Tokophobia: an unreasoning fear of childbirth, *British Journal of Psychiatry*, 176, 83-85.
- Holka-Pokorska, J., Jarema M., Stefanowicz A., Piróg-Balcerzak A., Wichniak, A. (2016). Elektywne cięcie cesarskie ze wskazań psychiatrycznych - analiza zjawiska, opis dwóch przypadków oraz rekomendacje kliniczne, *Psychiatria Polska*, 50 (2), 357-373.
- Jaguś, I. (2005). Od wielodzietności do bezdzietności? Przemiany w poglądach na posiadanie dzieci i ich uwarunkowania. Dylematy współczesnych rodzin, *Roczniki Socjologii Rodziny*, XVI, 127-139.
- Kocik, L. (2002). *Wzory małżeństwa i rodziny. Od tradycyjnej jednorodności do współczesnych skrajności*, Kraków: Krakowska Szkoła Wyższa im. A. Frycza Modrzewskiego.
- Kornas-Biela, D. (1992). Kształtowanie się przywiązania matki i dziecka w prenatalnym okresie jego rozwoju, (w): A. Biela, Cz. Walesa (red.), *Problemy współczesnej psychologii*, Lublin: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.



- Kornas-Biela, D. (2002). *Wokół początku życia ludzkiego*, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Kossakowska, K. (2018). Polki wobec płodności i posiadania dzieci – doniesienie wstępne, *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica*, 21, 19-29.  
<https://doi.org/10.18778/1427-969X.21.02>.
- Kościelska, M. (1988). *Trudne Macierzyństwo*, Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Macfarlane, A.J., Blondel, B., Mohangoo, A.D., Cuttini, M., Nijhuis, J., Novak, Z., Zejtlin, J., the Euro-Peristat Scientific Committee, (2016). Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study, *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123 (4), 559–568, <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13284>.
- Melender, R. (2002). Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women, *Birth*, 29, 101-111, <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2002.00170>.
- Michałowska, S., Zalewski, M., Heimrath, J., Zalewski, J. (2012). Analiza sposobów ukończenia ciąży na podstawie preferencji ciężarnych oraz danych statystycznych z lat 2006-2010, *Nowa Medycyna*, 4, 67-75.
- Milska-Wrzosińska Z. (2005). *Para z dzieckiem czyli niezupetnie poprawne politycznie uwagi o rodzicielstwie*, Warszawa: Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza.
- National Institute of Health and Care Excellence. NICE Quality Standard [QS 32]. <http://www.nice.org.uk/guidance/qs32/chapter/introduction-and-overview> [dostęp: 08.06.2020].
- Nieland, M.N.S. (1992). *Social Support Questionnaire*, Niepublikowany manuskrypt, Wielka Brytania: Uniwersytet w York.
- Nieminen, K., Stephansson, O., Ryding, E.L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section--a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88 (7), 807–81.
- Parker, G., Tupling, H., Brown, L. (1979). Parental bonding instrument, *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1–10, <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487>.
- Podolska, M., Majewska, A. (2007). Lęk jako stan i jako cecha, w grupie kobiet, u których zakończono ciążę za pomocą cięcia cesarskiego, *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, 43 (4), 60-63.
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2006). Terapia poznawczo-behawioralna schizofrenii, (w): J. Meder (red.), *Oddziaływania psychologiczne w schizofrenii*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Gissler M., Halmesmaki, E., Saisto, T. (2011). Mental health problems common in women with fear of childbirth, *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118 (9), 1104–1111.



- Ryding, E.L., Wirfelt, E., Wangborg, I.B., Sjogren, B., Edman, G. (2007). Personality and fear of childbirth, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86 (7), 814–820.
- Ryś, M., Trzęsowska-Greszta, E. (2018). Kształtowanie się i rozwój odporności psychicznej. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 2 (34), 164–196.
- Saisto, T., Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 201–208.
- Santorek, N., Biłas, K., Tokarska, A., Zarzycka, K., Kasprzak, P., Kwiatkowski, S., Torbe, A. (2019). Cięcie cesarskie. Rosnący odsetek i zmiana trendów we wskazaniach, *Varia Medica*, 3 (4), 279–288.
- Smalej, O. (2016). Kult ciała - niepodejmowanie roli rodzicielskiej z przyczyn fizyczno-estetycznych, (w): M. Gorzel (red.), *Psychospołeczne aspekty postrzegania zdrowia i urody*, 39-50, Lublin: Wydawnictwo Akademickie WSSP.
- Stoll, K., Fairbrother, N., Carty, E., Jordan, N., Miceli, C., Vostrcil, Y., Willihnganz, L. (2009). It's all the rage these days: university students' attitudes toward vaginal and caesarean birth. *Birth*. 36(2), 133–40. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00310>.
- Stoll, K., Hauck, Y., Downe, S., Edmonds, J., Gross, M. M., Malott, A., McNiven, P., Swift, E., Thomson, G., Hall, W.A. (2016). Cross-cultural development and psychometric evaluation of a measure to assess fear of childbirth prior to pregnancy, *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 8, 49–54. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.02.004>.
- Sydsjo, G., Möller, L., Lilliecreutz, C., Bladh, M., Andolf, E., Josefsson, A. (2014). Psychiatric illness in women requesting caesarean section, *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122 (3), 351–357.
- Szymański, S., Brączyk, W., Konstanty-Kurkiewicz, V. (2017). Wpływ zajęć w szkole rodzenia na zmniejszenie lęku porodowego, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2 (64), 232–235. <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2017.29>.
- Światowa organizacja zdrowia, (2008). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (rewizja X, T. 1).
- Tataj-Puzyna, U., Bączek, G., Baranowska, B., Doroszevska, A. (2017). Doświadczenie macierzyństwa – badania sondażowe matek w Warszawie, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 2 (30), 124–144.
- Titkow, A. (1982). *Miejsce dziecka w świecie wartości*, Warszawa: Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Instytut Socjologii UW.
- Topór-Pamuła, M., Schier, K. (2017). Związek między obrazem ciała u kobiet w pierwszej ciąży a reprezentacją relacji z rodzicem, partnerem i dzieckiem, *Psychologia Rozwojowa*, 22 (1), 59-75.

- Włodarczyk, E. (2012). O „rodzeniu się” macierzyństwa, (w): J. Deręgowska, M. Majorczyk (red.), *Konteksty współczesnego macierzyństwa. Perspektywa młodych naukowców*, 101-127. Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Zasada, J. (2013). Ciąża, poród i połóg, *Ateneum Przegląd Familiologiczny*, 1 (1), 13-37.
- Zdolska-Wawrzekiewicz, A., Bidzan, M., Chrzan-Dętkoś, M. (2018). Więż z własną matką a stawanie się matką – zagadnienia teoretyczne, *Polskie Forum Psychologiczne*, XXIII, 3.