

Michalina Iłska

Rola zasobów indywidualnych i relacyjnych w budowaniu dobrostanu kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka

STRESZCZENIE

Słowa kluczowe: ciąża prawidłowa, ciąża wysokiego ryzyka, dobrostan psychiczny, zasoby indywidualne i relacyjne, *ego-resiliency*, otrzymywane wsparcie partnera, postawy prenatalne wobec macierzyństwa i ciąży, niepokój prenatalny

Głównym celem przeprowadzonych badań było pogłębienie wiedzy na temat znaczenia zasobów indywidualnych i relacyjnych w kształtowaniu dobrostanu psychicznego kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka. Postawiono trzy główne pytania badawcze: (1) o różnice pomiędzy kobietami w ciąży prawidłowej i ciąży wysokiego ryzyka pod względem dobrostanu psychicznego i innych wybranych zmiennych, (2) o istotne predyktory dobrostanu psychicznego kobiet w ciąży oraz (3) o mechanizmy pośredniczące - uwzględniające zależności mediacyjne i moderacyjne - pomocne w osiągnięciu dobrostanu psychicznego w ujęciu eudajmonistycznym, w jego sześciu wymiarach wyróżnionych przez Ryff (1989). Te wymiary dobrostanu to: autonomia, cel życiowy, rozwój osobisty, akceptacja siebie, panowanie nad środowiskiem i pozytywne relacje z innymi. Do czynników ryzyka obniżających poziom dobrostanu zaliczono: niepokój prenatalny oraz postawy prenatalne wobec macierzyństwa i ciąży, zaś do czynników ochronnych podwyższających poziom dobrostanu: *ego-resiliency* jako cechę osobowości będącą zasobem osobistym oraz otrzymywane wsparcie od partnera jako źródło zasobu wynikające z bliskiego związku partnerskiego.

Badania przeprowadzono w grupie 239 kobiet, obejmującej 121 kobiet w ciąży prawidłowej i 118 kobiet w ciąży wysokiego ryzyka hospitalizowanych na oddziale patologii ciąży z powodu występowania czynników ryzyka (matczynek i/lub płodowych). W badaniach wykorzystano następujące narzędzia pomiaru: Skalę Dobrostanu Psychologicznego - PWB (Ryff i Keyes, 1995, polska adaptacja Krok, 2009), Skalę *Ego-Resiliency* ER89-R12 (Block i Kremen, 1996, polska adaptacja Kołodziej-Zaleska i Przybyła-Basista, 2018), Skalę Oceny Wsparcia w Bliskich Związkach SIRRS-R (Barry, Bunde, Brock i Lawrence, 2009, polska adaptacja Iłska i Przybyła-Basista, 2016), Kwestionariusz Postaw wobec Macierzyństwa i Ciąży PRE-MAMA (Kumar, Robson & Smith, 1984, polska adaptacja Iłska i Przybyła-Basista, 2014) oraz zmodyfikowaną wersję *Prenatal Distress Questionnaire* PDQ-R (Lobel, Cannella,

Graham, DeVincent, Schneider i Meyer, 2008; Skala Niepokoju Prenatalnego NP, Ilska i Przybyła-Basista, 2018).

Na większość postawionych pytań badawczych udało się udzielić satysfakcjonujących odpowiedzi. Do najistotniejszych ustaleń należy zaliczyć: (a) wykazanie braku różnic w poziomie dobrostanu psychicznego pomiędzy kobietami w ciąży prawidłowej i ciąży ryzyka, choć zaznaczyły się pewne różnice w mechanizmach osiągania dobrostanu przez te dwie grupy kobiet; (b) potwierdzono negatywną rolę czynników ryzyka obniżających dobrostan psychiczny kobiet w ciąży, tj: niepokoju prenatalnego i lękowych postaw wobec macierzyństwa i ciąży (c) potwierdzono ochronną rolę zasobów osobistych (*ego-resiliency*) oraz zasobów, których źródłem jest bliski związek (wsparcie otrzymywane od partnera) jako czynników generalnie oddziałujących dodatnio na dobrostan psychiczny kobiet w ciąży; (d) *ego-resiliency* pełniło rolę zdecydowanie silniejszego mediatora dla zależności pomiędzy niepokojem prenatalnym a dobrostanem psychicznym ciężarnych oraz dla zależności pomiędzy postawami prenatalnymi wobec macierzyństwa i ciąży a dobrostanem psychicznym, w porównaniu z otrzymywanym wsparciem partnera (słabszy mediator); (e) *ego-resiliency* pełniło rolę jedyne istotnego mediatora, szczególnie istotnego dla kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, dla zależności pomiędzy lękowymi postawami prenatalnymi wobec macierzyństwa i ciąży a takimi wymiarami dobrostanu jak: akceptacja siebie, panowanie nad środowiskiem, pozytywne relacje z innymi. Ponadto, w pracy znajduje się szereg innych bardziej szczegółowych ustaleń.

Wyniki badań z jednej strony korespondują z dotychczasowymi analizami podkreślającymi czynniki ryzyka obniżające dobrostan kobiet w ciąży. Z drugiej strony są źródłem nowej wiedzy na temat znaczenia cech indywidualnych jednostki, przede wszystkim *ego-resiliency*, a także wsparcia partnera jako czynników ochronnych dla zdrowia psychicznego ciężarnych. I co ważne, rezultaty badań pozwalają na analizę różnic w mechanizmach osiągania dobrostanu psychicznego przez kobiety w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka. Warto dodać, że niewiele było badań empirycznych przeprowadzonych w grupie kobiet w ciężarnych nad definiowanym pozytywnie dobrostanem psychicznym (odnoszącym się czerpania zadowolenia z realizacji ważnych zadań egzystencjalnych, życia nastawionego na realizację wartościowych celów oraz poczucia własnego rozwoju), zdecydowana większość badań nastawiona była na analizy wiążące się z objawami utraty zdrowia i dobrostanu ciężarnych (lęk, depresje). W pracy poza dyskusją wyników zawarto też wnioski aplikacyjne sugerujące wykorzystanie wyników badań w praktyce psychologicznej i położniczej.

The role of individual and relational resources in forming women's well-being in low-risk and high-risk pregnancy

ABSTRACT

Key words: low-risk pregnancy, high-risk pregnancy, psychological well-being, individual and relational resources, ego-resiliency, received partner support, prenatal attitudes towards motherhood and pregnancy, prenatal anxiety

The main aim of the conducted research was to gain a better insight into the importance of individual and relational resources in forming women's psychological well-being in low-risk and high-risk pregnancy. Three main research questions were posed in relation to: (1) the differences between women with low-risk pregnancy and high-risk pregnancy in terms of psychological well-being and other selected variables, (2) the significant predictors of pregnant women's psychological well-being, and (3) the indirect mechanisms – including the mediating and moderating variables – that aid the achievement of psychological well-being in eudaimonistic terms, within the six dimensions distinguished by Ryff (1989). These dimensions of well-being are: autonomy, purpose in life, personal growth, self-acceptance, environmental mastery, and positive relations with others. The risk factors lowering the level of well-being include prenatal anxiety and prenatal attitudes towards motherhood and pregnancy, while the protective factors increasing the level of well-being include ego-resiliency as a personality trait, which is a personal resource, and received partner support – a resource resulting from a close relationship.

The research was conducted with a group of 239 women, comprising 121 women with low-risk pregnancies and 118 high-risk pregnancy women who had been admitted to a pregnancy pathology unit due to risk factors (maternal and/ or foetal). The following measurement tools were used in the research: the Psychological Well-Being Scales PWB (Ryff & Keyes, 1995; Polish version Krok, 2009), the Ego-Resiliency Scale ER89-R12 (Block & Kremen, 1996; Polish version Kołodziej-Zaleska & Przybyła-Basista, 2018), the Support in Intimate Relationships Rating Scale SIRRS-R (Barry, Bunde, Brock & Lawrence, 2009; Polish version Ilska & Przybyła-Basista, 2016), the Attitudes towards Motherhood and Pregnancy Questionnaire PRE-MAMA (Kumar, Robson & Smith, 1984; Polish version Ilska & Przybyła-Basista, 2014), and a modified version of the Prenatal Distress Questionnaire PDQ-R (Lobel,

Cannella, Graham, DeVincent, Schneider & Meyer, 2008; Polish version, Ilska & Przybyła-Basista, 2018).

Satisfactory answers were provided for most of the research questions posed. The most important findings are as follows: (a) no differences were revealed in level of psychological well-being between women with low-risk pregnancies and those with high-risk pregnancies, although there were some differences in the mechanisms used by these two groups of women to achieve well-being; (b) the negative role of risk factors lowering the psychological well-being of pregnant women was confirmed, in terms of prenatal anxiety and worries about motherhood and pregnancy; (c) the protective role of personal resources (ego-resiliency) and resources stemming from close relationships (received partner support) were confirmed as factors generally having a positive effect on the psychological well-being of pregnant women; (d) ego-resiliency served as a much stronger mediator for the relationship between prenatal anxiety and the psychological well-being of pregnant women, and for the relationship between prenatal attitudes towards motherhood and pregnancy and psychological well-being, compared to received partner support (a weaker mediator); (e) ego-resiliency acted as the only important mediator (and especially important for women with high-risk pregnancies) for the relationship between anxious prenatal attitudes towards motherhood and pregnancy and dimensions of well-being such as self-acceptance, environmental mastery and positive relations with others. A number of further, more detailed findings are discussed in the doctoral thesis.

On the one hand, the results of the research correspond with the current literature which highlights the risk factors that lower the well-being of pregnant women. On the other hand, they constitute a source of new knowledge on the importance of both the personal characteristics of the individual – above all, ego-resiliency – and partner support as protective factors for the psychological health of pregnant women. Furthermore, the results of the research allow the analysis of the differences in the mechanisms used to achieve psychological well-being by women with low-risk and high-risk pregnancies. It is worth adding that few empirical studies have been carried out with groups of pregnant women on positive psychological well-being (referring to satisfaction with the realisation of important existential tasks, life focused on achieving valuable goals, and a sense of self-development); the vast majority of research has focused on analysing symptoms of loss of health and well-being in pregnant women (anxiety, depression). In addition to a discussion of the results, the thesis also includes conclusions suggesting the use of the research results in psychological and obstetric practice.

