

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>

Instytut Psychologii

Wydział Nauk o Wychowaniu

Uniwersytet Łódzki

Ciąża i poród w czasach pandemii COVID-19: wybrane aspekty psychologiczne

Pregnancy and childbirth during COVID-19 pandemic: selected psychological aspects

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.417>

Abstrakt: Kobiety w ciąży doświadczają podwyższonego poziomu stresu, lęku, martwią się o zdrowie i życie swojego dziecka, przebieg porodu i możliwe komplikacje. Ponadto, jeśli kobieta ma już za sobą historię powikłań lub jest w ciąży zagrożonej albo doświadcza kłopotów w związku lub trudności finansowych, jej lęki są istotnie wyższe. Dla przykładu, z irlandzkich badań wynika, że ponad połowa kobiet martwi się o swoje zdrowie przez cały czas choć przed pandemią 83% z nich nie martwiło się o nie. Niepokoju nie obniża także fakt, że ciężarne kobiety chore na COVID-19 nie wymagały dodatkowej intensywnej opieki szpitalnej i urodziły zdrowe dzieci, a w ich mleku także nie wykryto obecności wirusa SARS-CoV-2. Jednocześnie, zakaz porodów rodzinnych spowodował wzrost lęku, stresu i większe nasilenie bólu w trakcie porodu, a także częstsze jego zakończenie cesarskim cięciem. W wielu miejscach na świecie rozdziela się matkę z dzieckiem tuż po porodzie, a także zakazuje się karmienia piersią, co ma wiele negatywnych skutków zdrowotnych, także ze względu na kształtującą się więź. Ponadto, wszystkie te trudności kobiety znacznie zwiększają ryzyko wystąpienia depresji poporodowej lub innych zaburzeń psychicznych

Słowa kluczowe: ciąża, COVID-19, depresja poporodowa, lęk, poród, stres

Abstract: Pregnant women experience increased levels of stress, anxiety, worry about the health and life of their baby, the course of labor and possible complications. In addition, if a woman has a history of complications, her pregnancy has a high-risk status, or if she experiences relationship problems or financial difficulties, the severity of anxiety is significantly higher. For example, Irish research shows that more than a half of women worry about their health all the time currently, although before the pandemic 83% of them were not worried about it. The anxiety is also not reduced by the fact that pregnant women suffering from COVID-19 did not require additional intensive hospital care and gave birth to healthy babies, and the presence of the SARS-CoV-2 virus was not detected in their milk. At the same time, the suspension of family births caused an increase in anxiety, stress and greater pain intensity during labor, as well as more frequent ending with caesarean section. In many places all worldwide, mother and child are separated immediately after birth, and breastfeeding is also forbidden, which has many negative health effects, also due to the formation of the mother-child bond. Furthermore, all these difficulties a woman greatly increases the risk of postpartum depression or other psychiatric disorders.

Key words: anxiety, COVID-19, delivery, pregnancy, postpartum depression, stress

Wprowadzenie

Oczekiwanie na dziecko przez kobietę to czas wielkiej radości ale też często wielu obaw. Na skali stresu zajmuje ono wysoką pozycję (Holmes, Rahe, 1967), i taką też potwierdzają liczne badania. Ciąża to także proces transformacji kobiety w matkę. Zmieniają się jej relacje z małżonkiem, własnymi rodzicami i otoczeniem; to czas wypracowania nowych wzorców reagowania, i jako taki traktowany jest jako kryzys (Bielawska-Batorowicz, 2005). Jest to okres ogromnych zmian w życiu kobiety i jej rodziny, a jeśli towarzyszą temu inne ważne zmiany życiowe lub sytuacje krytyczne, zasoby kobiety mogą się okazać niewystarczające do utrzymania dobrostanu i przerodzić się w depresję (Ilska, 2020). Kobiety w ciąży wysokiego ryzyka, hospitalizowane i często unieruchomione są szczególnie narażone na podwyższony poziom stresu (Chanduszko-Salska, Kossakowska, 2018; Koss i in., 2014), wyższy poziom lęku o zdrowie dziecka i swoje, co utrudnia adaptację do nowej roli i przeżywania tego czasu jako radosnego (Chanduszko-Salska, Kossakowska, 2018).

1. Stres, lęk i zmartwienia w ciąży

Okres ciąży jest czasem podwyższonego stresu i lęku, nawet jeśli wszystkie okoliczności układają się pomyślnie dla kobiety i dlatego określany jest jako kryzys. Poznawczym aspektem lęku jest zmartwienie (ang. *worry*), wyobrażenie przyszłych wydarzeń i przewidywanie negatywnych ich skutków (Green i in., 2003). Polskie badanie kobiet w ciąży Lachowskiej i Szteligi (2019) wykazało, że najsilniejsze zmartwienia dotyczą poronienia, porodu, pójścia do szpitala a także zdrowia i życia dziecka. U kobiet w ciąży zagrożonej oraz z historią powikłań w poprzednich ciążach zmartwienia dotyczące zdrowia były istotnie silniejsze. Trudna sytuacja ekonomiczna (kłopoty finansowe, warunki mieszkaniowe, trudności z pracą) potęgowała zmartwienia o zdrowie a także o relację z mężem lub partnerem (Bielawska-Batorowicz, Kossakowska-Petrycka, 2006; Lachowska, Szteliga, 2019).

2. Poród i emocjonalne konsekwencje jego przebiegu

Poród, jako zwieńczenie ciąży to szczególnie obciążające psychicznie wydarzenie dla wielu kobiet. Wiele badań wskazuje na przykład na związek depresji poporodowej ze stresującym porodem (Beck i in., 2013; Garthus-Niegel i in., 2018) i negatywnymi doświadczeniami porodowymi, w tym negatywną oceną zachowania personelu medycznego asystującego podczas narodzin dziecka oraz nieobecnością bliskiej osoby podczas porodu (Brown, Lumley, 1994). Nie bez znaczenia dla dobrostanu psychicznego rodzącej ma

pozostawać sposób porodu. Z badań wynika, że cesarskie cięcie jest istotnym czynnikiem ryzyka depresji poporodowej (Hiltunen i in., 2004; Ilska i in., 2020), zespołu stresu pourazowego (Lopez i in., 2017; Orovou i in., 2020) i trudności w budowaniu więzi matka-dziecko (Hergruner i in., 2014; Lobel, Deluca, 2007). Duke, Hyde i Clark (2000) porównali symptomy depresji poporodowej w trzech grupach kobiet: rodzące siłami i drogami natury, rodzące poprzez planowane cesarskie cięcie oraz te, u których w wyniku nieprzewidzianych komplikacji zastosowano cesarskie cięcie. Zgodnie z przewidywaniami kobiety, u których zaistniała nieplanowana wcześniej konieczność cesarskiego cięcia, oceniły swoje doświadczenia porodowe najbardziej negatywnie. Już ponad dwie dekady temu, Fisher, Ashbury i Smith (1997) zwrócili uwagę na fakt, że kobietom rodzącym poprzez cesarskie cięcie rzadziej partnerują ich mężowie, a także, że nie mogą one zobaczyć swojego dziecka w ciągu pierwszych minut po narodzeniu, ani opiekować się nim przez pierwsze osiem godzin po porodzie, co może zwiększać stres i niepokój, odgrywając tym samym rolę w powstawaniu symptomów depresyjnych.

Jeśli przebieg porodu ma charakter urazowy niesie ze sobą ryzyko traumy porodowej i w efekcie wystąpienie zespołu stresu pourazowego (Ayers, Ford, 2012). W literaturze podkreśla się w szczególności rolę bólu porodowego, a także utratę poczucia kontroli oraz brak wsparcia ze strony partnera i personelu medycznego (Ayers, Pickering, 2001; Bailham, Joseph, 2003), które to czynniki zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zespołu stresu pourazowego nawet o ok. 5%.

3. Zaburzenia nastroju w ciąży i po porodzie

Metaanaliza Beck (2001) potwierdziła, że depresja poporodowa to poważne zaburzenie, które odbiera kobietom na całym świecie radość z opieki nad nowonarodzonym dzieckiem. Badania uwzględnione w metaanalizie wskazały, że najsilniejszym czynnikiem tego zaburzenia jest depresja w ciąży, następnie stres związany z opieką nad dzieckiem, stresujące wydarzenia życiowe, brak wsparcia społecznego, lęk przeżywany w czasie ciąży, smutek poporodowy („*baby blues*”) i satysfakcja z małżeństwa (Beck, 2001). Depresja poporodowa ujęta w Modelu Trzęsienia Ziemi Sichel i Discroll (2000), wyjaśniona została z perspektywy równowagi pomiędzy hormonami, chemią mózgu a stresującymi wydarzeniami życiowymi. Jeśli kobieta narażona jest przez długi czas na kolejne stresujące wydarzenia, aż do krytycznego wydarzenia w jej życiu, jakim jest urodzenie dziecka, jej mózg nie potrafi już utrzymać równowagi, co skutkuje depresją. Sichel i Discroll (2000) podkreślają, że okres poporodowy znajduje się w grupie podwyższonego ryzyka dla występowania zaburzeń nastroju. W modelu tym zawierają się takie czynniki ryzyka jak wcześniejsze epizody depresji, historia zaburzeń psychicznych w rodzinie, stres związany z urodzeniem dziecka oraz smutek poporodowy (Sichel, Discroll, 2000).

Poza depresją poporodową, powszechnie kobiety doświadczają także lęku w czasie porodu. Ostatnia metaanaliza wykazała, że jest to nawet 9,9% kobiet (Dennis i in., 2017). Szkodliwe oddziaływanie depresji poporodowej i lęku utrudnia rozwój rodzicielskich umiejętności, nawiązywania emocjonalnego kontaktu z noworodkiem, co skutkuje trudnościami poznawczymi w późniejszym życiu dziecka oraz zaburzonym rozwojem emocjonalnym, a także powoduje trudności w rozpoczęciu karmienia piersią dziecka (Fallon i in., 2016; Kossakowska, 2018; Śliwerski i in., 2020). Szczególnie zagrożone są jednak kobiety, u których lęk i depresja współwystępują ze sobą. Wykryto u nich znacznie wyższy poziom zaburzenia funkcjonowania oraz innych objawów typowych dla tych zaburzeń (Farr i in., 2014). Czynniki ryzyka, które najczęściej występują w tej grupie kobiet to trudna sytuacja ekonomiczna, stres w związku, przeżywany dystres i traumatyczne wydarzenia, których doświadczyły w czasie ciąży. Wszystkie te wskaźniki były znacznie niższe u kobiet cierpiących tylko na depresję poporodową lub tylko na poporodowy lęk (Farr i in., 2014). Powyższe doniesienia wskazują dość klarownie, że czas pandemii wpisuje się w zagrożenie powodujące stan zagrożenia, podwyższenie lęku i stresu u kobiet w ciąży i po porodzie.

4. COVID-19 i ciąża

Podobnie trudną sytuacją dla kobiet jest czas izolacji w okresie pandemii COVID-19. Kiedy media na całym świecie podawały rosnącą liczbę nowych zachorowań i śmierci z powodu COVID-19, miało to znaczący efekt psychologiczny na ludzi na całym świecie. Reprezentatywne badanie populacji Polaków pokazało, że nasilenie objawów depresyjnych w czasie pandemii COVID-19 wzrosło z 16,2% do 36,6% w grupie osób między 18 a 34 rokiem życia (Gambin i in., 2020). Badacze wykazali także, że niższy poziom lęku i depresji występował u osób, które były w związku małżeńskim w porównaniu z osobami samotnymi i w związkach partnerskich. W Niemczech aż 30% badanych obawiało się pandemii, przeważali młodzi ludzie i kobiety (Gerhold, 2020). Kobiety w ciąży są właśnie w tej grupie, a z powodu swojej sytuacji stanowią szczególną grupą ryzyka, i w tej grupie obawy o zdrowie własne a tym samym dziecka, której się w nich rozwija, mogą być znacznie większe.

W wielu krajach toczą się badania nad konsekwencjami lęku i depresji u kobiet w ciąży w czasie pandemii (Kajdy i in., 2020). Irlandzkie badanie z kwietnia 2020 wykazało, że po miesiącu przymusowej izolacji i wynikającej z niej braku kontaktu z bliskimi 44% kobiet w ciąży miało obniżony nastrój a 14% z pogorszenia sytuacji finansowej z powodu braku pracy, u 4% pogorszyły się relacje z partnerem a 11% zgłosiło napięcia z członkami rodziny przebywającymi w tym samym gospodarstwie domowym. Natomiast 34% kobiet zgłosiło zbliżenie się z partnerem poprzez wspólne ćwiczenia fizyczne i obowiązki domowe; tyle samo odczuło poprawę relacji z rodziną i przyjaciółmi, a także możliwość odpoczynku

i zwolnienia tempa życia (Milne i in., 2020). Amerykańskie badanie wykazało, że w badanej próbie, 21% kobiet w ciąży wykazywało umiarkowany i tyle samo - wysoki poziom lęku. Czynnikiem ochronnym był wyższy wiek kobiet i zachowania prozdrowotne w ciąży (Preis i in., 2020). Inne Irlandzkie badanie wykazało, że przed pandemią COVID-19 83% badanych kobiety w ciąży nie martwiło się zdrowiem, a od czasu pandemii aż 50,7% z nich martwi się nim przez cały czas; 35% z nich izoluje się ze strachu przed zarażeniem wirusem, i z tego samego powodu 32% z nich pracowało odtąd z domu, 46,5% zakwestionowało bezpieczeństwo używanego dotąd środka transportu i 66,2% zaczęło kupować jedzenie przez Internet (Corbett i in., 2020).

Wyniki przywołanych badań są o tyle interesujące, że w rzeczywistości badania nad wpływem koronawirusa na przebieg ciąży prowadzone od początku pandemii COVID-19 wykazują brak poważnego zagrożenia dla kobiet w ciąży. Kobiety, u których wykryto obecność wirusa SARS-CoV-2 nie miały trudności z oddychaniem i nie wymagały intensywnej opieki szpitalnej. Nie zaobserwowano też komplikacji u urodzonych dzieci. Testy na obecność wirusa u noworodków były negatywne. Nie wykryto również obecności wirusa Sars-CoV-2 w mleku matek kobiet karmiących (Caparros-Gonzalez, 2020).

5. Poród w pandemii

Wkrótce po ogłoszeniu pandemii COVID-19 w wielu krajach, w tym w Polsce, wstrzymane zostały porody rodzinne, czyli takie gdzie obecny jest ojciec dziecka lub inna osoba towarzysząca kobiecie w porodzie. Wprowadzenie obostrzeń i ograniczeń w przebiegu porodu i opieki okołoporodowej wiąże się licznymi konsekwencjami psychologicznymi dla rodzącej. Dotychczasowe badania pokazują bowiem, że samotny poród wiąże się z wysokim poziomem stresu i lęku u kobiet, wyższym bólem i częstszym zakończeniem porodu cesarskim cięciem, co skutkuje negatywnymi konsekwencjami dla zdrowia fizycznego i psychicznego matki i dziecka oraz całej rodziny (Fathi Najafi i in., 2017).

Jednocześnie doświadczenia z innych krajów, w których nawet chorującym na COVID-19 umożliwiono szybki kontakt z bliskimi. Przykładowo, w austriackim szpitalu dopuszczono poród waginalny u matki chorej na COVID-19, a tuż po porodzie mogła przebywać wraz z ojcem dziecka i dzieckiem, w osobnym pokoju i karmić dziecko piersią. Testy robione noworodkowi 24 godziny po porodzie nie wykazały u niego obecności wirusa (Lowe, Bopp, 2020).

Doniesienia z Włoch z 42 porodów kobiet zarażonych COVID-19 wykazały, że poród waginalny był możliwy aż u 57% kobiet, u 18 kobiet (43%) wykonano cesarskie cięcie jednakże u 8 z nich powody były niezwiązane z COVID-19. U 19 kobiet zdiagnozowano zapalenie płuc i z tego powodu 4 kobiety zostały przewiezione na oddział intensywnej terapii. Badacze podsumowują zebrane dane, że objawy COVID-19 we wskazanej grupie

kobiet były łagodne lub umiarkowane (Ferrazzi i in., 2020). Także doniesienia z Chin wykazały, że poród waginalny jest bezpieczny i w żadnym z 13 przypadków noworodek nie był zarażony przez matkę wirusem SARS-CoV-2 (Wu i in., 2020).

Konsekwencje psychologiczne samotnego porodu są poważne, tam gdzie pozwalają na to warunki powinno się umożliwić rodzącej poród z partnerem lub wybraną osobą. Już sama możliwość rodzenia z partnerem zmniejsza poziom lęku u kobiety ciężarnej (Świątkowska-Freund, Kawiak, Preis, 2007). Stowarzyszenie Neonatologów Włoskich po analizie badań i rekomendacji wielu organizacji zdrowia wydało zalecenia, że jeśli matka i dziecko są w dobrej kondycji, powinno się umożliwić im przebywanie razem ze względu na kształtującą się więź matki z dzieckiem oraz możliwość karmienia piersią. A jeśli konieczne jest rozdzielenie matki i dziecka, unikać podawania substytutów mleka ale pomóc matce odciągać mleko i karmić dziecko świeżo odciągniętym, nie pasteryzowanym mlekiem (Davanzo i in., 2020). Mleko matki chroni dziecko również przed ostrym stanem wirusów dróg oddechowych (Downham i in., 1976).

Podsumowanie

Rezultaty badań prowadzonych na bieżąco od początku pandemii, jak i obserwacja życia społecznego nie pozostawiają wątpliwości, że jest to czas trudny dla wszystkich ludzi, a ciąża i poród w okresie pandemii stanowią dodatkowe obciążenie i wyzwanie tak dla kobiety, jak i całej rodziny. Przyszłe matki i te, które dopiero urodziły dziecko, doświadczają silniejszego stresu, odczuwają większy lęk i bardziej nasilone objawy depresji, są więc w grupie ryzyka dla wystąpienia depresji poporodowej oraz innych psychicznych zaburzeń okołoporodowych. Jeśli ponadto ograniczy się przyszłym matkom możliwość porodu rodzinnego, poziom stresu wzrasta i te kobiety częściej rodzą przez cięcie cesarskie, potęgując to wystąpienie depresji poporodowej i utrudnia nawiązanie więzi matki z dzieckiem, co z kolei prowadzi do depresji w całej rodzinie (Bielawska-Batorowicz, Kossakowska-Petrycka, 2006; Hammen, 1991). Jeśli kobieta nie znajduje wsparcia psychicznego w najbliższych, ryzyko pojawienia się trudności wzrasta a prawdopodobieństwo skutecznego zmagania się z nimi, zwłaszcza samodzielnie, maleje. Należy zatem mieć na uwadze, że kobiety w ciąży i te, które urodziły dziecko w okresie pandemii wymagają bardziej uważnego monitoringu pod względem czynników ryzyka i objawów, oraz niewątpliwie jeszcze więcej empatii dla przeżywanych przez nie emocji.

Bibliografia:

- Ayers, S., Ford, E. (2012). PTSD following childbirth, (w:) C.R. Martin (red.), *Perinatal mental health: a clinical guide*, Cumbria: M&K Publishing.
- Ayers, S., Pickering, A. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence, *Birth*, 28(2), 111-118. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00111.x>
- Bailham, D., Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: a view of the emerging literature and directions for research and practice, *Psychology, Health & Medicine*, 8, 159-168.
- Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update, *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- Beck, C.T., Driscoll, J.W., Watson, S. (2013). *Traumatic Childbirth*, Nowy Jork: Routledge.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2005). *Psychologiczne aspekty prokreacji*, Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk.
- Bielawska-Batorowicz, E., Kossakowska-Petrycka, K. (2006). Depressive mood in men after the birth of their offspring in relation to a partner's depression, social support, fathers' personality and prenatal expectations, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(1), 21-29. <https://doi.org/10.1080/02646830500475179>
- Caparros-Gonzalez, R.A. (2020). Maternal and neonatal consequences of coronavirus COVID-19 infection during pregnancy: A scoping review, *Revista Espanola De Salud Publica*, 94.
- Chanduszko-Salska, J., Kossakowska, K. (2018). Stres a objawy depresji i sposoby radzenia sobie u kobiet z niepłodnością i kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica*, 22, 73-96. <https://doi.org/10.18778/1427-969X.22.05>
- Corbett, G.A., Milne, S.J., Hehir, M.P., Lindow, S.W., O'connell, M.P. (2020). Health anxiety and behavioural changes of pregnant women during the COVID-19 pandemic, *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 249, 96-97. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.04.022>
- Davanzo, R., Moro, G., Sandri, F., Agosti, M., Moretti, C., Mosca, F. (2020). Breastfeeding and coronavirus disease-2019: Ad interim indications of the Italian Society of Neonatology endorsed by the Union of European Neonatal & Perinatal Societies, *Maternal & Child Nutrition*, 16(3), e13010. <https://doi.org/10.1111/mcn.13010>
- Dennis, C.L., Falah-Hassani, K., Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis, *British Journal of Psychiatry*, 210(5), 315-323. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>
- Downham, M.,A., Scott, R., Sims D.G., Webb J.K., Gardner P.S. (1976). Breast-Feeding Protects Against Respiratory Syncytial Virus Infections, *The British Medical Journal*, 2(6030), 274. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.6030.274>

- Durik, A. M., Hyde, J. S., Clark, R. (2000). Sequelae of Cesarean and vaginal deliveries: Psychosocial outcomes for mothers and infants, *Developmental Psychology*, 36(2), 251-260.
- Fallon, V., Groves, R., Halford, J. C.G., Bennett, K.M., Harrold, J.A. (2016). Postpartum Anxiety and Infant-Feeding Outcomes: A Systematic Review, *Journal of Human Lactation*, 32(4), 740-758. <https://doi.org/10.1177/0890334416662241>.
- Farr, S. L., Dietz, P.M., O'Hara, M.W., Burley, K., Ko, J.Y. (2014). Postpartum anxiety and comorbid depression in a population-based sample of women, *Journal of Women's Health*, 23(2), 120-128. <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4438>.
- Fathi Najafi, T., Latifnejad Roudsari, R., Ebrahimipour, H. (2017). The best encouraging persons in labor: A content analysis of Iranian mothers' experiences of labor support, *PLoS ONE*, 12(7), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179702>
- Ferrazzi, E., Frigerio, L., Savasi, V., Vergani, P., Prefumo, F., Barresi, S., Bianchi, S., Ciriello, E., Facchinetti, F., Gervasi, M. T., Iurlaro, E., Kusterman, A., Mangili, G., Mosca, F., Patanè, L., Spazzini, D., Spinillo, A., Trojano, G., Vignali, M., ... Cetin, I. (2020). *Mode of Delivery and Clinical Findings in COVID-19 Infected Pregnant Women in Northern Italy* (SSRN Scholarly Paper ID 3562464). Social Science Research Network. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3562464>.
- Fisher, J., Ashbury, J., Smith, A. (1997). Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: A prospective longitudinal study, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 728-738.
- Gambin, M., Sękowski, M., Woźniak-Prus, M., Cudo, A., Hansen, K., Gorgol, J., Huflejt-Łukasik, M., Kmita, G., Kubicka, K., Łyś, A. E., Maison, D., Oleksy, T., Wnuk, A. (2020). *Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii Covid-19 – Raport z pierwszej fali badania podłużnego*, Uniwersytet Warszawski. <http://psych.uw.edu.pl/2020/05/27/raport-z-i-fali-badania-podluznego-uwarunkowania-objawow-depresji-i-leku-uogolnionego-u-doroslych-polakow-w-trakcie-epidemii-covid-19/>
- Garthus-Niegel, S., Horsch, A., Handtke, E., von Soest, T., Ayers, S., Weidner, K., Eberhard-Gran, M. (2018). The Impact of Postpartum Posttraumatic Stress and Depression Symptoms on Couples' Relationship Satisfaction: A Population-Based Prospective Study, *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01728>.
- Gerhold, L. (2020). *COVID-19: Risk perception and Coping strategies*. [Preprint]. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/xmpk4>
- Green, J.M., Kafetsios, K., Statham, H.E., Snowdon, C. M. (2003). Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population, *Journal of Health Psychology*, 8(6), 753-764. <https://doi.org/10.1177/13591053030086008>.

- Hammen, C. (1991). *Depression Runs in Families: The Social Context of Risk and Resilience in Children of Depressed Mothers*. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-1-4684-6410-8>.
- Herguner, S., Cicek, E., Annagur, A., Herguner, A., Ors, R. (2012). Association of delivery type with postpartum depression and maternal attachment, *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 27(1), 15-20. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2014270102>.
- Hiltunen, P., Raudaskoski, T., Ebeling, H., Moilanen, I. (2004). Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83, 257-261.
- Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4).
- Ilska, M. (2020). *Ciąża prawidłowa i wysokiego ryzyka. Dobrostan psychiczny i jego wyznaczniki*, Katowice: Wydawnictwo Difin.
- Ilska, M., Banaś, E., Gregor, K., Brandt-Salmeri, A., Ilski, A., Cnota, W. (2020). Vaginal delivery or caesarean section - Severity of early symptoms of postpartum depression and assessment of pain in Polish women in the early puerperium, *Midwifery*, 87, 102731. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102731>.
- Kajdy, A., Feduniw, S., Ajdacka, U., Modzelewski, J., Baranowska, B., Sys, D., Pokropek, A., Pawlicka, P., Kazmierczak, M., Rabijewski, M., Jasiak, H., Lewandowska, R., Borowski, D., Kwiatkowski, S., Poon, L. C. (2020). Risk factors for anxiety and depression among pregnant women during the COVID-19 pandemic: A web-based cross-sectional survey, *Medicine*, 99(30), e21279. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000021279>.
- Koss, J., Rudnik, A., Bidzan, M. (2014). Experiencing stress and the obtained social support among women with high-risk pregnancies. Preliminary report, *Family Forum*, 4, 183-201.
- Kossakowska, K. (2018). Objawy depresji poporodowej a poczucie skuteczności w karmieniu piersią, *Pediatrics polska*, 93(2), 107-116. <https://doi.org/10.5114/polp.2018.76246>
- Lachowska, B., Szteliga, A. (2019). Zmartwienia kobiet w ciąży, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 3 (39), 20-29. <https://doi.org/10.34766/fetr.v3i39.117>.
- Lobel, M., Deluca, R.S. (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications, *Social Science & Medicine*, 64. 2272-2284. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.028>.
- Lopez, U., Meyer, M., Loures, V., Iselin-Chaves, I., Epiney, M., Kern, C., Haller, G. (2017). Post-traumatic stress disorder in parturients delivering by caesarean section and the implication of anaesthesia: a prospective cohort study, *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0692-y>.

- Lowe, B., Bopp, B. (2020). COVID-19 vaginal delivery – A case report, *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 60 (3), 465-466.
<https://doi.org/10.1111/ajo.13173>.
- Milne S.J., Corbett G.A., Hehir M.P., Lindow S.W., Mohan S., Reagu S., Farrell T, O'Connell M.P. (2020). Effects of isolation on mood and relationships in pregnant women during the covid-19 pandemic, *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.06.009.
- Preis, H., Mahaffey, B., Heiselman, C., Lobel, M. (2020). Pandemic-related pregnancy stress and anxiety among women pregnant during the coronavirus disease 2019 pandemic, *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*.
<https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100155>.
- Orovou, E., Dagla, M., Iatrakis, G., Lykeridou, A., Tzavara, C., Antoniou, E. (2020). Correlation between Kind of Cesarean Section and Posttraumatic Stress Disorder in Greek Women, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (5), 1592. doi:10.3390/ijerph17051592.
- Sichel, D., Discroll, J. W. (2000). Women's Moods: What every woman must know about hormones, the brain, and emotional health. *Network Magazine of the Canadian Women's Health Network*, 3 (4), 13-14.
- Śliwerski, A., Kossakowska, K., Jarecka, K., Świtalska, J., Bielawska-Batorowicz, E. (2020). The Effect of Maternal Depression on Infant Attachment: A Systematic Review, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (8), 2675.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17082675>.
- Świątkowska-Freund M., Kawiak D., Preis K. (2007). Pozytywne aspekty obecności ojca przy porodzie, *Ginekologia Polska*, 78, 476-478.
- Wu, Y., Liu, C., Dong, L., Zhang, C., Chen, Y., Liu, J., Zhang, C., Duan, C., Zhang, H., Mol, B. W., Dennis, C.-L., Yin, T., Yang, J., Huang, H. (2020). Coronavirus disease 2019 among pregnant Chinese women: Case series data on the safety of vaginal birth and breastfeeding. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127 (9), 1109-1115.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.16276>.

Źródła internetowe

- De Jong Gierveld, J. , van Tilburg, T. (1999). *Manual of the Loneliness Scale 1999*, za:
https://home.fsw.vu.nl/TG.van.Tilburg/manual_loneliness_scale_1999.html
 (pobrano 25.05.2020).
- Długosz, P., (2020). *Raport z badań: „Krakowscy studenci w sytuacji zagrożenia pandemią koronawirusa”*, za: Instytut Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie; Kraków za:
<http://rep.up.krakow.pl/xmlui/bitstream/handle/11716/7036/Krakowscy%20stud>

enci%20w%20sytuacji%20zagro%20enia%20pandemi%20%20koronawirusa-
Piotr%20D%20ugosz.pdf?sequence=1.

Gulla, B. (2020). *Reakcje psychologiczne na sytuację epidemiologiczną COVID-19*, za:
https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/153803/gulla_reakcje_psychologiczne_na_sytuacje_epidemiologiczna_covid-19_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y (pobrano 11.05.2020).