



Stan emocjonalny kobiet w okresie ciąży

Emotional state of women during pregnancy

<https://doi.org/10.34766/fer.v59i3.1297>

Grażyna Stadnicka^a, Aleksandra Białek^b, Katarzyna M. Kanadys^{c,✉},
Ewa Ślizień-Kuczapska^d, Lechosław Putowski^e, Anna B. Pilewska-Kozak^f

^a Dr n. med. Grażyna Stadnicka¹, prof. uczelni, <https://orcid.org/0000-0002-5850-3247>

^b Aleksandra Białek¹, <https://orcid.org/0009-0008-3898-2915>

^c Dr n. med. Katarzyna Maria Kanadys¹, prof. uczelni, <https://orcid.org/0000-0001-8447-3937>

^d Dr n. med. Ewa Ślizień-Kuczapska², <https://orcid.org/0000-0002-2227-3849>

^e Prof. dr hab. n. med. Lechosław Putowski³, <https://orcid.org/0000-0003-3823-207X>

^f Dr hab. n. o zdr. Anna Bogusława Pilewska-Kozak¹, prof. uczelni, <https://orcid.org/0000-0003-4562-2295>

¹ Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Katedra Położnictwa i Ginekologii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Szpital Specjalistyczny im. św. Zofii w Warszawie

³ Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej, Katedra Położnictwa i Ginekologii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

✉ Autor korespondujący: Katarzyna Maria Kanadys, kanadysk@wp.pl

Abstrakt: *Wprowadzenie:* Stres opisywany jest jako uczucie zmartwienia, zaniepokojenia i łagodnego niepokoju. Subiektywne emocje i nastrój podczas ciąży wpływają na stan psychiczny ciężarnych. *Cel prac:* Zbadanie jaki stan emocjonalny charakteryzuje kobiety w okresie ciąży i czym jest on warunkowany. *Material i metoda:* Grupę badaną stanowiło 588 kobiet ciężarnych. Badanie przeprowadzono w okresie od listopada 2023 roku do stycznia 2024 roku w poradniach dla kobiet i szkołach rodzenia na terenie województwa lubelskiego. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, Skali Nastroju Ogólnego (autorzy Wojciszke, Baryła) i Kwestionariusza Emocji (autorzy Wojciszke, Baryła). *Wyniki badań:* Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety między 26. a 35. rokiem życia (n = 417; 71%; 70,92%). Co piąta badana (n = 118; 20,07%) była w wieku 18-25 lat, zaś ciężarne powyżej 40 lat stanowiły około 1 % badanych (n = 6). Badane były podzielone na trzy grupy, w zależności od trymestru ciąży: I trymestr ciąży stanowiło 8,33% badanych, II trymestr ciąży – 48,64% (n = 286) oraz III trymestr ciąży – 43,03% (n = 253). Analiza statystyczna nie wykazała istotnie statystycznej różnicy (p > 0,05) w ocenie nastroju negatywnego i pozytywnego kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży. Wysoki poziom nasilenia emocji negatywnych stwierdzono wśród kobiet, które odczuwały brak wsparcia ze strony osób bliskich (M = 58) oraz w grupie kobiet, których wsparcie ze strony bliskich było niewystarczające (M = 51). Zaś niskie nasilenie emocji negatywnych stwierdzono u badanych, które deklarowały, że dobrze radzą sobie same (M = 39), jak i te które mają duże wsparcie od partnera/osób bliskich (M = 39). Największe nasilenie emocji o zabarwieniu pozytywnym obserwowano wśród kobiet, które utraciły jedną ciążę (M = 40), zaś u badanych, które były w pierwszej ciąży lub nie miały niepowodzeń położniczych wskaźnik nasilenia emocji pozytywnych był nieco niższy (M = 38). *Wnioski:* Zaawansowanie ciąży nie różnicuje w sposób istotny nastroju kobiet, jednak obserwowane jest niewielkie podwyższenie poziomu nastroju pozytywnego w III trymestrze ciąży oraz wyższe natężenie nastroju negatywnego w I trymestrze ciąży. Ponadto wyższe natężenie emocji negatywnych dotyczy kobiet o niskim statusie materialnym, mniej wykształconych, które nie ukończyły 25 roku życia oraz zamieszkałych na wsi. Wsparcie ze strony partnera/osoby bliskiej ma istotny wpływ na odczuwane i wyrażane emocje podczas ciąży. Emocje negatywne u ciężarnych generowane są głównie u kobiet, które straciły troje lub więcej dzieci, na skutek poronienia, porodu przedwczesnego, czy też porodu martwego dziecka. Zasadne wydaje się prowadzenie dalszych badań, mających na celu identyfikację czynników stresogennych u kobiet w ciąży, co pozwoli na zindywidualizowanie profesjonalnej opieki nad tą grupą kobiet.

Słowa kluczowe: ciąża, nastrój, emocje, stres

Abstract: *Introduction:* Stress is described as feelings of worry, unease and mild anxiety. Subjective emotions and mood during pregnancy affect the psychological state of pregnant women. *Aim of the work:* To investigate the emotional state that characterises women during pregnancy and what determines it. *Material and method:* The study group consisted of 588 pregnant women. The study was conducted between November 2023 and January 2024 in women's counselling centres and birthing schools in the Lublin Province. A diagnostic survey method was used, with the author's survey questionnaire, the General Mood Scale (authors Wojciszke, Baryła) and the Emotions Questionnaire (authors Wojciszke, Baryła). *Results of the study:* Women between 26 and 35 years of age constituted the largest group (n = 417; 71%; 70,92%). One in five subjects (n = 118; 20,07%) was between 18 and 25 years of age, while pregnant women over 40 years of age accounted for approximately 1% of the subjects (n = 6). The subjects were divided into three groups, depending on the trimester of pregnancy: 1st trimester of pregnancy accounted for 8,33% of the subjects, 2nd trimester of pregnancy 48,64% (n = 286) and 3rd trimester of pregnancy

43.03% (n = 253). Statistical analysis showed no statistically significant differences ($p > 0.05$) in the negative and positive mood scores of women in the different trimesters of pregnancy. High levels of negative emotions were found among women who felt a lack of support from relatives ($M = 58$) and among women who felt insufficient support from relatives ($M = 51$). In contrast, low levels of negative emotions were found among subjects who declared that they were coping well on their own ($M = 39$), as well as those who had high support from their partner/relatives ($M = 39$). The highest intensity of positive emotions was observed among women who had lost one pregnancy ($M = 40$), while the rate of positive emotions was slightly lower in subjects who had been pregnant for the first time or had no obstetric failures ($M = 38$). *Conclusions:* The stage of pregnancy does not significantly affect women's mood, but a slight increase in the intensity of positive mood is observed in the 3rd trimester of pregnancy and a higher intensity of negative mood in the 1st trimester of pregnancy. In addition, a higher intensity of negative emotions is observed for women of low material status, less educated, under 25 years of age and living in rural areas. Support from a partner/relative has a significant impact on the emotions felt and expressed during pregnancy. Negative emotions during pregnancy are mainly experienced by women who have lost three or more babies due to miscarriage, premature birth or stillbirth. It seems reasonable to conduct further research to identify stressors in pregnant women, which will allow to individualise professional care for this group of women.

Keywords: pregnancy, mood, emotions, stress

Wprowadzenie

Ciąża i oczekiwanie na narodziny dziecka są uznawane za wyjątkowy okres w życiu kobiety naznaczony licznymi zmianami w aspekcie fizycznym, psychicznym oraz społecznym. Niezależnie od tego, czy jest ona planowana i wyczekiwana, czy jest zaskoczeniem często jest rozpatrywana w kontekście sytuacji stresogennej. Wiele kobiet w okresie ciąży odczuwa pogorszenie stanu psychicznego objawiającego się wahaniem nastroju, znużeniem, obniżeniem poziomu wigoru, lękiem, niepokojem (Arnal-Remón, Moreno-Rosset, Ramírez-Uclés i in., 2015; Carpinelli, Savarese, 2022; Postępska, Kanadys, Kęsik i in., 2023).

Na stan psychiczny w ciąży ma wpływ wiele czynników, między innymi: czas jej trwania i związane z tym zmiany hormonalne, zachodzące w organizmie kobiety, jak i zmiany fizyczne wynikające z rozwoju ciąży, relacje partnerskie, więź matczyno-płodowa, przebieg poprzednich ciąż, czy choroby wikłające ciążę. Należy również podkreślić, że współcześnie przebieg ciąży coraz częściej nie jest fizjologiczny, co związane jest z leczeniem niepłodności, późnym macierzyństwem, a co za tym idzie częstszym występowaniem chorób współistniejących. Wyżej wymienione czynniki fizjologiczne, społeczne i emocjonalne mają istotny wpływ na stan zdrowia psychicznego kobiet ciężarnych (Agostini, Neri, Salvatori i in., 2015; Fisher, Tran, Duc Tran i in., 2013; McNamara, Townsend, Herbert i in., 2019; Verreault, Da Costa, Marchand i in., 2014).

Podczas analizy czynników, warunkujących dobrostan psychiczny kobiety podczas ciąży Navon-Eyal, Taubman-Ben-Ari (2023) zwrócili uwagę na istotę pojęć „stresu” i „dystresu”. Z definicji stresu wynika, że jest on nieodzownym elementem życia

i w różnych aspektach dotyka każdą kobietę ciężarną. Czynniki powodującymi stres mogą być czynniki emocjonalne, fizjologiczne, anatomiczne lub fizyczne (Kaczmarska, Curyło-Sikora, 2016). Stres może oddziaływać pozytywnie, sprzyjając zdrowiu i mobilizując do działania, albo negatywnie, destrukcyjnie prowadząc do problemów zdrowotnych. Z kolei w literaturze pojęcie „dystres” opisuje rodzaj negatywnego stresu, który kojarzy się z uczuciem „zestresowania”. Ten rodzaj reakcji powoduje uczucie przytłoczenia, niepokojem oraz występowania fizycznych i psychicznych objawów, takich jak: bóle głowy, napięcie, bezsenność, zaburzenia koncentracji lub drażliwość. Natomiast stres w literaturze okołoporodowej opisywany jest jako uczucie zmartwienia, zaniepokojenia i łagodnego niepokojem. Z kolei niepokój narusza dobrostan psychiczny, a czasami prowadzi do zaburzeń zdrowia psychicznego (Arnal-Remón i in., 2015; Wojciszke, Baryła, 2004). U kobiet, które podczas ciąży narażone są na silny stres oraz niepokój, występuje zwiększone ryzyko poronienia, przedwczesnego porodu, urodzenia dziecka z niską masą urodzeniową. Należy również pamiętać, że reakcje w organizmie matki uruchamiane w sytuacji stresowej wywierają wielokierunkowe działanie na płód, negatywnie wpływając na jego rozwój i funkcjonowanie układu podwzgórzowo-przysadkowego. Jest to związane z wydzielaniem dużej ilości adrenaliny i kortyzolu do krwiobiegu ciężarnej, hormony te przenikając przez łożysko do płodu wpływają negatywnie na jego rozwój (Carpinelli i in., 2022; Noval-Eyal i in., 2023; Yildiz, Ayers, Phillips, 2017; Szczygieł, 2014). Subiektywnie doświadczane różnych sytuacji podczas

ciężcy, czy to w postaci niespecyficznego nastroju, czy też konkretnych emocji jest elementem życia psychicznego. Subiektywne emocje i nastrój podczas ciąży wpływają na jakość życia.

Celem pracy było zbadanie jaki stan emocjonalny charakteryzuje kobiety w okresie ciąży i czym jest on warunkowany.

1. Materiał i metoda

Grupę badaną stanowiło 588 kobiet ciężarnych, które podzielono na trzy różne liczebnie podgrupy: I grupę stanowiły kobiety będące w I trymestrze ciąży ($n = 49$; 8,33%), II grupę – ciężarne będące w II trymestrze ciąży – ($n = 286$; 48,64%) oraz III grupę – ciężarne w III trymestrze ciąży ($n = 253$; 43,03%).

Badanie przeprowadzono w okresie od listopada 2023 roku do stycznia 2024 roku w poradniach dla kobiet i szkołach rodzenia na terenie województwa lubelskiego. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziami wykorzystywanymi podczas badań były: autorski kwestionariusz ankiety, Skala Nastroju Ogólnego, Kwestionariusz Emocji. Autorski kwestionariusz ankiety zawierał: dane socjodemograficzne (wiek, stan cywilny, praca zawodowa, miejsce zamieszkania, wykształcenie, sytuacja materialna), dane o przebiegu ciąży oraz występowaniu chorób przewlekłych i relacji interpersonalnych.

Skala Nastroju Ogólnego (Wojciszke, Baryła, 2004) – zawiera 10 twierdzeń, które składają się z twierdzeń sformułowanych w taki sposób, by wyrażały ogólny nastrój pozytywny lub negatywny. Respondentka ma możliwość zaznaczyć właściwą dla siebie odpowiedź w formie cyfry od 1 do 5 na znajdującej się obok skali Likerta, gdzie 1 – nie zgadzam się, a 5 – zgadzam się. Ponadto skala zawiera 20 przymiotników, które określają konkretny nastrój pozytywny lub negatywny. Ankietowana miała za zadanie zaznaczyć odpowiednie przymiotniki określające jej nastrój, który odczuwała w ciągu 7 dni przed badaniem. Wynikiem jest średnia liczba wskazanych pozytywnych i negatywnych sekwencji. Ocena nastroju ogólnego to suma uzyskanych punktów (ibidem).

Kwestionariusz Emocji (Wojciszke, Baryła, 2004) – Kwestionariusz składa się z 6 głównych emocji (radość, miłość, strach, gniew, poczucie winy i smutek), zawartych w 24 przymiotnikach, oznaczające nazwy dyskretnych emocji, po cztery na każdą z głównych emocji. Badana miała wskazać w skali Likerta od 1 do 7 jak często odczuwała daną emocję w ciągu 7 dni poprzedzających badanie, gdzie 1 oznacza „nigdy”, a 7 – „zawsze”. Wynikiem jest zależność sumy zebranych punktów emocji pozytywnych i negatywnych (ibidem).

Zastosowano następujące kryteria kwalifikujące kobiety do udziału w badaniach:

- ciąża żywa,
- dowolny czas trwania ciąży,
- w wywiadzie brak zdiagnozowanej choroby psychicznej,
- ukończony 18 rok życia,
- zgoda na udział w badaniach.

W celu przeprowadzenia analiz statystycznych użyto pakiet statystyczny Statistica w wersji 13.3. Za statystycznie istotny przyjęto poziom ($p < 0,05$). Za zmienne niezależne przyjęto: wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, sytuacja finansowa, aktywność zawodowa, trymestr ciąży, niepowodzenia położnicze, otrzymane wsparcie. Za zmienne zależne przyjęto: wynik ze Skali Nastroju Ogólnego oraz wynik Kwestionariusza Emocji. W opisie statystycznym uzyskanych wyników Skali Nastroju Ogólnego i Kwestionariusza Emocji zastosowano średnią, odchylenie standardowe, minimum, maksimum, medianę, górny oraz dolny kwartył. Ocena różnic pomiędzy grupami dokonano przy pomocy testu Kruskala-Wallis.

2. Wyniki badań

Wśród badanych kobiet najliczniejszą grupę stanowiły kobiety między 26 a 35 rokiem życia ($n = 417$; 71%; 70,92%). Jedna piąta badanych była w wieku 18-25 lat ($n = 118$; 20,07%), zaś ciężarne powyżej 40 lat stanowiły około 1% badanych ($n = 6$). Większość respondentek mieszkała w mieście: dużym liczącym

powyżej 50 tys. mieszkańców ($n = 248$; 42,18%) oraz małym liczącym poniżej 50 tys. ($n = 155$; 26,36%). Mieszkanki wsi stanowiły 31,96% ($n = 188$). Około trzy czwarte ($n = 437$; 74,32%) badanych kobiet deklarowała swój stan cywilny jako mężatka. Pozostałe respondentki były stanu wolnego (panny – $n = 128$; 21,77%, rozwódki – $n = 23$; 3,91%). Zdecydowana większość badanych posiadała wykształcenie wyższe ($n = 398$; 67,69%). Ponad 90% ($n = 538$; 91,15%) respondentek była aktywna zawodowo przed ciążą, zaś osoby studiujące/uczące się ($n = 10$; 1,70%) i bezrobotne ($n = 40$; 6,81%) stanowiły tylko znikomą odsetek. Ponad trzy czwarte badanych swoją sytuację materialną określiła jako dobrą/zadawalającą ($n = 444$; 75,51%), 120 (20,41%) respondentek oceniło ją jako bardzo dobrą, zaś 4,08% badanych ($n = 24$) jako złą. Dla ponad trzech czwartych respondentek ($n = 445$; 77,38%) była to pierwsza ciąża. Około jedna piąta badanych ($n = 112$; 19,05%)

doświadczała straty ciąży jeden raz, pozostałe respondentki dwa razy ($n = 23$; 3,91%) lub więcej ($n = 8$; 1,36%). Z powodu niepłodności leczyło się około 15% kobiet ($n = 90$). Dla ponad połowy respondentek ($n = 383$; 65,14%) była to pierwsza ciąża, prawie jedna trzecia badanych kobiet (27,55%) rodziła tylko 1 raz, pozostałe kobiety ($n = 43$; 7,31) rodziły 2 lub więcej razy. Około połowa badanych ($n = 282$; 47,56%) twierdziła, że ich „energia życiowa” znacznie spadła w czasie ciąży. Grupa 116 kobiet (19,72%) wskazała, że ciąża wpłynęła pozytywnie na ich ogólne samopoczucie, zaś 15,31% ($n = 90$) badanych odpowiedziało, że ciąża wpłynęła na nie negatywnie. Pozostałe respondentki ($n = 100$; 17,01%) twierdziły, że ciąża nie miała wpływu na ich samopoczucie. Choroby współistniejące z ciążą oraz wikłające ciążę (choroby tarczycy, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, stany zapalne dróg moczowych i pochwy, alergie i inne)

Tabela 1. Czynniki społeczno-demograficzne charakteryzujące badane kobiety a ich negatywne emocje podczas ciąży

Dane społeczno-demograficzne	Emocje negatywne					Test Kruskala-Wallis		
	N	SD	Min	Max	M	H	P	
Wiek	18-25	120	17.96	16	100	45.00	13.050	0.0045
	26-35	415	16.34	16	96	42.00		
	36-40	47	13.42	16	79	34.00		
	>40	6	27.50	19	84	39.00		
Stan cywilny	mężatka	437	16.23	16	96	41.00	8.691	0.0130
	panna	128	18.54	16	100	45.50		
	rozwódka	23	13.03	20	66	36.00		
Wykształcenie	podstawowe	9	20.16	31	94	65.00	15.873	0.0012
	zasadnicze zawodowe	19	19.17	19	83	39.00		
	średnie	162	17.68	16	89	45.00		
	wyższe	398	15.79	16	100	41.00		
Miejsce zamieszkania	wieś	185	17.23	16	89	45.00	0.436	0.8039
	miasto poniżej 50 tys. mieszkańców	155	15.15	16	91	42.00		
	miasto wojewódzkie	248	17.41	16	100	41.00		
Sytuacja finansowa	bardzo dobra	120	15.58	16	84	40.00	9.023	0.0290
	dobra/przeciętna	444	16.69	16	100	42.00		
	niska	24	20.78	17	85	58.00		
Praca zawodowa	tak	538	16.33	16	100	42.00	1.465	0.4806
	nie	40	21.22	16	94	47.00		
	student/uczeń	10	19.25	31	83	41.50		

N- liczba badanych; SD – odchylenie standardowe; Min – Minimum; Max – Maksimum; M – mediana; H – wynik testu; p – poziom istotności

deklarowało ponad dwie piąte badanych ($n = 255$; 43,36%). Prawie trzy czwarte badanych ($n = 409$; 69,56), wskazywała na duże wsparcie ze strony męża/partnera w trudnej sytuacji, jedna czwarta respondentek ($n = 150$; $n = 25,51\%$) deklarowała, że może liczyć na takie wsparcie ze strony najbliższej rodziny, ale nie jest ono wystarczające, pozostałe ankietowane ($n = 29$; 4,93%) odczuwały brak wsparcie ze strony najbliższych.

W kolejnej części prezentacji wyników badań dokonano analizy wpływu czynników socjodemograficznych na różnicowanie emocji u kobiet ciężarnych. Zmienną niezależną opisaną na skali przedziałowej stanowiły czynniki takie jak: wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, sytuacja finansowa oraz praca zawodowa. Za zmienną zależną przyjęto sumę punktów wskazujących na emocje negatywne uzyskanych z Kwestionariusza Emocji, a wyniki w postaci mediany, odchylenia standardowego, uzyskanej w badanej grupie minimalnej i maksymalnej liczby punktów przedstawiono w Tabeli nr 1.

Zaprezentowana w Tabeli nr 1 analiza statystyczna z użyciem testu Kruskala-Wallisa wykazała istotne statystycznie różnice w zakresie zmiennych tj. wiek,

wykształcenie, sytuacja finansowa oraz stan cywilny jednocześnie dowodząc, że mają one wpływ na poziom negatywnych emocji podczas ciąży. Analiza pozostałych zmiennych nie wykazała istotnie statystycznych różnic. Natomiast grupę badanych kobiet z najwyższym poziomem średniej odnośnie emocji negatywnych stanowiły panny ($M = 45,5$), kobiety posiadające wykształcenie podstawowe ($M = 65$), mieszkanki wsi ($M = 45$), respondentki nie pracujące zawodowo ($M = 47\%$) oraz badane w przedziale wiekowym od 18 do 25 lat ($M = 45$).

Stan emocjonalny badanych kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży oceniono Skalą Nastroju Ogólnego. W Tabeli 2 i Tabeli 3 przedstawiono analizę statystyczną wyników badań wskazujący na nastrój o pozytywnym i negatywnym zabarwieniu deklarowany przez badane kobiety w poszczególnych trymestrach ciąży.

Analiza statystyczna testem Kruskala-Wallisa nie wykazała istotnie statystycznej różnicy w ocenia nastroju kobiet w zależności od trymestru ciąży. Nieznacznie wyższe nasilenie średniego poziomu nastroju pozytywnego obserwowany jest u kobiet w trzecim trymestrze ciąży ($M = 17$).

Tabela 2. Nastrój pozytywny deklarowany przez kobiety ciężarne w poszczególnych trymestrach ciąży

Trymestr ciąży	N	SD	Min	Max	Q25	M	Q75
Pierwszy (1-12 tygodni ciąży)	49	5.469	5	25	11.00	15.00	20.00
Drugi (13-27 tygodni ciąży)	286	5.069	5	25	13.00	16.00	20.00
Trzeci (28 i więcej tygodni ciąży)	253	5.117	5	25	13.00	17.00	20.00
Razem	588	5.129	5	25	–	–	–
Wynik testu Kruskala-Wallisa			H = 1.226; p = 0.5418				

N- liczba badanych; SD – odchylenie standardowe; Min – Minimum; Max – Maksimum; Q25 – górny kwartył; M – mediana; Q75 – dolny kwartył; H – wynik testu; p – poziom istotności

Tabela 3. Nastrój negatywny deklarowany przez kobiety ciężarne w poszczególnych trymestrach ciąży

Trymestr ciąży	N	SD	Min	Max	Q25	M	Q75
Pierwszy (1-12 tygodni ciąży)	49	5.948	5	25	5.00	11.00	15.00
Drugi (13-27 tygodni ciąży)	286	4.983	5	25	6.00	10.00	15.00
Trzeci (28 i więcej tygodni ciąży)	253	5.101	5	25	6.00	10.00	15.00
Razem	588	5.116	5	25	–	–	–
Wynik testu Kruskala-Wallisa			H = 2.486; p = 0.2885				

N- liczba badanych; SD – odchylenie standardowe; Min – Minimum; Max – Maksimum; Q25 – górny kwartył; M – mediana; Q75 – dolny kwartył; H – wynik testu; p – poziom istotności

Analiza nastroju o zabarwieniu negatywnym uzyskana przy pomocy Skali Nastroju Ogólnego od respondentek będących w różnych trymestrach ciąży, nie wskazuje na istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami ($p > 0,05$). Największy średni poziom nasilenie nastroju negatywnego występował wśród kobiet będących w pierwszym trymestrze ciąży ($M = 11$) (Tab.3).

Do oceny wpływu odczuwanego wsparcia przez badane kobiety na ich emocje zastosowano analizę wariancji. Zmienną niezależną opisaną na skali przedziałowej stanowiły kobiety z różnym poziomem wsparcia ze strony osoby bliskiej. Pierwszą grupę stanowiły kobiety, które twierdziły, że miały ogromne wsparcie ze strony osoby bliskiej/partnera, drugą grupę stanowiły kobiety mające wsparcie, jednak w ich opinii nie jest ono niewystarczające, trzecią grupę stanowiły kobiety, które wskazały, że nie mają

wsparcia ze strony osób bliskich, do czwartej grupy zakwalifikowano kobiety, które twierdziły, że nie mają wsparcia, ale dobrze radzą sobie same. Za zmienną zależną przyjęto sumę punktów uzyskanych z Kwestionariusza Emocji określający nastrój pozytywny i negatywny (Tab. 4 i Tab. 5).

Odczuwane przez badane kobiety zakres wsparcia ze strony partnera/osób bliskim w stopniu istotnym wpływał na odczuwanie pozytywnych emocji. Analiza statystyczna wykazała istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami ($p < 0,001$) podzielonymi w zależności od uzyskanego wsparcia. Największy średni poziom nasilenie emocji pozytywnych było wśród kobiet, które miały ogromne wsparcie ze strony partnera/osoby bliskiej ($M = 41$), natomiast najniższe wyniki uzyskały te kobiety, które nie miały żadnego wsparcia ze strony osób bliskich ($M = 29$) (Tab. 4).

Tabela 4. Emocje pozytywne a odczuwane wsparcie podczas ciąży

Odczuwane wsparcie podczas ciąży	N	SD	Min	Max	Q25	M	Q75
Mam ogromne wsparcie ze strony partnera/osoby bliskiej	409	7.682	8	56	35.00	41.00	46.00
Mam wsparcie, ale czuję, że jest niewystarczające	150	7.649	13	55	29.00	34.00	37.00
Nie mam wsparcia ze strony osób bliskich	13	11.781	14	51	22.00	29.00	37.50
Nie mam wsparcia, ale dobrze radzę sobie sama	16	9.501	22	53	28.50	33.00	39.50
Razem	588	8.441	8	56	32.00	38.00	45.00
Wynik testu Kruskala-Wallis			H = 85.127; p < 0.001				

N- liczba badanych; SD - odchylenie standardowe; Min - Minimum; Max - Maksimum; Q25 - górny kwartył; M - mediana; Q75 - dolny kwartył; H - wynik testu; p - poziom istotności

Tabela 5. Emocje negatywne a odczuwane wsparcie podczas ciąży

Odczuwane wsparcie podczas ciąży	N	SD	Min	Max	Q25	M	Q75
Mam ogromne wsparcie ze strony partnera/osoby bliskiej	409	15.084	16	96	30.00	39.00	50.00
Mam wsparcie, ale czuję, że jest niewystarczające	150	16.958	16	100	40.00	51.00	65.00
Nie mam wsparcia ze strony osób bliskich	13	18.787	27	84	42.00	58.00	72.50
Nie mam wsparcia, ale dobrze radzę sobie sama	16	19.759	16	91	32.00	39.00	58.50
Razem	588	16.766	16	100	32.00	42.00	55.00
Wynik testu Kruskala-Wallis			H = 66.790; p < 0.001				

N- liczba badanych; SD - odchylenie standardowe; Min - Minimum; Max - Maksimum; Q25 - górny kwartył; M - mediana; Q75 - dolny kwartył; H - wynik testu; p - poziom istotności

Natomiast największy średni poziom nasilenie emocji negatywnych był wśród kobiet, które odczuwały brak wsparcia ze strony osób bliskich ($M = 58$). Wysoki wynik średniej miały też kobiety, których wsparcie ze strony bliskich było niewystarczające ($M = 51$). Zaś małe nasilenie emocji negatywnych stwierdzono u badanych, które deklarowały, że dobrze radzą sobie same ($M = 39$), jak i te które mają duże wsparcie partnera/osób bliskich ($M = 39$) (Tab. 5)

Wpływ niepowodzeń położniczych w poprzednich ciążach (poronienia, poród martwego płodu) na różnicowanie emocji w obecnej ciąży u respondentek przedstawiono w Tabelach 6 i 7. Badane kobiety podzielono na cztery grupy ze względu na liczbę niepowodzeń położniczych. Pierwszą grupę stanowiły kobiety, które nie były w ciąży lub nie było u nich straty ciąży, drugą grupę stanowiły respondentki z jednym niepowodzeniem położniczym, trzecia grupa to badane, które straciły ciążę dwukrotnie, a czwartą grupę stanowiły kobiety, które odpowiedziały, że,

straciły ciążę 3 i więcej razy. Za zmienną zależną przyjęto sumę punktów nastrojów pozytywnych i negatywnych uzyskanych z Kwestionariusza Emocji.

W grupach kobiet o różnej liczbie niepowodzeń położniczych w poprzednich ciążach analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w odczuwaniu emocji pozytywnych podczas obecnej ciąży. Największe nasilenie emocji o zabarwieniu pozytywnym zaobserwowano wśród kobiet, które utraciły jedną ciążę ($M = 40$), zaś u badanych, które były w pierwszej ciąży lub nie miały niepowodzeń położniczych wskaźnik nasilenia emocji pozytywnych był nieco niższy ($M = 38$) (Tab. 7).

Negatywne emocje, jakie towarzyszyły badanym kobietom podczas ciąży nie były uzależnione w stopniu istotnie statystycznym od liczby niepowodzeń położniczych. Największe nasilenie emocji negatywnych zaobserwowano w grupie kobiet, które utraciły ciążę 3 i więcej razy ($M = 70$), zaś zdecydowanie mniej emocji negatywnych stwierdzono w pozostałych grupach badanych.

Tabela 6. Emocje pozytywne wyszczególnione na podstawie strat w ciąży

Strata ciąży	N	SD	Min	Max	Q25	M	Q75
Nie	445	8.332	8	56	32.00	38.00	44.00
Tak, 1 raz	112	8.602	17	56	34.00	40.00	47.00
Tak, 2 razy	23	8.796	21	53	33.00	37.00	45.00
Tak, 3 i więcej razy	8	11.134	19	48	28.50	36.50	48.00
Razem	588	8.441	8	56	32.00	38.00	45.00

Wynik testu Kruskala-Wallis $H = 3.672; p < 0.299$

N- liczba badanych; SD - odchylenie standardowe; Min - Minimum; Max - Maksimum; Q25 - górny kwartyl; M - mediana; Q75 - dolny kwartyl; H - wynik testu; p - poziom istotności

Table 7. Emocje negatywne wyszczególnione na podstawie strat w ciąży

Strata ciąży	N	SD	Min	Max	Q25	M	Q75
Nie	445	16.568	6	100	32.00	42.00	56.00
Tak, 1 raz	112	16.290	6	94	30.50	40.00	51.00
Tak, 2 razy	23	18.304	9	80	30.00	44.00	56.00
Tak, 3 i więcej razy	8	23.856	1	84	34.50	70.50	81.50
Razem	588	16.766	6	100	32.00	42.00	55.00

Wynik testu Kruskala-Wallis $H = 4.4194; p = 0.2196$

N - number of subjects; SD - standard deviation; Min - Minimum; Max - Maximum; Q25 - upper quartile; M - median; Q75 - lower quartile; H - test result; p - significance level

3. Dyskusja

Stan emocjonalny kobiety podczas ciąży ma istotny wpływ na jej przebieg. Jest on kształtowany przez czynniki fizyczne, społeczne i psychologiczne. Można by postawić tezę, że dbanie o pozytywny nastrój i pozytywny stan emocjonalny kobiet ciężarnych ma wpływ na zapobieganie powikłaniom w przebiegu ciąży. Z analizy badań przeprowadzonych przez Cai, Busch, Wang i in. (2022) i Andhavarapu, Orwa, Temmerman i in. (2021) wynika, że czynniki wywołujące stres podczas ciąży objawiające się wzmożonym niepokojem, lękiem korelują z występowaniem takich powikłań w ciąży, jak: poród przedwczesny, depresja w ciąży lub po porodzie, gorszy rozwój psychofizyczny dziecka. Do podobnych wniosków doszli Grigoriadis, Graves, Peer i in. (2018), którzy oprócz wyżej wymienionych powikłań zaobserwowali niską masę urodzeniową płodu.

W związku z tym autorzy niniejszych badań podjęli próbę określenia poziomu nastroju oraz emocji, występujących u kobiet ciężarnych, w zależności od wpływu wybranych czynników, takich jak: czas trwania ciąży, straty poprzednich ciąż, wsparcie ze strony partnera/bliskich, czy określonych czynników społeczno-demograficznych. W przeprowadzonych badaniach własnych najczęściej odczuwanymi przez respondentki emocjami o zabarwieniu pozytywnym były: radość ($n = 227$; 38,61%), poczucie bezpieczeństwa (179; 30,44%) oraz optymizm ($n = 170$; 28,91%), zaś negatywne emocje, jakie towarzyszyły ciężarnym kobietom to niepokój ($n = 286$; 48,63%) oraz zmartwienie ($n = 274$; 46,59%). Podobne badania wśród ciężarnych były prowadzone w Szwecji przez Zheng, Naurin, Markstedt i in. (2022). Wyniki tych badań wskazują, że ciąża wywołuje przede wszystkim pozytywne emocje, takie jak: radość, poczucie bezpieczeństwa i siły, ale też jest w dużym stopniu powodem do zmartwień, lecz rzadko bywa przyczyną złości czy też wstydu.

W dostępnej literaturze przedmiotu (Alves, Ceccati, Souza, 2021; Postępska i in., 2023; Andhavarapu i in., 2021; Kanadys, Tyrańska, Lewicka i in., 2018; McLeod, Ebeling, Baatz i in., 2021) istnieje wiele doniesień oceniających wpływ czynników socjo-demograficznych na kształtowanie nastroju oraz wywoływanie określonych emocji u ciężarnej.

Analizując badania własne stwierdzono, że wyższym poziomem emocji negatywnych charakteryzowały się kobiety w młodym wieku (18-25 lat), niezamężne, posiadające podstawowe/zawodowe wykształcenie. Wpływ miało również miejsce zamieszkiwania oraz niski status materialny. Związek pomiędzy niskimi statusem społecznym, a wysokim wskaźnikiem wyrażania emocji negatywnych zaprezentowano w analizie badań Lamgretse van den Berg, Lucassen, Kuipers-Nap (2013). W tej samej pracy wykazano, iż młodsze matki były wobec siebie bardziej krytyczne, z kolei starsze kobiety były bardziej zaangażowane emocjonalnie w zakresie wzajemnej pomocy, co generowało u nich pozytywne emocje. Podobnie uzyskane wyniki własnych badań pokazały, że kobiety między 36 rokiem życia a 40 rokiem życia charakteryzował najwyższy poziom emocji pozytywnych. Wysoką medianę osiągnęły również badane zamężne ($M = 96$) oraz panny ($M = 100$), zaś u kobiet po rozwodzie średni poziom emocji pozytywnych był niski ($M = 66$).

W badaniach własnych porównano nastrój pozytywny i negatywny w różnych trymestrach ciąży. Analiza statystyczna nie wykazała istotnie statystycznej różnicy w ocenie nastroju pozytywnego, jak i negatywnego przez kobiety w poszczególnych trymestrach ciąży. Jednak stwierdzono, że największe nasilenie średniego poziomu nastroju negatywnego występuje wśród kobiet w pierwszym trymestrze ciąży ($M = 11$), zaś nastrój pozytywny miał tylko nieznacznie wyższe nasilenie wśród respondentek w trzecim trymestrze ciąży ($M = 17$) w porównaniu do pozostałych badanych. Podobnie zróżnicowano to w badaniach Alderdice, Lynn, Lobel (2012), gdzie kobiety w pierwszym trymestrze ciąży częściej wskazywały emocje negatywne, takie jak: szok, lęk, depresja, związane one były najczęściej z niepokojem o utratę ciąży. Wraz ze wzrostem zaawansowania ciąży u części badanych pojawiała się frustracja, niepewność, poczucie winy. W tych badaniach autorzy również oceniali rodzaj wsparcia udzielanego kobietom. Wyniki badań sugerują, że otrzymywane wsparcie było znikome, a wiele z badanych spotkała się z negatywnym osądem ze strony osób bliskim i personelu medycznego. Respondentki twierdziły, że były zestresowane sytuacjami wynikającymi z życia codziennego. Kobiety czuły się stygmatyzowane,

niezrozumiane i wskazywały brak wsparcia ze strony otoczenia. Inne wyniki uzyskano w badaniach własnych, gdzie zdecydowana większość respondentek wskazała, iż ma ogromne wsparcie ze strony bliskich podczas ciąży ($n = 409$; 69,56%), co przekładało się to na wysoki poziom ich emocji pozytywnych. Natomiast kobiety, które nie miały wsparcia lub czuły, że jest ono niewystarczające cechowały się podwyższonym poziomem emocji negatywnych. Z przeprowadzonych badań wynika istotna statystycznie różnica w doświadczaniu emocji pozytywnych, jak i negatywnych w zależności od otrzymanego wsparcia. Z kolei opierając się na badaniach Lahdepuro, Lahti-Pulkinen, Tuovinen i in. (2020) ciężarne mające wyższy poziom emocji pozytywnych w trakcie ciąży oraz wsparcie społeczne, odznaczały się niższym ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychicznych. Wsparcie partnera koreluje również z pozytywnymi odczuciami kobiety w czasie ciąży, chroni przed rozwojem zaburzeń psychicznych zwłaszcza u kobiet z podwyższonym ryzykiem depresji. Wsparcie społeczne kobiet ciężarnych zwiększa ich odporność na stres i zmniejsza częstość występowania powikłań z nim związanych (Alves i in. 2021; Al-Mutawtah, Campbell, Kubis, Erjavec, 2023).

Kolejnym elementem analizowanym w pracy była reakcja emocjonalna kobiet po stracie ciąży. Badania Fernandez-Basanta i in., (2023) wykazały, że poronienie czy poród martwego płodu jest sytuacją traumatyczną, powodującą u niektórych kobiety po stracie dziecka, ostrożne podejście do kolejnej ciąży: stale monitorują stan płodu, starają się wyeliminować wszelkie ryzykowne zachowania. Inni autorzy zbadali, że nasilenie emocji negatywnych po stracie ciąży było większe w grupie kobiet, które nie miały wsparcia społecznego, miały trudności w związku oraz nie posiadały dzieci, a szczególnie u kobiet po przerwaniu ciąży z powodu wad płodu (Dembińska, Wichary, 2016; Battulga, Benjamin, Chen i in., 2021; Lamgretse van den Berg i in. 2013; Paz, Otaño, Gadov i in., 1992). Z kolei w badaniach przeprowadzonych przez Shen, Zhong, Wang i in. (2024) stwierdzono wzrost zaburzeń psychicznych u pacjentek po utracie ciąży. Ryzyko zaburzeń psychicznych u kobiet wzrasta istotnie po stracie dwóch lub więcej ciąż. Badania prowadzone przez Paz i in. (1992) wykazały, że wy-

stąpienie takich wad rozwojowych jak: bezmózgowie, zespół Downa, wady rozwojowe mnogie, rozszczep kręgosłupa, wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego, niska masa urodzeniowa czy stopa końsko-szpotawa są związane z wcześniejszą utratą dziecka i powinny być brane pod uwagę przy ocenie ryzyka wad w kolejnej ciąży. Analizując wyniki badań przeprowadzonych w Szkocji przez Bhattacharya, Townend, Shetty i in. (2008) stwierdzono wyższe ryzyko wystąpienia stanu przedrzucawkowego, zagrażającego poronienia, porodu przedwczesnego oraz krwotoku poporodowego u kobiet, które utraciły wcześniej ciążę. W badaniach własnych poddano ocenie wpływ utraty ciąży na stan emocjonalny respondentek. W grupie badanej najwyższym poziomem emocji pozytywnych cechowały się kobiety, które utraciły ciążę jednokrotnie. Najwyższym poziomem emocji negatywnych odznaczała się grupa kobiet, które utraciły ciążę (poroniły) 3 lub więcej razy.

Na przestrzeni lat w wielu badaniach starano się zidentyfikować czynniki, które zmniejszają poziom stresu oraz czynniki warunkujące dobre samopoczucie kobiet ciężarnych (Agostini i in., 2015; Fisher i in., 2013; McNamara i in., 2019; Verreault i in., 2014; Savory, Hannigan, Sanders, 2022; Noval-Eyal i in., 2023). Analizując literaturę przedmiotu można wnioskować, że niezależnie od liczby stresorów występujących podczas ciąży, bardzo ważną rolę ochronną pełni więź matczyno-płodowa, co warunkuje dobre samopoczucie matki. Badania wskazują, że im silniejsza więź matki z dzieckiem prenatalnym, tym mniej objawów lęku i depresji zgłaszanych i obserwowanych w czasie ciąży i po porodzie (Goetze, Voigt, Faschingbauer i in., 2012; Matthies, Müller, Doster, Sohn i in., 2020; Petri, Palagini, Bacci i in., 2017, Noval-Eyal i in, 2023). Teoretycznie zakładając, że więź matki z dzieckiem prenatalnym może mieć dla niej właściwości ochronne przed stresem, pozwala inaczej spojrzeć na diadę matka-dziecko, która jest najczęściej postrzegana z perspektywy dobra dziecka. W praktyce tworzenie dobrej prenatalnej więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem, oprócz wielu innych korzyści, może pomóc ciężarnej radzić sobie ze stresem. Drugim istotnym czynnikiem mającym pozytywny wpływ na stan psychiczny kobiet ciężarnych są dobre relacje z partnerem/mężem oraz

wsparcie otrzymywane głównie ze strony rodziny. Należy również brać pod uwagę fakt, że ciężarne doświadczają stresu, który wynika z samej ciąży (Ibrahim, Lobel, 2020; Penner, Rutherford, 2022) i dotyczy fizycznych objawów ciąży, zmian w organizmie, zmian w relacjach międzyludzkich, zdrowia płodu lub matki, zbliżającego się porodu lub opieki nad dzieckiem (Alderdice i in. 2012; Ibrahim i in. 2020). W związku z tym kobietom w ciąży należy zaoferować indywidualną i holistyczną opiekę, diagnozując czynniki wyzwalające negatywne emocje i niwelując je przez wzmacnianie czynników pozytywnie wpływających na nastrój i emocje.

4. Ograniczenia badań

Po pierwsze, ograniczenia badań mogą wynikać z faktu, że badana grupa reprezentowała tylko wschodnią część Polski, a zatem może nie być reprezentatywna dla całej populacji kobiet w ciąży w Polsce. Drugie ograniczenie badania może wynikać z wygodnej metody doboru próby, polegającej na wyborze uczestników ze względu na ich dogodną dostępność i bliskość. Co nie pozwala na uogólnienie wyników badań. Wyniki naszego badania wskazują na potrzebę dalszych poszukiwań w tym obszarze.

Bibliografia

- Agostini, F., Neri, E., Salvatori, P., Dellabartola, S., Bozicevic, L., Monti, F. (2015). Antenatal depressive symptoms associated with specific life events and sources of social support among Italian women. *Maternal and Child Health Journal*, 19(5), 1131-1141. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1613-x>
- Alderdice, F., Lynn, F., Lobel, M. (2012). A review and psychometric evaluation of pregnancy-specific stress measures. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(2), 62-77. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.673040>
- Al-Mutawtah, M., Campbell, E., Kubis, H.P., Erjavec, M. (2023). Women's experiences of social support during pregnancy: a qualitative systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1):782. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06089-0>
- Alves, A.C., Cecatti, J.G., Souza, R.T. (2021). Resilience and stress during pregnancy: a comprehensive multidimensional approach in maternal and perinatal health. *The Scientific World Journal*, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2021/9512854>

5. Wnioski

1. Zaawansowanie ciąży nie różnicuje w sposób istotny nastroju kobiet, jednakże obserwowane jest niewielkie podwyższenie poziomu nastroju pozytywnego w III trymestrze ciąży oraz wyższe natężenie nastroju negatywnego w I trymestrze ciąży.
2. Wyższe natężenie emocji negatywnych dotyczy kobiet o niskim statusie materialnym, mniej wykształconych, które nie ukończyły 25 roku życia oraz zamieszkałych na wsi.
3. Wsparcie ze strony partnera/osoby bliskiej ma istotny wpływ na odczuwane i wyrażane emocje podczas ciąży. Emocje negatywne u ciężarnych generowane są głównie u kobiet, które straciły troje lub więcej dzieci, na skutek poronienia, porodu przedwczesnego, czy też porodu martwego dziecka.
4. Zasadne wydaje się prowadzenie dalszych badań, mających na celu identyfikację czynników stresogennych u kobiet w ciąży, co pozwoli na zindywidualizowanie profesjonalnej opieki nad tą grupą kobiet.

- Andhavarapu, M., Orwa, J., Temmerman, M., Musana, J.W. (2021). Maternal sociodemographic factors and antenatal stress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6812. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136812>
- Arnal-Remón, B., Moreno-Rosset, C., Ramírez-Uclés, I., Antequera-Jurado, R. (2015). Assessing depression, anxiety and couple psychological well-being in pregnancy: A preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(2), 128-139. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.986648>
- Battulga, B., Benjamin, M.R., Chen, H., Bat-Enkh, E. (2021). The Impact of Social Support and Pregnancy on Subjective Well-Being: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.710858>
- Bhattacharya, S., Townend, J., Shetty, A., Campbell D. (2008). Does miscarriage in an initial pregnancy lead to adverse obstetric and perinatal outcomes in the next continuing pregnancy? *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(13), 1623-9. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01943.x>

- Cai, C., Busch, S., Wang, R., Sivak, A., Devenport, M.H. (2022). Physical activity before and during pregnancy and maternal mental health: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Affective Disorders*, 15(309), 393-403. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.143>
- Carpinelli, L., Savarese, G. (2022). Negative/Positive Emotions, Perceived Self-Efficacy and Transition to Motherhood during Pregnancy: A Monitoring Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 15818. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315818>
- Dembińska, A., Wichary, E. (2016). Wybrane psychospołeczne korelaty lęku przedporodowego – znaczenie dla praktyki położniczej. *Sztuka Leczenia*, 1, 43-54.
- Fernandez-Basanta, S., Dahl-Cortizo, C., Coronado, C., Movilla-Fernández, M.J. (2023). Pregnancy after perinatal loss: A meta-ethnography from a women's perspective. *Midwifery*, 124, 103762. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103762>
- Fisher, J., Tran, T., Duc Tran, T., Dwyer, T., Nguyen, T., Casey, G.J., Simpson, J.A., Hanieh, S., Biggs, B.A. (2013). Prevalence and risk factors for symptoms of common mental disorders in early and late pregnancy in Vietnamese women: A prospective population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 146(2), 213-219. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.09.007>
- Goecke, T.W., Voigt, F., Faschingbauer, F., Spangler, G., Beckmann, M.W., Beetz, A. (2012). The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(2), 309-316. <https://doi.org/10.1007/s00404-012-2286-6>
- Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Vigod, S.N., Dennis, C.L., Steiner, M., Brown, C., Cheung, A., Dawson, H., Rector, N.A., Guenette, M., Richter, M. (2018). Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association With Adverse Perinatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 79(5), 17r12011. <https://doi.org/10.4088/JCP.17r12011>
- Ibrahim, S.M., Lobel, M. (2020). Conceptualization, measurement, and effects of pregnancy-specific stress: Review of research using the original and revised prenatal distress questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(1), 16-33. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00068-7>
- Kaczmarek, A., Curyło-Sikora, P. (2016). Problematyka stresu – przegląd koncepcji. *Hygeia Public Health*, 51(4), 317-321.
- Kanadys, K., Tyrańska, I., Lewicka, M., Sulima, M., Bucholc, M., Wiktor, H. (2018). Analiza poziomu stresu ciężarnych z zagrażającym porodem przedwczesnym zależnie od czynników socjodemograficznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 24(2), 133-137. <https://doi.org/10.26444/monz/92144>
- Lahdepuro, A., Lahti-Pulkinen, M., Tuovinen, S., Tuovinen, S., Girchenko, P., Lahti, J., Heinonen, K., Sammallahti, S., Wolford, E., Laivuori, H., Kajantie, E., Kumpulainen, S., Rantalainen, V., Pyhala, R., Robinson, R., Raikkonen, K. (2020). The association between maternal positive emotions and social support during pregnancy and mental disorders and their subclinical symptoms in children. *Psychoneuroendocrinology*, 119. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104972>
- Lamgretse van den Berg, M.P., Lucassen, N., Kuipers-Nap, M. (2013). Assessing expressed emotion during pregnancy. *Psychiatry Research*, 205(3), 285-288. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.08.037>
- Matthies, L.M., Müller, M., Doster, A., Sohn, C., Wallwiener, M., Reck, C., Wallwiener, S. (2020). Maternal-fetal attachment protects against postpartum anxiety: The mediating role of postpartum bonding and partnership satisfaction. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301(1), 107-117. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05402-7>
- McLeod, C., Ebeling, M., Baatz, J., Shary, J.R., Mulligan, J.R., Wagner, C.L. (2021). Sociodemographic factors affecting perceived stress during pregnancy and the association with immune-mediator concentrations. *Journal of Perinatal Medicine*, 50(2), 192-199. <https://doi.org/10.1515/jpm-2021-0227>
- McNamara, J., Townsend, M.L., Herbert, J.S., Hill, B. (2019). A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *PLoS One*, 14(7), e0220032. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220032>
- Navon-Eyal, M., Taubman-Ben-Ari, O. (2023). Psychological Well-being during Pregnancy: The Contribution of Stress Factors and Maternal-Fetal Bonding. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 9, 1-15. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2222143>
- Paz, J.E., Otaño, L., Gadwo, E.C., Castilla, E.E. (1992). Previous miscarriage and stillbirth as risk factors for other unfavourable outcomes in the next pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 99(10), 808-12. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1992.tb14411.x>
- Penner, F., Rutherford, H.J. V. (2022). Emotion regulation during pregnancy: a call to action for increased research, screening, and intervention. *Archives of Women's Mental Health*, 25(2), 527-531. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01204-0>
- Petri, E., Palagini, L., Bacci, O., Borri, C., Teristi, V., Corezzi, C., Faraoni, S., Antonelli, P., Cargioli, C., Banti, S., Perugi, G., Mauri, M. (2017). Maternal-foetal attachment independently predicts the quality of maternal-infant bonding and post-partum psychopathology. *The Journal of Maternal Fetal Neonatal Medicine*, 31(23), 3153-3159. <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1365130>
- Postępska, W., Kanadys, K.M., Kęsik J.J., Ślizień-Kuczapska, E., Pilewska-Kozak, A.B. (2023). The level of stress in pregnant women during hospitalization in the Pregnancy Pathology department. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 55(3), 1-9. <https://doi.org/10.34766/fetr.v55i3.1206>
- Savory, N.A., Hannigan, B., Sanders, J. (2022). Women's experience of mild to moderate mental health problems during pregnancy, and barriers to receiving support. *Midwifery*, 108, 103276. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103276>
- Shen, Q., Zhong, W., Wang, X., Fu, Q., Mao, C. (2024). Associations between pregnancy loss and common mental disorders in women: a large prospective cohort study. *Frontiers in Psychiatry, Perinatal Psychiatry*, 8(15). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1326894>
- Szczygieł, D. (2014). Regulacja emocji a dobrostan. Konsekwencje wyprzedzającej i korygującej regulacji emocji. (W:) R. Derbis, Ł. Baka (red.), *Oblicza jakości życia*, 191-205, Częstochowa: Wydawnictwo Akademii im. Jana Długosza.
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Dritsa, M., & Khalife, S. (2014). Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 35(3), 84-91. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.947953>
- Wojciszke, B., Baryła, W. (2004). Skale do pomiarów nastrojów i emocji. *Czasopismo Psychologiczne*, 11(1), 31-47.
- Yildiz, P.D., Ayers, S., Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 208, 634-645. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>
- Zheng, L., Naurin, E., Markstedt, E., Olander, P., Linden, K., Sengpiel, V., Stolle D., Elden H. (2022). Affiliations expand expectant parents' emotions evoked by pregnancy: A longitudinal dyadic analysis of couples in the Swedish Pregnancy Panel. *Social Science & Medicine*, 312. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115362>