

ZALEŻNOŚĆ I WSPARCIE OD PARTNERA A WIĘŹ MATKI Z DZIECKIEM W OKRESIE PRENATALNYM

Marta Kucharska, Iwona Janicka

Institut Psychologii, Uniwersytet Łódzki
Institute of Psychology, University of Lodz

DEPENDENCY ON INTIMATE PARTNER, SOCIAL SUPPORT AND MATERNAL-FETAL ATTACHMENT

Summary. The purpose of this study was to investigate whether the type of relationship and dependency on intimate partner and their social support determine maternal-fetal attachment.

The study involved child-bearing women with no pregnancy complications as well as those with congenial disorders and other pregnancy complications. Data was collected by Fetal Attachment Scale, Social Support Scale, interview as well as Babiuch and Kriegelewicz scale used to measure partner dependency.

There are no significant differences in MFA between groups of cohabitant and married women. The high-risk pregnancy or lack of complications do not differentiate the intensity of assessment of social support. The most dependent on their partners are women diagnosed with congenial disorder.

Predictors of MFA were not found for congenial disorders. In the case of pregnancies with other anomaly the instrumental support highly influences the giving of self.

Furthermore, in the case of healthy pregnancies where the instrumental support is highly appreciated, women feel a stronger maternal role. However, the more dependent on their partners they are, the more difficult it is for them giving of self.

Key words: maternal-fetal attachment, high-risk pregnancy, social support, dependency on intimate partner

Wprowadzenie

Jednym z głównych obszarów zainteresowań psychologii prenatalnej jest problematyka przeżyć związanych z przebiegiem ciąży oraz uwarunkowań i następstw jej ewentualnych powikłań. Ciąża jest dla kobiety okresem obfitującym w zmiany w sferze psychicznej, fizjologicznej i społecznej. To czas, w którym adaptuje się ona do nowej sytuacji i przygotowuje do bycia matką. Kobiecie towarzyszy wówczas

Adres do korespondencji: Marta Kucharska, e-mail, mkucharska@uni.lodz.pl

wiele skrajnych stanów emocjonalnych, dokonuje ona przewartościowań i stara się sprostać oczekiwaniom oraz wymaganiom stawianym jej przez otoczenie. Stworzenie więzi emocjonalnej z dzieckiem w okresie prenatalnym rozumiane jest przez Rubin (Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 129; Brandon i in., 2009) jako jedno z podstawowych zadań kobiety podczas ciąży.

W niniejszej pracy przyjęto koncepcję więzi zaproponowaną przez Cranley (1981), która opisuje proces tworzenia się relacji matki z dzieckiem rozpoczynający się już w okresie prenatalnym i kontynuowany po porodzie. Komponenty składające się na więź emocjonalną z dzieckiem to: traktowanie płodu jako odrębnej istoty, przypisywanie dziecku właściwości, wchodzenie z nim w interakcje, podejmowanie roli rodzicielskiej po porodzie oraz podporządkowanie się interesom dziecka, czyli wprowadzenie zmian w zachowaniu i przyzwyczajeniach, by zapewnić mu właściwy rozwój w ciąży (Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 133).

Badacze zwracają uwagę na znaczenie relacji społecznych, a szczególnie rodzinnych i z partnerem oraz otrzymywanego wsparcia społecznego w kształtowaniu więzi z dzieckiem w okresie prenatalnym (Yercheski i in., 2009). Badania Kroelinger i Oths (2000) wykazały, że pozytywne nastawienie i reakcja współmałżonka na wieść o poczęciu dziecka pomagają w budowaniu wzajemnej akceptacji rodziców względem siebie oraz wobec rozwijającego się dziecka. Autorzy zaznaczają, że ma to szczególne znaczenie w sytuacji, gdy poczęcie nie było planowane. Narita i Maehara (1993) wykazały, że negatywny stosunek męża kobiety ciężarnej koresponduje z niższym nasileniem jej więzi z dzieckiem. Podobnie Lumley (1982) tłumaczy opóźnienie przywiązania brakiem zainteresowania lub wsparcia ze strony męża oraz nieprzyjemnymi objawami ciąży.

Mercer i Ferketich (1990) także zaobserwowały, że ważną rolę w budowaniu więzi z dzieckiem odgrywa relacja między rodzicami. Badaczki zwróciły uwagę na znaczenie poczucia własnej wartości rodziców oraz otrzymywanego wsparcia w rozwijaniu emocjonalnego przywiązania do dziecka. Rolę satysfakcji z relacji z partnerem i wsparcia społecznego potwierdzają także Koniak-Griffin (1988); Siddiqui, Eisemann, Hägglöf (1999); Hjelmstedt, Widstrom, Collins (2006); Alhusen (2008); Yarcheski i in. (2009); Abasi i in. (2012; 2013); Pawlicka, Chrzan-Dętkoś, Lutkiewicz (2013) oraz Walsh, Hepper, Marshall (2014). Z kolei polskie badaczki wykryły zależność związaną z kolejnością ciąży. Okazało się, że otrzymane wsparcie istotnie sprzyja bardziej podmiotowemu traktowaniu dziecka i nawiązywaniu z nim częstszego kontaktu, ale tylko w przypadku kobiet, które są w kolejnej ciąży. U pierworódek wsparcie nie miało wpływu na charakter relacji z dzieckiem (Pawlicka, Chrzan-Dętkoś, Lutkiewicz, 2013), podobnie jak u kobiet w ciążach zagrożonych (Mercer i in., 1988).

Analiza sytuacji koreańskich niezamężnych ciężarnych, z którymi biologiczni ojcowie dzieci zerwali kontakty na wieść o ciąży, wykazała, że niski poziom otrzymanego wsparcia obniża ich samoocenę (Jang, Kim, Lee, 2015). Badacze odnotowali, że samoocena badanych częściowo mediuje relację między wsparciem społecznym a więzią prenatalną z dzieckiem.

Cel badań

Celem podjętych badań było określenie, czy charakter związku z partnerem, zależność od niego oraz ocena otrzymywanego wsparcia mogą stanowić o więzi emocjonalnej matki z dzieckiem w okresie prenatalnym w trzech grupach kobiet: w ciążach fizjologicznych, w ciążach wysokiego ryzyka ze zdiagnozowanymi wadami rozwojowymi płodu oraz w ciążach z innymi zagrożeniami.

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

Pytanie 1: Czy więź z dzieckiem różnicuje matki w ciążach z wadami wrodzonymi, w ciążach z innymi zagrożeniami i w ciążach zdrowych?

H1: Więzy emocjonalna z dzieckiem różnicuje kobiety w ciążach wysokiego ryzyka i kobiety w ciążach fizjologicznych.

H1.1: Kobiety w ciążach wysokiego ryzyka z wadami wrodzonymi płodu cechuje niższy poziom więzi z dzieckiem niż kobiety w ciążach z innymi zagrożeniami i w ciążach zdrowych.

H1.2: Kobiety w ciążach z innymi zagrożeniami i w ciążach o prawidłowym przebiegu cechuje więź emocjonalna z dzieckiem na podobnym poziomie.

Sytuacja oczekiwania na diagnozę prenatalną może powodować obniżenie poziomu więzi emocjonalnej, jednak potwierdzenie prawidłowego rozwoju płodu powoduje jego znaczny wzrost (Caccia i in., 1991). Osłabienie więzi emocjonalnej może być związane z ryzykiem straty dziecka i stanowi wtedy mechanizm obronny, który ma chronić matkę przed emocjonalnymi kosztami spowodowanymi utratą bliskiej osoby (Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 148). W naszych badaniach jedną grupę stanowiły kobiety, u których w toku procesu diagnostycznego stwierdzono i potwierdzono wrodzone wady rozwojowe płodów. Można przypuszczać, że ze względu na wysokie ryzyko straty dziecka nasilenie więzi prenatalnej z nim może być w tej grupie badanych niższe, niż u kobiet w ciążach zdrowych oraz z zagrożeniami niewynikającymi z nieprawidłowości rozwoju płodu.

Pytanie 2: Czy rodzaj związku matki z partnerem różnicuje jej więź emocjonalną z dzieckiem?

H2: Kobiety w związkach małżeńskich tworzą silniejszą więź z dzieckiem niż matki kohabitujące.

Obecność małżonka/partnera w czasie ciąży jest niezwykle istotna dla budowania poczucia bezpieczeństwa przyszłej matki, ponieważ mężczyźni stanowią główne źródło wsparcia społecznego dla swoich partnerek. Brak akceptacji ciąży przez ojca dziecka może rzutować na brak aprobaty ze strony matki (Narita, Maehara, 1993; Kroelinger, Oths, 2000). Można zatem przewidywać, że kobiety, które nie pozostają w trwałych i stabilnych związkach, będą wykazywać mniejszą akceptację wobec nienarodzonego dziecka, a tym samym nawiązywać z nim słabszą więź prenatalną. Badania potwierdzają, że kobiety poślubione lepiej oceniają swój związek niż kohabitujące (Janicka, 2006; 2008). Aronson i Huston (2004) wykazali, że kobiety w związkach nieformalnych otrzymują mniej wsparcia od partnera niż te w związkach

małżeńskich, co powoduje, że ich zaangażowanie, które mierzone było czasem spędzonym z dzieckiem po urodzeniu oraz inwestowaniem w nie, jest słabsze. Przyпуска się zatem, że kohabitujące kobiety mogą tworzyć mniej intensywną relację z dzieckiem prenatalnym niż mężatki.

Pytanie 3: Czy wsparcie ogólne otrzymywane od partnera różnicuje kobiety w badanych grupach?

H3: Kobiety w ciąży z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych otrzymują wsparcie od partnerów na podobnym poziomie.

Z wielu źródeł wsparcia społecznego, z których może korzystać kobieta w ciąży, to oferowane przez partnera jest uznawane za najistotniejsze. Badania Markiewicz (2001, za: Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 176-177) pokazują, że matki zarówno w ciążach wysokiego ryzyka, jak i w ciążach zdrowych oczekują od swoich partnerów wsparcia na podobnym poziomie. Nie różnią się także w zakresie oceny wsparcia, które od nich uzyskują. Pozwala to zakładać, że badane matki w grupach ciąż zagrożonych (z wadami wrodzonymi oraz z innymi zagrożeniami) i zdrowych będą deklarować intensywność otrzymywanego wsparcia społecznego na podobnym poziomie, na co wskazują także badania Pisoni i in. (2015).

Pytanie 4: Czy istnieje związek między wsparciem otrzymywanym od partnera a więzią emocjonalną z dzieckiem?

H4: Wysoki poziom wsparcia ogólnego uzyskiwanego od partnera współwystępuje z tworzeniem bardziej intensywniej więzi emocjonalnej z dzieckiem.

H4.1: Wysoki poziom wsparcia od partnera ma związek z bardziej intensywną więzią prenatalną kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi.

H4.2: Wysoki poziom wsparcia od partnera współwystępuje z bardziej intensywną więzią z dzieckiem kobiet w ciążach z innymi zagrożeniami.

H4.3: Wysoki poziom wsparcia od partnera ma związek z silniejszą więzią z dzieckiem kobiet w ciążach zdrowych.

Uzyskiwane wsparcie społeczne stanowi zasób chroniący przed negatywnymi skutkami stresu i jeśli kobieta je otrzymuje, to sprzyja ono tworzeniu więzi emocjonalnej z dzieckiem prenatalnym (Pisoni i in., 2015). Dla kobiet pozostających w związkach małżeńskich czy kohabitacyjnych głównym źródłem wsparcia jest partner. Przyпуска się, że matki wspierane przez swoich mężów/partnerów będą tworzyć silniejszą więź emocjonalną z nienarodzonymi dziećmi. Wskazują na to także badania, np. Mercer i Ferketich (1990); Alhusen (2008); Abasi i in. (2012) oraz Walsh, Hepper, Marshall (2014).

Pytanie 5: Czy zależność od partnera różnicuje kobiety w trzech badanych grupach?

H5: Matki w ciążach z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych nie różnią się poziomem zależności od swoich partnerów.

Pytanie 6: Czy istnieje związek między zależnością (rozumianą jako wymiar relacji partnerów) matki od partnera a więzią emocjonalną z dzieckiem?

H6: Poczucie zależności od partnera współwystępuje z tworzeniem bardziej intensywniej więzi z dzieckiem we wszystkich badanych grupach.

H6.1: Zależność od partnera matek w ciążach z wadami wrodzonymi ma związek z silniejszą więzią z dzieckiem.

H6.2: Większa zależność od partnera matek w ciążach z innymi zagrożeniami współwystępuje z silniejszą więzią prenatalną.

H6.3: Zależność od partnera współwystępuje z wyższą więzią z dzieckiem w grupie kobiet w ciążach zdrowych.

Zależność przejawia się w potrzebie bycia blisko z innymi i tworzenia z nimi wspierających relacji (Fiori, Consedine, Magai, 2008). Jej poziom wyznacza jakość relacji z partnerem (Alonso-Arbiol, Shaver, Yarnoz, 2002; Wojciszke, 2005; Lowyck i in., 2008). Wzajemna zależność partnerów wiąże się z satysfakcją ze związku (Janicka, 2006), która ma swoje odzwierciedlenie w innych sferach życia i odgrywa znaczącą rolę w budowaniu relacji z nienarodzonym dzieckiem (m.in. Koniak-Griffin, 1988; Hjelmstedt, Widstrom, Collins, 2006; Abasi i in., 2012; Walsh, Hepper, Marshall, 2014), sprzyja także włączaniu się w zadania rodzicielskie oraz przejawianiu bardziej konstruktywnych postaw wobec dzieci (Bakiera, 2013). Kobiety, które są w związkach polegających na wzajemnej zależności, mają większe poczucie bezpieczeństwa i oparcia w partnerze, przez co są bardziej zaangażowane w relację z nim. Schematy wzajemnych zachowań wypracowanych w związku mogą przekładać się na zaangażowanie w relację z dzieckiem i przystosowanie się do roli rodzicielskiej (Janicka, 2014).

Uczestnicy badania

Udział w badaniu wzięło 195 kobiet w ciąży – pacjentki Zakładu Diagnostyki i Profilaktyki Wad Wrodzonych Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki, Kliniki Ginekologii, Rozrodczości i Terapii Płodu Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki, Oddziału Patologii Ciąży w Szpitalu Madurowicza w Łodzi oraz klientki łódzkich szkół rodzenia: Nas Troje, Salve, Centrum dla Mamy.

Badane zostały zaklasyfikowane do trzech grup. Pierwszą stanowiło 65 kobiet, u których dzieci wykryto izolowane wady wrodzone, czyli dotyczące jednego narządu. Zaburzenia sklasyfikowano w pięć kategorii: wady serca, uropatia zaporowa, torbiele i guzy nerek, wytrzewienie, wodogłowie.

W doborze do drugiej grupy kobiet w ciążach zagrożonych ($N = 65$) kierowano się kryterium źródła ryzyka niewynikającego z zaburzeń rozwoju płodu. Wśród badanych znalazły się kobiety, u których pojawiły się krwawienia, bóle brzucha, wymioty, problemy z niewydolnością szyjki macicy oraz takie, których zły stan zdrowia powodował zagrożenie dla ciąży.

Grupę kontrolną stanowiło 65 kobiet w ciążach fizjologicznych, czyli zdrowych – w niniejszej pracy określenia te są stosowane zamiennie. Za ciążę zdrową uznano taką, w której nie wystąpiły zaburzenia rozwoju płodu oraz powikłania w ich dotychczasowym przebiegu, w których nie stwierdzono współwystępujących chorób matki i podczas których badane nie były hospitalizowane. Grupa została zrekrutowana spośród słuchaczek szkół rodzenia.

Nienarodzone dzieci badanych znajdowały się między 22. a 40. tygodniem wieku płodowego. W celu sprawdzenia, czy między badanymi grupami nie występują różnice w średnich wartościach tygodnia rozwoju ciąży, przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji w planie dla grup niezależnych. Analiza nie wykazała istotnych statystycznie różnic między grupami, $F(2, 192) = 0,10$; $p > 0,05$, co wskazuje na homogeniczność grup w zakresie średniego wieku płodowego dziecka, który przypadł na ok. 31. tydzień.

Wiek badanych mieścił się między 18. a 44. rokiem życia. Do porównań średniego wieku wyróżnionych grup kobiet zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między grupami odnośnie do średniego wieku badanych, $F(2, 192) = 0,28$; $p > 0,05$, który przypadł na ok. 30. rok życia.

Wszystkie badane pozostawały w związkach z mężczyznami. 79% kobiet było mężatkami, 21% żyło ze swoimi partnerami w związkach nieformalnych. Nie zaobserwowano istotnych różnic w strukturze stanu cywilnego między kobietami w ciążach zdrowych, z wadami wrodzonymi oraz innymi zagrożeniami. W każdym przypadku matki deklarowały, że obecny partner jest ojcem ich nienarodzonego dziecka.

Narzędzia badawcze

Kwestionariusz wywiadu opracowany specjalnie na potrzeby prowadzonych badań służący do określania wcześniejszych doświadczeń prokreacyjnych oraz kompletowania danych społeczno-demograficznych i medycznych związanych z obecną ciążą.

Kwestionariusz „Więź z dzieckiem w okresie ciąży” (*Fetal Attachment Scale – FAS*) opracowany przez M.S. Cranley i zaadaptowany przez E. Bielawską-Batorowicz. Kwestionariusz ten umożliwia pomiar różnych aspektów więzi emocjonalnej z dzieckiem w okresie ciąży. FAS składa się z 24 twierdzeń, w których badane zaznaczają swoją opinię na pięciostopniowej skali. Twierdzenia pogrupowane są na pięć podskal: Podejmowanie roli rodzicielskiej, Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty, Nawiązywanie interakcji z dzieckiem, Przypisywanie dziecku właściwości oraz Podporządkowanie interesom dziecka. Konstrukcja skali pozwala na analizę zarówno wyników z poszczególnych podskal, jak i wyniku całościowego (Cranley, 1981; Bielawska-Batorowicz, 1995). Im wyższy wynik uzyskany w skalach, tym silniejszą więź z dzieckiem przejawia badana.

Skala Wsparcia Społecznego K. Kmieciak-Baran, która opiera się na założeniach koncepcji Tardy’ego (1985). Pozwala zbadać rodzaj i siłę wsparcia otrzymywanego od różnych grup społecznych. W badaniach skoncentrowano się na wsparciu uzyskiwanym od partnera. Jest ono rozpatrywane w czterech kategoriach: wsparcie emocjonalne, wsparcie wartościujące, wsparcie instrumentalne i wsparcie informacyjne. Skala zawiera 24 twierdzenia, a pozycje kwestionariusza oceniane są na pięciostopniowej skali. Należy podkreślić, że im wyższy wynik osiąga osoba badana, tym mniejsze wsparcie otrzymuje od partnera (Kmieciak-Baran, 1995).

Skala Zależności od Małżonka SZM M.E. Babiuch i O. Kriegerlewicz służąca do pomiaru wzajemnej zależności partnerów w trwałym związku. Diagnozuje właściwości relacji rozumianej jako poszukiwanie pomocy od partnera, oczekiwanie zainteresowania i opieki, wyrażanie lęku przed opuszczeniem i przekonanie, że relacja jest warunkiem szczęścia. Skala zawiera 28 twierdzeń, do których badani ustosunkowują się na czterostopniowym wymiarze. Im wyższy wynik punktowy osiągają, tym bardziej są zależni od partnera. Jest to jedyne w Polsce narzędzie służące do diagnozowania zależności jako właściwości relacji, a nie cechy osobowości czy stylu poznawczego (Babiuch, Kriegerlewicz, 2000).

Wyniki

Analiza wyników więzi emocjonalnej matki z dzieckiem w okresie prenatalnym wykazała, że przeciętne nasilenie tej relacji wynosi 92,83. Przy odchyleniu standardowym 11,88 można stwierdzić, że w badanej grupie matka uzyskuje w tej skali wynik od 80,95 do 104,71 (tabela 1).

Tabela 1. Wiąż z dzieckiem matek w ciążyach z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych

		Wady wrodzone N – 65	Inne zagrożenia N – 65	Ciąże zdrowe N – 65	F	p
Interakcja z dzieckiem	M	18,29	17,65	18,80	2,255	0,108
	min.	8	8	12		
	max.	25	25	25		
	SD	3,081	3,520	2,653		
Podporządkowanie się interesom dziecka	M	20,52	20,62	20,54	0,019	0,981
	min.	10	8	14		
	max.	25	25	25		
	SD	2,519	3,449	2,693		
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	M	16,69	16,89	16,78	0,083	0,921
	min.	10	4	7		
	max.	20	20	20		
	SD	2,487	3,336	2,509		
Podejmowanie roli rodzicielskiej	M	16,48	16,11	16,72	0,654	0,521
	min.	9	6	7		
	max.	20	20	20		
	SD	2,784	3,419	3,023		

cd. tabeli 1

Właściwości przypisywane dziecku	<i>M</i>	21,49	20,57	20,34	1,306	0,273
	min.	12	8	8		
	max.	30	28	29		
	<i>SD</i>	4,135	4,112	4,655		
Więź emocjonalna z dzieckiem	<i>M</i>	93,48	91,83	93,18	0,353	0,703
	min.	67	44	55		
	max.	112	114	111		
	<i>SD</i>	10,915	13,694	10,949		

Źródło: wyniki badań własnych.

Analiza wariancji nie wykazała istotnych statystycznie różnic w nasileniu relacji z dzieckiem między grupami kobiet w ciąży z wadami wrodzonymi, z innymi zagrożeniami oraz w ciąży zdrowych, $F(2, 192) = 0,35; p > 0,05$. Nie stwierdzono także zróżnicowania międzygrupowego w przejawianiu poszczególnych aspektów więzi, czyli podejmowania interakcji z dzieckiem, podporządkowania się jego interesom, traktowania go jako odrębnej istoty, przypisywania mu właściwości czy podejmowania roli rodzicielskiej.

W celu skontrolowania równoliczności grup kobiet w związkach małżeńskich oraz nieformalnych dokonano testu zgodności chi-kwadrat, który zgodnie z przewidywaniami okazał się istotny statystycznie: $\chi^2(1, N = 195) = 63,19; p < 0,001$. Ze względu na znaczącą dysproporcję liczebności obu grup dokonano ich porównania testem nieparametrycznym *U* Manna-Whitneya dla prób niezależnych.

Tabela 2. Stan cywilny matki a więź emocjonalna z dzieckiem i jej komponenty

		Związek		Istotność test <i>U</i> Manna-Whitneya dla prób niezależnych
		małżeński <i>N</i> – 153	nieformalny <i>N</i> – 42	
Interakcja z dzieckiem	<i>M</i>	18,37	17,79	0,218
	min.	8	8	
	max.	25	23	
	<i>SD</i>	3,11	3,18	
Podporządkowanie się interesom dziecka	<i>M</i>	20,63	20,29	0,345
	min.	8	14	
	max.	25	25	
	<i>SD</i>	2,96	2,67	
Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty	<i>M</i>	16,61	17,45	0,069
	min.	4	9	
	max.	20	20	
	<i>SD</i>	2,87	2,42	

cd. tabeli 2

Podejmowanie roli rodzicielskiej	<i>M</i>	16,48	16,29	0,889
	min.	6	7	
	max.	20	20	
	<i>SD</i>	3,01	3,36	
Właściwości przypisywane dziecku	<i>M</i>	20,82	20,71	0,722
	min.	8	18	
	max.	30	28	
	<i>SD</i>	4,46	3,78	
Więź emocjonalna z dzieckiem	<i>M</i>	92,92	92,52	0,937
	min.	44	56	
	max.	114	113	
	<i>SD</i>	11,98	11,67	

Źródło: wyniki badań własnych.

Analiza wykazała (tabela 2), że mężatki i kobiety w nielegalizowanych związkach nie różnią się w nasileniu przywiązania emocjonalnego do swojego dziecka. Należy zatem odrzucić hipotezę 1 stanowiącą, że kobiety poślubione tworzą silniejszą relację z nienarodzonym dzieckiem niż kohabitujące. Można wnioskować, że forma związku, jaki łączy matkę z partnerem, nie ma znaczenia dla więzi emocjonalnej między nią a dzieckiem w okresie prenatalnym. Stąd w kolejnych analizach nie stosowano podziału kobiet na mężatki i kohabitujące.

Następnym etapem było określenie poziomu wsparcia uzyskiwanego przez badane matki od ich partnerów.

Tabela 3. od partnera u kobiet w ciąży z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych

		Wady wrodzone <i>N</i> – 65	Inne zagrożenia <i>N</i> – 65	Ciąże zdrowe <i>N</i> – 65	<i>F</i>	<i>p</i>
Wsparcie informacyjne	<i>M</i>	11,15	10,22	10,14	2,120	0,123
	min.	6	6	5		
	max.	21	15	28		
	<i>SD</i>	3,369	2,528	3,414		
Wsparcie instrumentalne	<i>M</i>	11,29	10,26	10,26	1,692	0,187
	min.	6	6	6		
	max.	21	18	29		
	<i>SD</i>	3,490	3,266	4,240		

cd. tabeli 3

	<i>M</i>	11,34	10,51	11,17		
Wsparcie wartościujące	min.	7	7	7	1,723	0,181
	max.	21	17	26		
	<i>SD</i>	2,970	2,040	2,972		
	<i>M</i>	7,66	7,28	7,69		
Wsparcie emocjonalne	min.	6	6	6	0,485	0,616
	max.	17	16	30		
	<i>SD</i>	2,035	3,423			
	<i>M</i>	41,45	38,26	39,26		
Wsparcie od partnera	min.	29	27	26	1,691	0,187
	max.	80	65	113		
	<i>SD</i>	9,740	7,207	12,609		

Źródło: wyniki badań własnych.

Do porównania w badanych grupach została zastosowana jednoczynnikowa analiza wariancji w planie dla grup niezależnych. Nie wskazała ona różnic międzygrupowych w ocenie wsparcia ogólnego dawanego przez męża lub partnera, co pozwala na przyjęcie hipotezy 3. Istotne statystycznie różnice nie pojawiły się również w odbiorze jego komponentów, czyli wsparcia informacyjnego, instrumentalnego, emocjonalnego i wartościującego (tabela 3).

W Skali Wsparcia Społecznego niski wynik oznacza silniejsze wsparcie. Tabela 3 pokazuje, że badane z trzech wyodrębnionych grup osiągnęły wysokie wyniki we wszystkich wymiarach wsparcia, a najwyżej oceniały wsparcie emocjonalne. Poziom wsparcia informacyjnego, instrumentalnego i wartościującego był podobny.

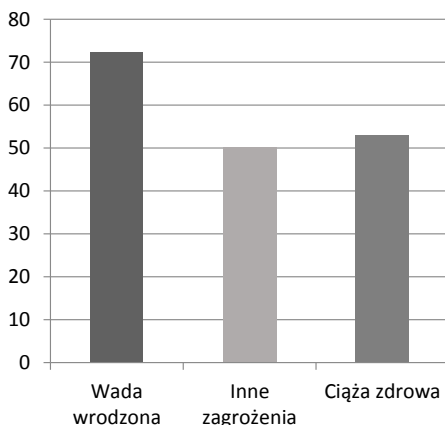
Aby stwierdzić, czy występują różnice w odczuwaniu zależności od partnera w badanych grupach, zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji w planie dla prób niezależnych. Pokazała ona, że zależność od partnera różnicuje matki w ciążach zdrowych i wysokiego ryzyka (tabela 4). Nie można zatem przyjąć hipotezy 4 stanowiącej, że poziom zależności od partnera nie różnicuje kobiet w badanych grupach.

Tabela 4. Zależność od partnera kobiet w ciążach z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami i zdrowych

		Wada wrodzona <i>N</i> – 65	Inne zagrożenie <i>N</i> – 65	Ciąża zdrowa <i>N</i> – 65	<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	72,32	50,14	53,00		
Zależność od partnera	min.	32	32	34	31,089	0,001
	max.	105	92	95		
	<i>SD</i>	23,559	11,546	15,001		

Źródło: wyniki badań własnych.

W celu określenia, między którymi grupami występują różnice, zastosowano test różnic *post-hoc* Bonferroniego. Wykres 1 pokazuje, że kobiety w ciąży z wrodzonymi wadami rozwojowymi znacznie bardziej poszukują wsparcia od partnera, oczekują jego zainteresowania i opieki oraz wyrażają lęk przed rozstaniem niż te w ciąży fizjologicznych lub z innymi zagrożeniami.



Wykres 1. Średnie wartości zależności od partnera.

Źródło: wyniki badań własnych.

Ostatnim krokiem analiz było przetestowanie wsparcia od partnera oraz zależności od niego pod względem siły przewidywania nasilenia więzi i jej komponentów. W tym celu zastosowano analizę regresji liniowej w trzech badanych grupach.

W grupie badanych w ciąży z wadami wrodzonymi ani wsparcie od partnera, ani zależność od niego nie są predyktorami więzi emocjonalnej z dzieckiem i jej przejawów.

Wyniki analizy regresji dla więzi emocjonalnej, jej dymensji i predyktorów dotyczących związku z partnerem kobiet w ciąży z innymi zagrożeniami przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Analiza regresji liniowej dla więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu relacji z partnerem w grupie kobiet w ciąży z innymi zagrożeniami

Inne zagrożenia				
Zmienna zależna	Zmienna niezależna	Beta	p	R ²
Podporządkowanie dziecku	Wsparcie instrumentalne	-0,256	0,040	0,065

Źródło: wyniki badań własnych.

Analiza regresji wykazała, że wsparcie instrumentalne uzyskiwane od partnera jest istotnym predyktorem podporządkowania się interesom dziecka. Model wyjaśnia wariancję zmiennej tylko w 7%, przy dobrym dopasowaniu $F(1, 63) = 4,41$; $p < 0,05$. Matki w ciążach z zagrożeniami niewynikającymi z wady płodu łatwiej zmieniają swoje codzienne przyzwyczajenia i tryb życia dla dobra dziecka, gdy uzyskują wsparcie instrumentalne od swoich partnerów (niski wynik w Skali Wsparcia Społecznego oznacza wysokie wsparcie).

W tabeli 6 przedstawiono wyniki analizy regresji liniowej dla więzi emocjonalnej i jej elementów z uwzględnieniem istotnych predyktorów związanych z relacją z partnerem w grupie kobiet w zdrowych ciążach.

Tabela 6. Analiza regresji liniowej dla więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz jej komponentów i predyktorów z zakresu relacji z partnerem w grupie kobiet w ciążach zdrowych

Zdrowe ciążę				
Zmienna zależna	Zmienna niezależna	Beta	p	R ²
Podporządkowanie dziecku	Zależność od partnera	-0,278	0,025	0,077
Rola rodzicielska	Wsparcie instrumentalne	-0,269	0,030	0,073

Źródło: wyniki badań własnych.

Zaprezentowane wyniki wykazały, że zależność od partnera pozwala przewidywać stopień podporządkowania się interesom dziecka. Kobiety w ciążach zdrowych mniej chętnie zmieniają swój sposób funkcjonowania dla dobra dziecka i ciąży, gdy są mocno zależne od swoich partnerów. Dobrze dopasowany model, $F(1, 63) = 5,28$; $p < 0,05$, wyjaśnia wariancję tylko w 7%.

Natomiast wsparcie instrumentalne współwystępuje z podejmowaniem roli rodzicielskiej. Kiedy kobieta w zdrowej ciąży otrzymuje od ojca dziecka silne wsparcie związane z dostarczeniem konkretnej pomocy, wtedy jest bardziej gotowa do podjęcia roli matki i obowiązków z nią związanych po urodzeniu dziecka. Procent wyjaśnianej wariancji zmiennej przez model wynosi 7, $F(1, 63) = 4,93$; $p < 0,05$.

W grupie kobiet w ciążach zdrowych przeprowadzona analiza regresji liniowej nie wykazała istotnych predyktorów związanych z relacją z partnerem dla więzi ogólnej, interakcji z dzieckiem, odrębności dziecka i przypisywania mu właściwości.

Dyskusja

Analiza porównawcza nasilenia więzi emocjonalnej z dzieckiem prenatalnym między grupami kobiet w ciążach wysokiego ryzyka z wadami wrodzonymi, innymi zagrożeniami oraz ciążach prawidłowych nie wykazała różnic istotnych statystycznie. Może być to spowodowane faktem, że wszystkie badane były w późnych tygodniach ciąży oraz po potwierdzonej diagnozie stanu rozwijającego się dziecka i ciąży.

Uzyskane rezultaty znajdują potwierdzenie w badaniach Pawełczyk, Cypryk, Bielawskiej-Batorowicz (1999) oraz Chazotte i in. (1995), które niezależnie wykazały, że zagrożenie ciąży wynikające z choroby matki nie ma wpływu na to, jak buduje ona więź z nienarodzonym dzieckiem. Z kolei Bieleninik, Preis i Bidzan (2010) nie zaobserwowały zróżnicowania w sile relacji matka – dziecko między kobietami w ciążach jedнопłodowych a badanymi w ciążach wieloplodowych, które mogą być traktowane w kategoriach ciąż zagrożonych. Różnic między matkami w ciążach zdrowych i wysokiego ryzyka nie stwierdzili również Kemp i Page (1987), Ustunsoz i in. (2010) czy Pisoni i in. (2015). Odmienne wnioski zaprezentowały Bielawska-Batorowicz i Siddiqui (2008), które wykazały, że w przypadku zagrożenia ciąży u polskich kobiet więź jest mniej silna.

Co prawda zaobserwowano już spadek intensywności więzi podczas oczekiwania na rezultaty badań prenatalnych oraz jej znaczny wzrost po potwierdzeniu braku nieprawidłowości (Caccia i in., 1991). Poczynienie jednak takich obserwacji w przedstawianych badaniach było niemożliwe, ponieważ nawiązywano kontakt z badanymi już po zdiagnozowaniu zagrożenia i w trakcie terapii mającej na celu jego zmniejszenie lub całkowite wyeliminowanie.

Brak różnic w intensywności relacji prenatalnej z dzieckiem między badanymi grupami, a tym samym brak potwierdzenia hipotezy zakładającej, że matki w ciążach z wadami wrodzonymi tworzą słabszą więź z dziećmi niż te w ciążach zdrowych i z innymi zagrożeniami, może wynikać z faktu, iż najniższy wiek ciążowy przypadają na 22. tydzień, czyli drugą połowę drugiego trymestru. Badacze są zgodni co do tego, że więź narasta wraz z rozwojem ciąży (np. Bielawska-Batorowicz, 1995; 2006; Laxton-Kane, Slade, 2002; Yercheski i in., 2009), dlatego w przypadku badanych matek mogła być już na tyle rozwinięta, by nie wskazywać na różnice. W obliczu tych ograniczeń zasadne wydaje się przeprowadzenie w przyszłości badań podłużnych, które umożliwiłyby towarzyszenie matce oczekującej na urodzenie dziecka na różnych etapach ciąży, diagnozy i terapii w celu określenia potencjalnych zmian zachodzących w jej przywiązaniu do niego.

W badaniach podkreśla się, że relacja z partnerem i jej charakter mają silny wpływ na więź, jaką kształtuje matka z dzieckiem (Yercheski i in., 2009). Analizy nie potwierdziły hipotezy stanowiącej, że rodzaj związku różnicuje matki w zakresie więzi z dzieckiem, ponieważ nie zaobserwowano rozbieżności w jej nasileniu między kobietami w związkach małżeńskich i nieformalnych. Natomiast uzyskane wyniki należy traktować z dużą ostrożnością i nie można na ich podstawie wyciągać wiążących wniosków ze względu na znaczącą dysproporcję liczebności grup. Uniemożliwiło to również sprawdzenie, czy stan cywilny różnicuje nasilenie więzi z dzieckiem przy zagrożeniu ciąży lub jego braku.

Narita i Maehara (1993) wykazały, że negatywny stosunek męża kobiety ciężarnej koresponduje z niższym nasileniem jej relacji z dzieckiem. Również Lumley (1982) tłumaczy osłabienie przywiązania prenatalnego brakiem zainteresowania lub wsparcia ze strony męża. Siddiqui, Eisemann i Hägglöf (1999) uważają, że znaczącą

rolę w dostarczaniu kobiecie wsparcia społecznego odgrywa mąż i może stanowić to nawet 80% całego oczekiwanego wsparcia.

Przedstawione analizy wykazały, że zgodnie z założeniami, kobiety w ciąży zagrożonych i fizjologicznych nie różnią się w ocenie wsparcia od swoich partnerów. Tożsame wyniki uzyskali Pisoni i in. (2015) w badaniach matek w ciąży zdrowych i zagrożonych przedwczesnym porodem. Z kolei Gebuza i in. (2015) pokazują, że wsparcie społeczne dla matek wzrasta adekwatnie do zagrożeń związanych z ciążą, czego nie stwierdzono w badaniach własnych.

W żadnej z grup badanych kobiet nie zaobserwowano związku wsparcia ogólnego z więzią emocjonalną z dzieckiem, mimo przewidywań, że jego pozytywna ocena będzie współwystępować z bardziej intensywną relacją prenatalną. Natomiast wsparcie instrumentalne okazało się istotnym predyktorem podporządkowania się interesom dziecka kobiet z innymi zagrożeniami. Patologie ciąży w tej grupie wynikają z konkretnych dolegliwości ciążowych lub choroby matki. Bardzo często wiążą się z koniecznością hospitalizacji czy leżeniem, a tym samym ograniczoną samodzielnością matki. Zmiana sposobu funkcjonowania może wiązać się z większą zależnością od innych osób, chociażby w przygotowaniu posiłków czy czynnościach higienicznych. Dlatego wsparcie ze strony partnera w postaci konkretnej pomocy wydaje się szczególnie istotne, kiedy konieczna jest zmiana trybu życia dla utrzymania ciąży.

Natomiast w grupie kobiet w ciąży bez powikłań wsparcie instrumentalne pozwala przewidywać chęć podjęcia roli rodzicielskiej. Ciężarne, które dostają od swoich partnerów konkretną pomoc, np. w wypełnianiu obowiązków domowych, przygotowaniach na przyjście dziecka, są bardziej gotowe do podjęcia roli rodzicielskiej po jego urodzeniu i chętniej wyobrażają sobie siebie przy opiece nad noworodkiem. Można przypuszczać, że mniej obawiają się obciążeń związanych z wychowaniem dziecka, ponieważ czują, że będą dzielić obowiązki ze swoimi partnerami.

Zatem rezultaty prezentowanych badań potwierdzają częściowo wyniki Pisoni i in. (2015), którzy wykazali, że wsparcie od bliskich sprzyja rozwojowi więzi z dzieckiem. Są także spójne z obserwacjami Bieleninik, Preis i Bidzan (2010), które wykazały, że więź emocjonalna z nienarodzonymi dziećmi wzrasta wraz z nasileniem uzyskiwanego wsparcia, ale jedynie u kobiet w ciąży mnogich, które są traktowane jak cięższe wysokiego ryzyka. Z kolei Mercer i in. (1988) udowodniły, że o ile wsparcie jest niezwykle istotne w budowaniu więzi z dzieckiem, to nie ma to znaczenia w ciąży zagrożonych, na co wskazują przedstawiane badania w odniesieniu do kobiet w ciąży z wadami wrodzonymi.

Poczynione obserwacje nie potwierdzają hipotezy stanowiącej, że matki w badanych grupach nie różnią się poziomem zależności w relacjach ze swoimi partnerami. Analiza zależności kobiet w związku pokazała, że ciężarne spodziewające się urodzenia dziecka z wadą czują się istotnie bardziej zależne od partnerów, oczekują więcej zainteresowania i opieki oraz obawiają się rozstania z nim niż badane w pozostałych grupach. Może to wynikać ze strachu przed porzuceniem i samotnym wy-

chowyciem chorego dziecka. Jednak współwystępowanie poczucia zależności od drugiej osoby z diady z więzią emocjonalną wystąpiło tylko w grupie kobiet zdrowych. Im bardziej oczekują one uwagi, pomocy i troski od swoich partnerów, tym trudniej jest im podporządkować się interesom dziecka. Być może zależność ta wystąpiła tylko w grupie kobiet w ciąży bez komplikacji, ponieważ matki nie mają w takiej sytuacji aż tylu argumentów przemawiających za koniecznością zmiany sposobu codziennego funkcjonowania dla dobra dziecka i są też w stanie w większym stopniu koncentrować się na relacji z partnerem i własnych potrzebach niż tylko na wymaganiach płynących z bycia w ciąży i relacji z dzieckiem.

Literatura cytowana

- Abasi, E., Tafazzoli, M., Esmaily, H., Hasanabadi, H. (2013). The effect of maternal-fetal attachment education on maternal mental health. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 43, 815-820.
- Abasi, E., Tahmasebi, H., Zafari, M., Nasiri Takami, G. (2012). Assessment on effective factors of maternal-fetal attachment in pregnant women. *Life Science Journal*, 9 (1), 68-75.
- Alhusen, J.L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37 (3), 315-328.
- Alonso-Arbiol, I., Shaver, P.R., Yarnoz, S. (2002). Insecure attachment, gender roles, and interpersonal dependency in the Basque Country. *Personal Relationship*, 9, 479-490.
- Aronson, S.R., Huston, A.C. (2004). The mother-infant relationship in single, cohabiting, and married families: a case for marriage? *Journal of Family Psychology*, 18, 5-18.
- Babiuch, M.E., Kriegerlewick, O. (2000). *Skala do pomiaru zależności od współmałżonka*. Materiały własne udostępnione przez autorkę metody.
- Bakiera, L. (2013). Zaangażowane rodzicielstwo w kontekście satysfakcji małżeńskiej i zawodowej. *Psychologia Rozwojowa*, 18 (2), 21-23.
- Bielawska-Batorowicz, E. (1995). *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie okołoporodowym*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk.
- Bielawska-Batorowicz, E., Siddiqui, A. (2008). A study of prenatal attachment with Swedish and Polish expectant mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26, 373-384.
- Bieleninik, Ł., Preis, J., Bidzan, M. (2010). Uwarunkowania więzi emocjonalnej z dzieckiem w okresie prenatalnym w ciążyach wielopłodowych i pojedynczych. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 3, 223-231.
- Brandon, A.R., Pitts, S., Denton, W.H, Stringer, C.A., Evans, H.M. (2009). A history of the theory of prenatal attachment. *The Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 23 (4), 201-222.

- Caccia, N., Johnson, J.M., Robinson, G.E., Barna, T. (1991). Impact of prenatal testing on maternal-fetal bonding: chorionic villus sampling versus amniocentesis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 165, 1122-1125.
- Chazotte, C., Comerford Freda, M., Elovitz, M., Youchah, J. (1995). Maternal depressive symptoms and maternal-fetal attachment in gestational diabetes. *Journal of Women's Health*, 4 (4), 375-380.
- Cranley, M.S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30, 281-284.
- Fiori, K.L., Consedine, N.S., Magai, C. (2008). The adaptive and maladaptive faces of dependency in later life: Links to physical and psychological health outcomes. *Journal of Mental Health and Aging*, 12 (6), 700-712.
- Gebuza, G., Kaźmierczak, M., Gierszewska, M., Mieczkowska, E., Banaszkiwicz, M., Wróbel-Bania, A. (2015). Lęk przed porodem w III trymestrze ciąży i jego powiązania ze stanem noworodka. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 21 (1), 39-44.
- Hjelmstedt, A., Widstrom, A.M., Collins, A.P. (2006). Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *Birth*, 33 (4), 303-310.
- Jang, S.H., Kim, I.J., Lee, S.H. (2015). Social Support and Maternal-Fetal Attachment in Unmarried Pregnant Women in Korea: Does Self-Esteem Play a Mediating Role? *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 7 (6), 131-140.
- Janicka I. (2006). *Kohabitacja a małżeństwo w perspektywie psychologicznej. Studium porównawcze*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Janicka, I. (2008). Stosunki partnerskie w związkach niemałżeńskich. *Przegląd Psychologiczny*, 51 (1), 37-53.
- Janicka, I. (2014). Partnerzy kohabitujący jako rodzice. W: I. Janicka, H. Liberska (red.) *Psychologia rodziny* (s. 285-303). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kemp, V.H., Page, C.K. (1987). Maternal prenatal attachment in normal and high-risk pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 16, 179-184.
- Kmiecik-Baran, K. (1995). Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przegląd Psychologiczny*, 38 (1/2), 201-214.
- Koniak-Griffin, D. (1988). The relationship between social support, self-esteem, and maternal-fetal attachment in adolescents. *Research in Nursing and Health*, 11 (4), 269-278.
- Kroelinger, C.D., Oths, K.S. (2000). Partner support and pregnancy wantedness. *Birth*, 27, 112-119.
- Laxton-Kane, M., Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20 (4), 253-266.
- Lowyck, B., Luyten, P., Demyttenaere, K., Corveleyn, J. (2008). The role of romantic attachment and self-criticism and dependency for the relationship satisfaction of community adults. *Journal of Family Therapy*, 30 (1), 78-95.

- Lumley, J.M. (1982). Attitudes to the fetus among primigravidae. *Australian Pediatric Journal*, 18, 106-109.
- Mercer, R.T., Ferketich, S.L., (1990). Predictors of parental attachment during early parenthood. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 268-280.
- Mercer, R.T., Ferketich, S.L., May, K., DeJoseph, J., Sollid, D. (1988). Further exploration of maternal and paternal attachment. *Research in Nursing and Health*, 11, 83-95.
- Narita, S., Maehara, S. (1993). The development of maternal-fetal attachment during pregnancy. *Nihon Kango Kagakkaishi*, 131, 1-9.
- Pawelczyk, A., Cypryk, K., Bielawska-Batorowicz, E. (1999). Poziom lęku i więź emocjonalna z dzieckiem w okresie ciąży u kobiet z GDM i zdrowych ciężarnych. *Diabetologia Polska*, 6, 189-192.
- Pawlicka, P., Chrzan-Dętkoś, M., Lutkiewicz, K. (2013). Prężność psychiczna przyszłych matek oraz kolejność ciąży jako moderatory budowania więzi z nienarodzonym jeszcze dzieckiem. *Family Forum*, 3, 139-152.
- Pisoni, C., Garofoli, F., Tzialla, C., Orcesi, S., Spinillo, A., Politi, P., Balottin, U., Tinelli, C., Stronati, M. (2015). Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 29 (5), 771-776.
- Siddiqui, A., Eisemann, M., Hägglöf, B. (1999). An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant women. *Journal Reproductive and Infant Psychology*, 17 (4), 369-380.
- Tardy, Ch.H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13 (2), 187-202.
- Ustunsoz, A., Guvenc, G., Akyuz, A., Oflaz, F. (2010). Comparison of maternal- and paternal-fetal attachment in Turkish couples. *Midwifery*, 26, 1-9.
- Walsh, J., Hepper, E.G., Marshall, B.J. (2014). Investigating attachment, caregiving, and mental health: a model of maternal-fetal relationships. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 383-391.
- Wojciszke, B. (2005). *Psychologia miłości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Yercheski, A., Mahon, N.E., Yercheski, T.J., Hank, M.M., Cannella, B.L. (2009). A metaanalytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (5), 708-715.

Streszczenie. Celem badań było określenie, czy charakter związku z partnerem, zależność od niego oraz ocena otrzymywanego wsparcia stanowią o więzi emocjonalnej matki z dzieckiem w okresie prenatalnym.

Badaniu poddano kobiety w ciążach fizjologicznych, ze zdiagnozowanymi wadami rozwojowymi płodu oraz z innymi zagrożeniami. Zastosowano: Kwestionariusz „Więź z dzieckiem w okresie ciąży” (*Fetal Attachment Scale – FAS*) M.S. Cranley w adaptacji E. Bielawskiej-Batorowicz, Skalę Wsparcia Społecznego K. Kmiecik-

-Baran, Skalę Zależności od Małżonka SZM M.E. Babiuch i O. Krieglewicz oraz wywiad własnej konstrukcji.

Charakter relacji z partnerem nie różnicuje nasilenia więzi matki z dzieckiem. Badane oceniają wsparcie od partnerów na podobnym poziomie niezależnie od stanu zagrożenia ciąży lub jego braku. Silniej zależne od partnerów są ciężarne, u których dzieci wykryto wadę.

W grupie z wadami wrodzonymi nie znaleziono istotnych predyktorów więzi emocjonalnej. U matek w ciążach z innymi zagrożeniami wysokie wsparcie instrumentalne od partnera sprzyja podporządkowywaniu się interesom dziecka. Badane w ciążach zdrowych, które wysoko oceniają wsparcie instrumentalne, chętniej podejmują rolę rodzicielską. Natomiast trudniej im podporządkować się interesom dziecka, gdy są bardziej zależne od partnera.

Słowa kluczowe: więź matki z dzieckiem prenatalnym, ciąża wysokiego ryzyka, wsparcie społeczne, zależność od partnera

Data wpłynięcia: 26.05.2017

Data wpłynięcia po poprawkach: 24.07.2017

Data zatwierdzenia tekstu do druku: 31.10.2017