

# Jan F. Terelak, Joanna Demkiewicz

---

## Nadzieja podstawowa w ujęciu Erika H. Eriksona a strategie radzenia sobie ze stresem okołoporodowym

---

Studia Psychologica nr 6, 13-35

---

2006

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

JAN F. TERELAK, JOANNA DEMKIEWICZ  
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

## NADZIEJA PODSTAWOWA W UJĘCIU ERIKA H. ERIKSONA A STRATEGIE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM OKOŁOPORODOWYM

Basic hope according to Erik H. Erikson  
and stress coping strategies among pregnant women

### Abstract

Conducted empiric research refer to a relationship between stress coping strategies regarding childbirth among women waiting for their first child and basic hope according to E. Erikson. In order to measure a level of hope Basic Hope Inventory constructed by J. Trzebiński and M. Zięba was used. A questioner *The Coping Orientations to Problems Experienced* constructed by C. S. Carvera, M. F. Scheiera, J. K. Weintrauba was used to measure stress coping strategies connected with the first pregnancy. The Material included 112 women pregnant for the first time. 56 women (10-25 week) were in the first period of pregnancy and 56 women were preparing for delivery (29-39 week). Results indicate that theoretic construct "Basic Hope" can be one of the factors, which explain womens' attitudes regarding motherhood. Strong hope influences behavior and emotions of women causing birth stress reduction and adequate identification with a new role the role of mother.

### 1. WPROWADZENIE

W otaczającym nas świecie, niezależnie od historii, kultury i położenia geograficznego, zjawiskami naturalnie wpisanymi w ludzką egzystencję są narodziny, rozwój, śmierć. Ciąża, która poprzedza pojawienie się nowego człowieka, wymaga przystosowania się rodziny do istotnych zmian, a zatem psychologicznie stanowi jedno ze źródeł stresu. W literaturze przedmiotu ujmowana jest nawet jako zdarzenie kryzysowe. Jednocześnie te dziewięć miesięcy oczekiwania może być dla matki lub rodziny okresem rozwoju osobistego, dopełnieniem dotychczasowego życia.

Istnieją badania, wskazujące na istnienie mechanizmu psychologicznego, ułatwiającego rozwojową odpowiedź na sytuację trudną. To poziom tzw. nadziei podstawowej, czyli ogólnego, wcześniej formującego się przeświadczenia o sensowności i przychylności otaczającej rzeczywistości. Siła tego przeświadczenia wpływa na sposób reakcji człowieka na pojawiające się trudności i wyzwania.

W ramach niniejszej pracy przedstawiono badania, których celem było stwierdzenie, czy poziom nadziei podstawowej wpływa na zachowania i emocje kobiet oczekujących narodzin pierwszego dziecka. Brak osobistego doświadczenia jest

właśnie istotą stresu okołoporodowego u pierworódek, zaś nadzieję podstawową można traktować jako jeden ze sposobów radzenia sobie ze stresem.

## 2. NADZIEJA PODSTAWOWA I JEJ FUNKCJA REGULACYJNA

Istnieniu nadziei nie sposób zaprzeczyć tak na gruncie osobistego doświadczenia jak również w ujęciu filozoficznym, a przede wszystkim psychologicznym. Jednakże, w tym ostatnim znaczeniu, nadzieja przedstawiana jest jako niezbyt jasny konstrukt teoretyczny, uwikłany w zdroworozsądkową aksjologię lub konotacje religijne.

### 2.1. STATUS TEORETYCZNY POJĘCIA „NADZIEJA PODSTAWOWA”

Przez psychologów traktowana jest ona jako emocja, związana z zaangażowaniem i radzeniem sobie z trudnościami życiowymi (Stefańska-Klar, 2002), lub jako oczekiwanie na spełnienie się własnych pragnień. Rzadko podejmowane są próby zdefiniowania jej w świetle innych zmiennych psychologicznych, np. optymizm lub pesymizm, depresja, rozpacz (Seligman, 1996).

Jednym z wyjątków jest dość szeroko opracowana przez C. R. Snydera teoria nadziei, opublikowana w książce *Handbook of Hope. Theory, Measures, and Applications* (Snyder, 2000). W ujęciu tego autora „nadzieja jest rodzajem myślenia skierowanego na cel, w którym posiadający nadzieję spostrzegają siebie jako zdolnych do osiągnięcia pożądanego celu przez wypracowanie dróg do niego, wraz z motywacją do zainicjowania i podtrzymania użyteczności obranych strategii” (Snyder, 2000, s. 25-26). Dwa kluczowe pojęcia związane z nadzieją to myślenie zorientowane na poszukiwanie różnych rozwiązań i myślenie zadaniowe (*pathways thinking; agency thinking*). Snyder i współpracownicy, podjęli próbę ustalenia genezy myślenia z nadzieją (*hopeful thinking*). Podkreślają przy tym znaczenie pozytywnego myślenia (przejście z *problem talk* do *solution talk*).

W znacznym stopniu zbliżone do koncepcji C. R. Snydera jest ujęcie nadziei przez Roberto Zavallonię. W książce *Psychologia nadziei* Zavalloni napisał, że „mieć nadzieję to znaczy dążyć ku lepszej przyszłości, w której nie istnieją cierpienia i zniewolenie teraźniejszości, wierzyć, że można doczekać takiej przyszłości, stworzyć ją poprzez działanie” (Zavalloni, 1999, s. 10).

W *Psychological Abstract* znacznie więcej jest badań nad „bliskoźnacznymi antonimami” nadziei jak np. bezradność wyuczona lub ewokowana sytuacyjnie (*helplessness*) (Garber, Seligman, 1980; Seligman, Elder, 1985; Snyder, 2000); spostrzegana bezsilność (*powerlessness*) (Stefańska-Klar, 1999), a także rozpacz, depresja jako skutki utraty nadziei (*hopelessness*) (Miller, Oertel, 1995; Snyder, 2000).

Interesujący dla psychologii stresu jest fakt, że zagadnieniem nadziei zajmowano się najczęściej dopiero w sytuacji jej utraty. Być może jest tak, że stanowi ona podstawowy mechanizm zaradczy w sytuacjach stresowych. Potwierdzają to różne koncepcje psychoterapeutyczne (logoterapia Viktora Frankla, nooterapia Kazimierza Popielskiego; poznawcza koncepcja M. Seligmana itp.). Zjawisko pośredniego wpływu nadziei na poziom procesów energetycznych ustroju, udział w regulacji neurohormonalnej, immunologicznej i rewilitacyjnej jest dobrze zna-

ne specjalistom od schorzeń o złym rokowaniu (lekarze onkolodzy) a także geriatrom (Stefańska-Klar, 1999).

Nadzieja jest ważnym pojęciem w szeroko rozumianym wsparciu psychologicznym, zwłaszcza udzielanym osobom w sytuacjach kryzysu, wychodzącym ze stanu „egzystencjalnego wyzwania” (Snyder, 2000).

Termin „nadzieja” odnoszony jest w psychologii współczesnej głównie do przekonań na własny temat, konkretnie – szans na realizację własnych celów i pozytywności przyszłych zdarzeń dla własnych interesów (Trzebiński, Zięba, 2003).

## 2.2. NADZIEJA PODSTAWOWA W KONCEPCJI E. H. ERIKSONA

Eriksonowskie pojęcie podstawowej nadziei (*basic hope*) to ogólne, wcześnie formułujące się przeświadczenie o sensowności i przychylności otaczającej rzeczywistości. Siła tego przeświadczenia wpływa na sposób reakcji człowieka na pojawiające się trudności i wyzwania, tym samym decyduje o rozwoju osobowości (Trzebiński, 2004c, s. 173).

Punktem wyjścia rozważań nad psychoanalityczną koncepcją nadziei jest rozszerzona koncepcja *ego*. Eriksonowska nadzieja jest bowiem jedną z ośmiu podstawowych sił, cnót czy kompetencji *ego* (*basic virtues of ego*). W myśl tej teorii stadia życia człowieka, od urodzenia aż do śmierci, ukształtowane są przez interakcję wpływów społecznych z fizycznie i psychologicznie dojrzewającym organizmem.

Erikson, jako zwolennik kryzysowych koncepcji stresu, zakłada, że rozwój osobowości odbywa się wokół kryzysów rozwojowych, rozumianych nie jako trudność, lecz jako moment zwrotny z życia. Wyróżnione przez niego kryzysy to ważenie się dwóch orientacji: wobec świata i siebie. Pierwsza to orientacja pro-rozwojowa, która ulepsza przystosowanie się jednostki, a przez to prowadzi do powstania nowej kompetencji. Druga to orientacja regresywna, której przyjęcie uniemożliwia rozwój i prowadzi do destrukcyjnego rozwiązywania kryzysu, polegającego na ograniczaniu kontaktu z otoczeniem społecznym.

Według E. H. Eriksona (2002) podstawowym momentem kryzysowym są narodziny i okres niemowlęctwa. Pozytywne rozwiązanie każdego kryzysu wymaga osiągnięcia równowagi między ufnością i jej brakiem. Nieufność bowiem oznacza również czujność, motywuje do szukania nowych sposobów radzenia sobie. Nadzieja jest kompetencją oczekiwania porządku i przychylności świata, ale jednocześnie konieczności podjęcia trudu walki o zachowanie i ulepszenie tego porządku. Siła *ego* to pewien sposób reagowania, eksploracja, szukanie informacji, to gotowość do wchodzenia w relacje ze światem. (Trzebiński, 2004b).

Omawiana siła *ego* ma charakter poznawczy i emocjonalny, gdyż przejawia się w sposobie interpretowania i prognozowania zdarzeń oraz w uczuciach towarzyszącym tym faktom. Należy też za E. H. Eriksonem (2002) podkreślić jej społeczny charakter, co do sposobów powstawania i podtrzymywania, oraz pewną kulturową uniwersalność (np. różne religie świata). Autor nie przedstawił jednak rozwiniętego opisu funkcji podstawowej nadziei u dorosłego człowieka. Ograniczył się do przedstawienia tylko wczesnych, dziecięcych doświadczeń. Nie rozwinęli tego pojęcia również jego kontynuatorzy. Erikson wyraźnie jednak

podkreśla wagę uformowania się nadziei dla dalszego rozwoju i funkcji kontrolnych osobowości (Erikson, 1997, 2002).

Zdaniem J. Trzebińskiego i M. Zięby (2003a) podstawowa nadzieja jest fundamentalnym składnikiem posiadanego przez człowieka ogólnego schematu czy też powiązanych schematów „rzeczywistego świata”. Cechą uniwersalną jest porządek i sens, oraz przychylność wobec ludzkiego losu. Ten schemat poznawczy może być jednak w różnym stopniu skryształizowany, tak więc człowiek może mieć dużą lub małą nadzieję. „Nadzieja jest tym większa, im pewniejsze subiektywnie są przekonania o sensownym i pozytywnym charakterze rzeczywistego świata” (Trzebiński, Zięba, 2003a, s. 8)

Traktowanie nadziei podstawowej jako schematu poznawczego pozwala na sformułowanie odpowiedzi na pytanie o treść i jej moc regulacyjną w życiu dorosłej osoby.

Na treść nadziei podstawowej składają się przekonania o dwóch ogólnych i powiązanych ze sobą właściwościach świata: o tym, że jest uporządkowany i sensowny, oraz o tym, że jest generalnie przychylny ludziom (Trzebiński, Zięba, 2003a).

Reasumując eriksonowskie rozumienie nadziei podstawowej, możemy stwierdzić, że jej specyfika regulacyjna polega na budowaniu nowego ładu w sytuacji stresowej, związanej ze zburzeniem dotychczasowego ładu lub sytuacją nowości, oraz że istota nadziei podstawowej dotyczy otwartości poznawczej i konstruktywnego działania w sytuacjach kryzysowych, łamiących dotychczasowy porządek. Właśnie silna nadzieja sprzyja pogodzeniu się ze stratą i przejściu na poziom budowania nowego ładu. Strata może stanowić impuls do rozwoju osobowości, może być początkiem czegoś dobrego. Silna nadzieja sprzyja wykorzystaniu szans, wyzwań, ułatwia zauważenie „szczęśliwych zdarzeń” jak możliwość wyboru, oferta pomocy czy zasobów radzenia sobie ze stresem. Poziom nadziei podstawowej łączy się więc ze sposobami radzenia sobie ze stresem, zwłaszcza o charakterze egzystencjalnym.

### 3. STRATEGIE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM W WYJĘCIU C. S. CARVERA, M. F. SCHEIERA, J. K. WEINTRAUBA

Znani psychologowie amerykańscy: C. S. Carver, M. F. Scheier, J. K. Weintraub są autorami koncepcji radzenia sobie ze stresem i opartego na niej kwestionariusza COPE (*The Coping Orientations to Problems Experienced*). Model teoretyczny, na którym bazowano, zaczerpnęli z poznawczego modelu stresu R. S. Lazarusa (1986) oraz modelu behawioralnej samoregulacji (Carver, Scheier, Weintraub, 1989).

Zgodnie z mechanizmem oceny poznawczej stresu Richarda Lazarusa (1986) proces radzenia sobie ze stresem jest definiowany jako dynamicznie zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, mające sprostać wymaganiom ocenianym jako obciążające lub przekraczające zasoby własne. W nurcie poznawczym stresu można usytuować model radzenia sobie ze stresem zaproponowany C. S. Carvera, M. F. Scheiera i J. K. Weintrauba. Autorzy ci wyróżniają dyspozycyjne radzenie sobie ze stresem (styl), uwarunkowany sytuacyjnie *coping* (strategie), oraz proces radzenia sobie rozumiany jako zmieniające się w czasie strategie *copingu* (Wrześniewski, 1996).

Zasadnicza modyfikacja wyjściowej koncepcji, teorii Lazarusa, dokonana przez C. S. Carvera, M. F. Scheiera i J. K. Weintrauba (1989) dotyczyła rodzajów reakcji radzenia sobie ze stresem. Wyodrębnili oni na drodze teoretycznych analiz i istniejących danych empirycznych 13 sposobów radzenia sobie ze stresem: aktywny *coping* (*active coping*), planowanie, powstrzymanie konkurencyjnych działań (*suppression of competing activities*), hamowanie działania (*restrain coping*), szukanie instrumentalnego wsparcia społecznego (*seeking instrumental social support*), szukanie emocjonalnego wsparcia społecznego (*seeking emotional social support*), koncentrowanie się na emocjach i na ich wyładowaniu (*focus and venting of emotion*), behawioralne nieangażowanie się (*behavioral disengagement*), psychiczne nieangażowanie się (*mental disengagement*).

Ponadto C. S. Carver, M. F. Scheier, J. K. Weintraub włączyli kilka innych strategii radzenia sobie ze stresem, bazując na sugestjach, że są one ważne oraz że można znaleźć dla nich teoretyczne uzasadnienie (np. w koncepcji *copingu* Lazarusa). Są to następujące strategie: pozytywne przewartościowanie problemu (*positive reinterpretation and growth*), zaprzeczanie, wyparcie (*denial*), akceptacja (*acceptance*) (akceptacja stresora oraz akceptacja aktualnie nieużywanej strategii aktywnego *copingu*), zwracanie się w kierunku religii (*turning to religion*).

Autorzy uważają, że powyższe strategie radzenia sobie ze stresem w pewnych sytuacjach mogą być korzystne dla jednych i niekorzystne dla innych ludzi w odmiennych sytuacjach (Carver, Scheier, Weintraub, 1989).

#### 4. CHARAKTERYSTYKA PSYCHOLOGICZNA STRESU OKOŁOPORODOWEGO

Pozytywny wynik testu ciążyowego jest zapowiedzią istotnych zmian, nie tylko psychologicznych, w życiu kobiety i w życiu rodzinnym. Okres trwania ciąży jest czasem hormonalnego przestrojenia organizmu kobiety i psychologicznego przystosowania się do zupełnie nowej sytuacji teraz i w przyszłości (*stress life event*). Jest to sytuacja szczególnie trudna dla pierworódek, które wchodzi w nieznaną dotychczas rolę biologiczną i społeczną (Thorpe, Dragonas, Golding, 1992). Proces psychologiczny stawiania się i bycia matką jest zagadnieniem bardzo złożonym i wieloaspektowym. Macierzyństwo (etap prenatalny, ciąża, poród, okres poporodowy, wychowanie dziecka) można rozpatrywać w aspekcie biologicznym, etologicznym, społecznym, kulturowym, systemowym, rozwojowym, kryzysowym (Striegel-Goldman i wsp., 1996; Terelak, 1997; Bartosz, 2002).

Oczekiwanie na narodziny pierwszego dziecka jest dla kobiety procesem dynamicznym. Towarzyszy mu wiele oczekiwań i zdarzeń, które mogą ułatwiać lub utrudniać adaptację do nowej roli. Do procesów ułatwiających adaptację do roli matki należy identyfikacja z wyobrażeniem „dobrej matki”, akceptacja ciąży, satysfakcja z nowej roli, nowe postrzeganie siebie i partnera, nasilone poczucie kobiecości (Breen, 1975; Budrowska, 2000).

Przez lata zainteresowanie badaczy skupiało się na reakcjach emocjonalnych ciężarnych kobiet wynikających z porodu (połóg jako okres podwyższonego ryzyka chorób psychicznych) niż z zainteresowania ogólną sytuacją psychologiczną podczas ciąży (Huizink, 2000). Szeroko badane było zagadnienie depresji w czasie ciąży (Green, Murray, 1994). Większość badań skupiała się na szacowaniu

występowania i wpływu symptomów depresji i lęku w ciąży oraz przy porodzie. Jednakże do badań wykorzystywano ogólne skale lęku (jak np.: STAI; Spielberger, 1970; MAS; Taylor, 1953) a nie narzędzia psychologiczne, mierzące specyficzne dla ciąży lęki i niepokoje (Huizink, 2000).

Późniejsze badania wykazały, że kobiety w ciąży mogą doświadczać specyficznych obaw, dotyczących poczucia braku kompetencji, związanych z bólem i utratą kontroli w czasie porodu; obaw, co do własnego życia i życia dziecka; niepokoju odnośnie do zmian w życiu osobistym spowodowanych ciążą i urodzeniem dziecka (Dunkel, Sehter, 1998; Sjögren, 1997). W innych badaniach nad lękiem w czasie ciąży wyróżniono następujące (specyficzne) aspekty: „lęk przed byciem w ciąży”, „lęk dotyczący porodu”, „lęk dotyczący hospitalizacji” (Levin 1991); oraz lęk fizyczny, lęk związany z opieką nad dzieckiem i karmieniem noworodka, lęk związany z przyszłym wychowywaniem potomstwa (Huizink, 2000).

Strategie radzenia sobie ze stresem związanym z ciążą były szeroko badane w populacji kobiet „podwyższonego ryzyka”; takich jak bezdomne (Killison, 1995), niepełnoletnie (Dukewith, Borkowski, Whitman, 1996), kobiety uzależnione od alkoholu i/lub narkotyków (Blechman, Lowell, Garrett, 1999), ciężarne zapłodnione metodą *in vitro* (Huizink, 2000). Szeroko badane były również strategie radzenia sobie ze stresem jako predyktory depresji poporodowej. Ogólnie, badania te pokazują, że strategia radzenia sobie ze stresem – unikanie (*disengagement coping*) jest często związana ze wzrostem negatywnych konsekwencji, jak chociażby depresja poporodowa, a chroni przed nią np. wysoka samoocena. Natomiast uzależnione i młodociane ciężarne częściej używają agresywnego *copingu*, który jednak nie redukuje odczuwanego stresu (Huizink, 2000).

Na poziomie populacji przeważająca liczba kobiet należy do grupy normalnego ryzyka (*normal risk category*), ponieważ są one narażone na średni poziom psychospołecznego (*psychosocial*) stresu. Są zmuszone wprowadzić konieczne przystosowania (*adjustments*) do zmieniających się warunków życia, spowodowanych ciążą i byciem rodzicem. Jednocześnie czynniki potencjalnie wywołujące stres, jak wydarzenia życiowe (*life events*), codzienne trudności (*daily hassles*), stres związany z pracą (*work stress*) mogą powodować dystres i lęk, nałożony na stres i wątpliwości wynikające z samego faktu ciąży (Huizink, 2000). Poniżej przedstawię badania dotyczące tej problematyki.

Rachel Levy-Shift i wsp. (1998), stosując model teoretyczny R. S. Lazarusa, przeprowadzili badania dynamiki stresu i radzenia sobie, jako głównego mechanizmu, leżącego u podstaw przystosowywania się do roli macierzyńskiej i wychowawczej oraz rozwoju noworodka. Były to podłużne badania 140 rodzących pierwszy raz kobiet. Badanie objęło pomiar oceny poznawczej macierzyństwa, używanych strategii radzenia sobie i zasobów wspierających radzenie sobie w ciąży oraz w pierwszym, szóstym i dwunastym miesiącu po porodzie. Wszystkie pomiary stresu i radzenia sobie pokazują systematyczne rozwojowe zmiany przez przejście do roli macierzyństwa. Rachel Zachariah (1996) w swoim badaniu stwierdziła pozytywny wpływ wsparcia społecznego na radzenie sobie ze zdarzeniami stresowymi w okresie ciąży (pierwsze dziecko). Uzyskano następujące wyniki: 17,9% badanych kobiet doświadczało od średniego do dotkliwego stre-

su; 72,2% kobiet uzyskało wysoki wynik w poziomie dobrostanu psychicznego. Przyjęty i zweryfikowany model podkreśla bezpośredni i negatywny wpływ stresujących wydarzeń i bezpośredni, pozytywny wpływ wsparcia społecznego na zdrowie psychiczne i samopoczucie w czasie ciąży.

Ann Marie Yali, Marci Lobel (2002) prowadzili podłużne badania w grupie 163 ciężarnych kobiet w wieku 18-40 lat, badano: między 10-25 tygodniem i 21-35 tygodniem ciąży. Przyjęto, że odporność na stres skupia się na zasobach ułatwiających adaptację podczas stresujących okoliczności. Badanie uwzględnia wpływ trzech zasobów: optymizmu, wsparcia, statusu socjoekonomicznego. Postawiono hipotezę, że te zasoby są ważne i sprzyjają używaniu adaptacyjnego *copingu*. Wykazano, że optymizm wiąże się z rzadszym stosowaniem strategii unikania i niższym emocjonalnym dystresem. Większe wsparcie społeczne wiąże się z częstszym stosowaniem unikowego i zadaniowego *copingu* oraz z większym emocjonalnym dystresem. Pozytywna samoocena zaś była jedyną drogą *copingu* połączoną z mniejszym stresem. Jednak analizy pokazują, że „zasoby” te są powiązane ze stresem tylko we wczesnej ciąży oraz że radzenie sobie nie jest powiązane ze stresem w czasie całej ciąży. Wyniki sugerują, że jest wysoki poziom stabilności w radzeniu sobie ze stresem przez cały czas ciąży. Są to więc wyniki odmienne od badań A. Huizink (2000), czego przyczyny można dopatrywać chociażby w zróżnicowanym terminie i częstotliwości badań kobiet w ciąży.

Autorzy koncepcji radzenia sobie ze stresem, na której oparte są badania własne, S. C. Carver, M. F. Scheier i J. K. Weintraub podkreślają, że dana strategia może nie być dezadaptacyjna sama z siebie (*intrinsically maladaptive*), ale może stać się dysfunkcyjną (*dysfunctional*), gdy polega się na niej w długich okresach, kiedy inne strategie są bardziej użyteczne. Autorzy nie sprecyzowali jednak rozumienia terminu „adaptacyjny *coping*” (Carver, Scheier, Weintraub, 1989, 1994).

W badaniach nad stresem wyróżnia się poziomy analizy: fizjologiczny, psychologiczny i społeczny. Dla kobiety w ciąży rozwiązanie transakcji stresowej, korzystnej np. na poziomie społecznym (przyjęcie nowej roli społecznej) może łączyć się z dużymi kosztami na poziomie psychologicznym (negatywne emocje) i fizjologicznym (dolegliwości ciążowe) (Terelak, 2001).

Kluczową zasadą modelu *copingu* jako procesu jest, iż wybór strategii radzenia sobie będzie zależał od jej znaczenia dla adaptacji, od wymogów konkretnego stresora oraz jego kontekstu, który będzie zmieniał się w czasie (Heszen-Niejodek, 1996). Jako że ciąża sama jest procesem, ze zróżnicowanymi i zmieniającymi się w jej trakcie wymaganiami, rodzi to konieczność zmian strategii radzenia sobie w ciągu tych dziewięciu miesięcy. Inne strategie będą np. adaptacyjne na początku ciąży, a inne na końcu.

Do sformułowania własnych hipotez badawczych wielce przydatne jest odwołanie się do psychologii prenatalnej i psychologii macierzyństwa (Kitzinger, 1996; Kornas-Biela, 2002). Na podstawie teoretycznych analiz psychologicznej sytuacji stresowej kobiety ciężarnej zakładamy, że adaptacyjnymi, adekwatnymi dla początku ciąży, są strategie: akceptacja, pozytywne przewartościowanie, poszukiwanie emocjonalnego wsparcia, hamowanie działania, powstrzymywanie konkurencyjnych działań, behawioralne nieangażowanie się. Adaptacyjnymi dla



ostatnich tygodni ciąży są strategie: aktywny *coping*, planowanie, ale również akceptacja, pozytywne przewartościowanie, poszukiwanie emocjonalnego i instrumentalnego wsparcia, oraz powstrzymywanie konkurencyjnych działań.

Nie rozstrzygamy roli w procesie radzenia sobie ze stresem związanym z ciążą następujących strategii radzenia sobie z ciążą: zwracanie się w kierunku religii, psychiczne nieangażowanie się, oraz na początku ciąży – poszukiwanie instrumentalnego wsparcia.

## 5. MATERIAŁ I METODA BADAŃ

W tej części przedstawione zostaną wnioski z badań dotyczących relacji nadziei podstawowej (zmiennej niezależnej) do strategii radzenia sobie ze stresem okołoporodowym (zmiennej zależnej), będące podstawą własnych hipotez. Nie ma wprawdzie badań bezpośrednio łączących obie te zmienne. Jednakże istnieje wiele badań z wykorzystaniem kwestionariusza do badania poziomu nadziei podstawowej – *Basic Hope Inventory* autorstwa Jerzego Trzebińskiego i Mariusza Zięby, które mogą stanowić podstawę sformułowania hipotez odnośnie do oceny roli nadziei podstawowej w sytuacji radzenia sobie ze stresem pierwszej ciąży.

Z badań Trzebińskiego i Zięby (2003b) nad adaptacyjnością (poznawczą, emocjonalną i behawioralną) młodzieży licealnej wynika, że nadzieja podstawowa jest decydującym czynnikiem wpływającym na konstruktywność przeddecyzyjnych procesów poznawczych w sytuacji stresowej. Wpływa ona na pozytywność myślenia i pozytywność emocji wobec tej sytuacji. Rola wiary we własny sukces jest mniejsza, z wyjątkiem podejmowania i realizacji decyzji (behawioralna reakcja na stratę), kiedy istotne są oba czynniki. Decyzje stają się konstruktywne dzięki współwystępowaniu silnej nadziei i wiary we własny sukces.

Innym przykładem może być badanie weryfikujące hipotezę o pozytywnym wpływie nadziei podstawowej na powodzenie procesu terapeutycznego. Udział w intensywnej terapii grupowej można traktować jako sytuację stresową dla osób z silnymi problemami emocjonalnymi i interpersonalnymi, ze względu na możliwość naruszenia ważnych obszarów tożsamości danej osoby (McQueeney, Stanton, Sigmon 1997; Trzebiński, Zięba, 2004c).

Ogólnie sformułowany problem badawczy brzmi następująco: Czy wysoki poziom nadziei podstawowej sprzyja stosowaniu efektywnych strategii radzenia sobie ze stresem okołoporodowym?

### 5.1. OSOBY BADANE

Zbadano 112 kobiet będących w pierwszej ciąży, przy czym 56 z nich było w początkowym okresie ciąży (10-25 tydzień, jak w badaniach Yali, Lobel, 2002) i tyle samo przygotowywało się już do porodu (29-39 tydzień). W grupie I – pań na początku pierwszej ciąży – 32,56% badanych miało wykształcenie wyższe, 55,81% wykształcenie średnie, zaś 11,62% zawodowe. Średnia wieku wynosiła 26 lat, zakres wieku od 20 do 31 lat. W grupie II – pań w końcowym okresie pierwszej ciąży – 81,48% badanych miało wykształcenie wyższe, 14,81% średnie, 3,7% zawodowe. Wiek w tej grupie wahał się od 22 do 33 lat, średnia wieku wynosiła 29 lat.

Zwracano uwagę na dość zaawansowany tydzień ciąży kobiet, które przydzielone są do grupy: początek ciąży. Wynika to z faktu, że znaczna większość o tym, że jest w ciąży, dowiaduje się od ginekologa ok. 9 tygodnia jej trwania (tu: 35% kobiet między 3-6 tyg.; 45% kobiet między 6-8 tyg. ciąży; 10% kobiet między 9-10 tyg.; 10% kobiet między 11-15 tyg. ciąży). Z tego względu nie udało mi się dotrzeć do pań w pierwszych tygodniach ciąży. Nie chciałam również prosić o wypełnienie kwestionariuszy zaraz po pierwszej wizycie u lekarza, żeby dać czas na przemyślenie, co ta sytuacja zmienia w dotychczasowym życiu kobiety i jej bliskich.

Grupę kontrolną stanowiło 58 kobiet, które miały już doświadczenie macierzyństwa. Średnia wieku w tej grupie wynosiła 29 lat (panie w wieku od 21 do 34 lat), osoby z wykształceniem: wyższym, średnim i zawodowym stanowiły odpowiednio: 47,61%; 35,71% i 16,66% grupy.

Wszystkie osoby badane były aktywne zawodowo.

## 5.2. SPOSÓB POMIARU ZMIENNYCH

– Nadzieja podstawowa badana była przy użyciu *Kwestionariusza Nadziei Podstawowej* (BHI) skonstruowanego przez J. Trzebińskiego i M. Ziębę w poszerzonej wersji BHI-25<sup>1</sup>. Kwestionariusz ten składa się z 25 pytań, w tym 19 jest diagnostycznych, 6 buforowych. Jest narzędziem samoopisowym. Może być stosowany w badaniach indywidualnych i grupowych. Każdorazowo badany wybiera jedną w pięciu odpowiedzi od „zdecydowanie nie zgadzam się” do „zdecydowanie zgadzam się”. Wynikiem jest suma punktów, stanowiąca wskaźnik ogólnego poziomu nadziei podstawowej. Zakres możliwych wyników to 19-95 punktów.

Rzetelność kwestionariusza szacowano na podstawie zgodności wewnętrznej i stabilności bezwzględnej. Wskaźnik zgodności wewnętrznej (alfa Cronbacha) wyniósł od 0,60 do 0,81 w 8 badaniach na łącznej liczbie 558 starszych licealistów. Stwierdzono również satysfakcjonującą stabilność narzędzia w badaniu 136 osób w odstępie dwóch miesięcy (korelacja r-Pearsona 0,62).

– Strategie radzenia sobie ze stresem badane były za pomocą *Kwestionariusza C. S. Carvera, M. F. Schejera, J. K. Weintrauba* o nazwie COPE (*The Coping Orientations to Problems Experienced*). Kwestionariusz ten składa się z dwóch wersji: COPE-STYL i COPE-STRAT do badania stylu i strategii radzenia sobie, różniących się instrukcją i formą gramatyczną itemów. W badaniu wykorzystano wersję COPE-STRAT<sup>2</sup>, do której w instrukcji można było podać sytuację stresową (tu: zmiany wynikające z bycia w pierwszej ciąży). Osoby badane ustosunkowują się do każdego stwierdzenia przez zakreślenie cyfry od 1 – „w ogóle tak nie postępuję”; do 4 – „zazwyczaj tak postępuję”. Wyniki oblicza się oddzielnie dla każdej skali. Im wyższa liczba punktów, tym silniejsza tendencja do stosowania określonego rodzaju radzenia sobie ze stresem.

Kwestionariusz składa się z 60 pozycji, w oryginalnej wersji tworzących 15 skal, przy czym 13 wyodrębniono na drodze teoretycznych analiz (por. rozdz. 2),

<sup>1</sup> Dziękujemy autorom za wyrażenie zgody na wykorzystanie kwestionariusza do badań naukowych (zgoda ustna z dnia 17 III 2004 r.).

<sup>2</sup> Dziękujemy panu Kazimierzowi Wrześniewskiemu za udostępnienie do badań naukowych wersji kwestionariusza w języku polskim (zgoda ustna z dnia 22 IV 2004 r.).

po zoperacjonalizowaniu poddano analizie czynnikowej. Tak otrzymano 11 czynników, z czego tylko dwa nie pokrywały się z założeniami teoretycznymi, tzn. skale: aktywny *coping* i planowanie utworzyły jeden wymiar, podobnie: poszukiwanie emocjonalnego wsparcia i poszukiwanie instrumentalnego wsparcia. Do tak skonstruowanego kwestionariusza dołączono dwie nowe skale: używanie alkoholu lub narkotyków (*alkohol and drug use*), oraz próbną skalę: humor.

Adaptację kulturową kwestionariusza COPE przeprowadzono pod kierunkiem K. Wrześniewskiego (1996). W badaniach własnych posłużono w analizie czynnikowej metodą osi głównych z rotacją Varimax (PAF i *varimax rotation*, z wykorzystaniem pakietu STATISTICA, wersja 5.1). Uzyskaliśmy następujące skale:

1. **Radzenie sobie ze stresem przez koncentrację na problemie**, w skład której weszły itemy z następujących skal teoretycznych: planowanie (3 itemy), powstrzymanie konkurencyjnych działań (3 itemy), hamowanie działania (2 itemy), pozytywne przewartościowanie (1 item) i aktywny *coping* (1 item).

2. **Ucieczka od problemu w alkohol lub inne substancje psychoaktywne**, w której to znalazły się 4 itemy ze skali: używanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych i 1 item ze skali zaprzeczanie („Nie przyjmuję do wiadomości, że to się stało”).

3. **Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia**, która podobnie jak w analizie twórców amerykańskiego kwestionariusza COPE powstała ze skal: poszukiwanie emocjonalnego wsparcia (4 itemy) i poszukiwanie instrumentalnego wsparcia (3 itemy).

4. **Zwracanie się w kierunku religii**, która całkowicie pokrywa się z wersją oryginalną kwestionariusza.

5. **Pozytywne przewartościowanie i akceptacja**, którą tworzą po dwa itemy z tych skal.

6. **Ucieczka w świat marzeń i żartowanie z sytuacji** to skala utworzona przez 3 itemy ze skali humor i 2 itemy ze skali psychiczne nieangażowanie się (np. „Marzę o czymś innym”, „Chodzę do kina lub oglądam TV, żeby mniej o tym myśleć”).

7. Skalę **wypieranie, ignorowanie problemu** tworzą 2 itemy z oryginalnej skali zaprzeczanie oraz 1 item ze skali humor („Drwię sobie z tej sytuacji”).

8. **Koncentracja na emocjach i ich wyładowaniu**, to skala całkowicie pokrywająca się z wersją oryginalną.

Powyższe skale w znacznej części zgodne są ze skalami uzyskanymi w badaniu prowadzonym przez K. Wrześniewskiego (1996) na studentach, dwie skale całkowicie pokrywają się z wersją amerykańską. Kwestionariusz COPE w naszej adaptacji składa się z 8 skal, w których 40 pytań weszło jako diagnostyczne. Tak znaczna redukcja liczby pytań wynika z przyjętego założenia o niewłączaniu do czynnika pozycji kwestionariusza, które uzyskały ładunek powyżej 0,3 na kilku wymiarach (czynniki kooperacyjne). Zdecydowano się na jeden wyjątek wobec tej reguły. Dotyczy on pytania nr 50 („Drwię sobie z tej sytuacji”), które włączono, mimo iż uzyskał ładunek powyżej 0,3 na dwóch czynnikach. Uznano jednak, iż pozwala na to tak wysoka wartość ładunku, bo 0,591, czyli prawie 36% wariancji na skali „wypieranie przez ignorowanie problemu” w porównaniu z ładunkiem 0,391 na czynniku „ucieczka w świat marzeń i żartowanie z sytuacji”.

Rzetelność polskiej wersji COPE: Stabilność bezwzględna była badana na próbie 25 studentów, którzy rozwiązywali kwestionariusz dwukrotnie w odstępie 4 tygodni. Otrzymane współczynniki korelacji odpowiedzi w poszczególnych skalach wynosiły od 0,60 do 0,80 (Wrześniewski, 1996).

Dla pozycji wchodzących w skład skal otrzymanych w wyniku analizy czynnikowej na grupie kobiet zbadano zgodność wewnętrzną. Współczynniki alfa Cronbacha wahały się w przedziale 0,62-0,85. Trafność tak otrzymanej skali szacowano przez zbadanie 40 młodych kobiet pracujących zawodowo kwestionariuszem COPE STRAT i kwestionariuszem do badania strategii radzenia sobie ze stresem N. S. Endlera i J. D. A. Parkera: CISS-S. Uzyskaliśmy następujące korelacje. Skala koncentracji na problemie z kwestionariusza CISS-S korelowała za skalami COPE: Koncentracji na problemie (0,69); Zwracanie się w kierunku religii (0,41); Pozytywne przewartościowanie i akceptacja (0,39); Wypieranie (-0,37). Skala koncentracji na emocjach z CISS-S korelowała za skalami COPE: Ucieczka w alkohol (0,37). Skala unikanie z kwestionariusza CISS-S korelowała za skalami COPE: Ucieczka w alkohol (0,57); Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia (0,42); Ucieczka w świat marzeń i żartowanie z sytuacji (0,32).

– Ankieta własna – wypełniana na samym początku badania, miała na celu kontrolę zmiennych zakłócających, jak np. oparcie w partnerze, rodzinie, znajomych, stosunek do macierzyństwa, obawy związane z ciążą (np. relację z ojcem dziecka, sytuację materialną, brak czasu dla siebie, zdrowie własne i dziecka) itp. Ankieta nie zawiera pytania o planowanie ciąży ze względu na duże obciążenie zmienną aprobaty społecznej, za wskaźnik przyjęto fakt wyobrażania sobie siebie jako matkę przed zajściem w ciążę i w chwili badania. Drugą funkcją ankiety było określenie stosunku do zmian, jakie wiążą się z ciążą i narodzeniem pierwszego dziecka. Przy czym nie chodziło o analizę tych zmian (jakościowych i ilościowych), lecz sprowokowanie badanych do zastanowienia się nad tymi zagadnieniami.

Przy konstrukcji ankiety opierano się na badaniu pilotażowym prowadzonym za pośrednictwem Internetu. Na forum dyskusyjnym (grupa dyskusyjna – pl. soc. dzieci, oraz forum rodziceonline) przedstawiono temat badań i zaproszono do współpracy panie w pierwszej ciąży lub będące już mamami. Pytano o to, jakie zmiany nastąpiły w ich życiu, czego obawiają/obawiały się, jakie są plusy i minusy bycia w ciąży. Nadesłane odpowiedzi posłużyły do konstrukcji ankiety własnej.

### 5.3. PRZEBIEG BADAŃ

Badania prowadzono przez rok, od kwietnia 2004 do kwietnia 2005 r. Starano się badać stres w ciąży nieobciążonej zwiększonym ryzykiem. Dlatego w przypadku kobiet we wczesnej ciąży, osoby badane były proszone o wypełnienie ankiety i kwestionariuszy w poradni ginekologicznej, w ten sposób o udziale w badaniu decydował lekarz bądź położna, na podstawie karty pacjentki. Grupę kobiet w zaawansowanej ciąży pozyskano ze szkoły rodzenia. Na ogół wszystkie kobiety proszone były o wypełnienie kwestionariuszy w domu. Ogólnie o celu i zakresie badania informowano na pierwszej stronie zestawu kwestionariuszy.

Pierwotnie badanie miało być badaniem podłużnym (grupy zależne). Chcąc zachęcić ciężarne do wzięcia udziału w kolejnej edycji badania, wprowadzono

nagrodę za udział w badaniu – książeczkę *Kieszonkowy poradnik na początek* wydaną przez Fundację „Rodzić po Ludzku”. Podczas pierwszego etapu badań wystąpiły jednak duże trudności (np. odmowa wypełnienia całości kwestionariuszy, brak telefonu kontaktowego itp.), które uniemożliwiły przeprowadzenie drugiego pomiaru. Musiał więc ulec zmianie plan badawczy na rzecz modelu pomiarów niezależnych. Zachowano prezenty, jako formę zachęty do udziału w badaniu (produkty od firmy HIPPI: kalendarz ciąży, śliniaczek, łyzeczka dla dziecka, herbatka dla kobiet karmiących).

Badane, po zapoznaniu się z celem badania i wypełnieniu ankiety, wypełniały kwestionariusz dotyczący radzenia sobie ze stresem związanym z oczekiwaniem narodzin pierwszego dziecka – COPE STRAT, a później kwestionariusz BHI-25. Wypełnienie całości zajmowało około 25 min., na co badane miały przynajmniej tydzień.

## 6. WYNIKI BADAŃ

Do opisu wyników w poszczególnych skalach używane będą następujące skróty:

Konc\_Probl – skala radzenia sobie ze stresem przez koncentrację na problemie; Uc\_Alkoh – skala Ucieczka w alkohol; Emoc\_Wsp – skala Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia; Zwra\_Religi – skala Zwracanie się w kierunku religii; Poz\_Przew – skala Pozytywne przewartościowanie i akceptacja; Uc\_M/Z – skala Ucieczka w świat marzeń i żartowanie z sytuacji; Wyparc. – skala Wypieranie (ignorowanie problemu); Konc\_Emoc – skala Koncentracja na emocjach i ich wyładowaniu.

Hipotezę dotyczącą zależności między wynikiem ogólnym w kwestionariuszu BHI a strategiami radzenia sobie ze stresem z kwestionariusza COPE zweryfikowano oceniając korelacje między tymi zmiennymi. Tabela 1 zawiera współczynniki korelacji r-Pearsona między wynikiem nadziei podstawowej i strategiami radzenia sobie w grupie 170 kobiet.

Tabela 1. Korelacje r-Pearsona między wynikiem ogólnym BHI a strategiami COPE.

	Konc_Probl	Uc_Alkoh	Emoc_Wsp	Zwra_Religi	Poz_Przew	Uc_M/Z	Wyparc.	Konc_Emoc
B	0,223*	-0,213*	0,330*	0,285*	0,157*	-0,183*	-0,094	-0,122
HI	p=, 0003	p=0,005	p=0,000	p=0,000	p=0,041	p=0,017	p=0,225	p=0,113

\* Oznaczone współczynniki korelacji są istotne dla  $p < 0,05$ ;  $N = 170$

Jak wynika z powyższej tabeli, istnieje istotna statystycznie zależność między wynikiem BHI a strategiami: Koncentracja na problemie; Ucieczka w alkohol; Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia; Zwracanie się w kierunku religii; Pozytywne przewartościowanie i akceptacja; Ucieczka w świat marzeń i żartowanie z sytuacji.

Wyniki te są zgodne z hipotezą mówiącą o istnieniu dodatniej korelacji między poziomem nadziei podstawowej a adaptacyjnymi strategiami radzenia sobie ze stresem.

Hipotezy zakładające istnienie ujemnej korelacji poziomu BHI i skal niekorzystnych dla procesu radzenia sobie ze stresem, dotyczą takich strategii radzenia sobie ze stresem jak: Ucieczka w alkohol; Ucieczka w świat marzeń i żartowanie z sytuacji. Dwie pozostałe hipotezy odnoszące się do strategii: Wypieranie

(ignorowanie problemu) i Koncentracja na emocjach i ich wylądowaniu, należy odrzucić ze względu na brak istotności w korelacji między BHI i COPE.

W celu weryfikacji hipotezy o wpływie etapu macierzyństwa na wybór strategii radzenia sobie ze stresem, porównano wyniki trzech grup: kobiet na początku ciąży (I), kobiet w ostatnich tygodniach ciąży (II) i kobiet będących już matkami (III).

Tabela 2 przedstawia wyniki testów post hoc T-Tukeya dla pierwszej skali COPE: Koncentracja na problemie. Homogeniczność wariancji wewnątrzgrupowych dla tej skali pozwala na wykorzystanie tej metody. Wartość statystyki  $F = 10,15$  dla  $p = 0,000069$  jest także istotna.

Tabela 2. Wyniki testu kontrastów T-Tukeya dla skali COPE: *Koncentracja na problemie* dla grup: I – początek ciąży; II – koniec ciąży; III- grupa kontrolna (matki); (założenie o homogeniczności wariancji wewnątrzgrupowych spełnione).

EFEKT GŁÓWNY	{I}	{II}	{III}
<i>Średnia wyników</i>	22,66072	26,42857	25,24138
Początek ciąży {I}	----	0,000051*	0,006636*
Koniec ciąży {II}	0,000051*	----	0,341035
Gr. Kontrolna {III}	0,006636*	0,341035	----

poziom istotności  $\alpha=0,05$

Dla skali Koncentracja na problemie istotna statystycznie jest różnica między kobietami na początku ciąży (grupa I) i na końcu ciąży (grupa II). Również istotna statystycznie jest różnica między kobietami znajdującymi się w końcowym okresie ciąży (grupa II) i kobietami będącymi już matkami – grupą kontrolną (III). Przy czym średnia wyników jest najwyższa dla grupy drugiej, czyli strategia Koncentracji na problemie jest najczęściej wykorzystywana właśnie w tej grupie. Na podstawie powyższych wyników można jedynie orzec, że grupą wyróżniającą się pod względem stosowania strategii Koncentracja na problemie, jest grupa pierwsza, która wybierała ją najrzadziej.

Druga hipoteza, odnosząca się do zależności strategii radzenia sobie ze stresem od etapu macierzyństwa, dotyczy skali: Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia. Analiza wariancji wewnątrz grup wykazała ich homogeniczność ( $F_{max}=4,198$ ;  $C=0,494$ ,  $p=0,00001$ ). Test F wykazał statystycznie istotną różnicę między grupami ( $F=5,87$ ,  $p=0,0035$ ). Tabela 3 zawiera wartości prawdopodobieństwa testu kontrastów T-Tukeya dla nierównych licznosci.

Tabela 3. Test kontrastów T-Tukeya dla skali: *Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia* dla grup: I – początek ciąży; II – koniec ciąży; III- grupa kontrolna (matki); (założenie o homogeniczności wariancji wewnątrzgrupowych spełnione).

EFEKT GŁÓWNY	{I}	{II}	{III}
<i>Średnia w grupie</i>	20,07143	21,94643	19,25862
Początek ciąży {I}	----	0,053761	0,574638
Koniec ciąży {II}	0,053761	----	0,002614*
Gr. kontrolna {III}	0,574638	0,002614*	----

poziom istotności  $\alpha=0,05$

Jak wynika z powyższej tabeli, istotna statystycznie jest różnica między grupą kobiet w końcowym okresie ciąży i grupą kontrolną. Przy czym średnia wyników w grupie kobiet oczekujących narodzin jest wyższa, czyli strategia: Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia jest najczęściej wybierana w tej grupie. Wynik ten nie jest zgodny z oczekiwanym, w związku z czym należy odrzucić tę hipotezę.

Odnosnie do pozostałych strategii radzenia sobie ze stresem badania mają charakter eksploracyjny ze względu na brak przesłanek teoretycznych do postawienia hipotez. Sprawdzono jednak w jakiej grupie dana strategia jest wykorzystywana najczęściej, posługując się w dalszym ciągu analizą wariancji. Poniżej przedstawione są wyniki analizy dla pozostałych sześciu skal kwestionariusza COPE.

Analiza wariancji międzygrupowych dla wyników w skali 2: Ucieczka w alkohol. Dla skali tej wariancje wewnątrzgrupowe nie były homogeniczne, dlatego wykonano analizę dla statystyk nieparametrycznych Kruskala-Wallisa, która wykazała brak różnic między grupami ( $H=2,04$ ,  $p=0,36$ ). Na podstawie tego można założyć, że wyniki w tej skali nie zależą od faktu bycia w ciąży lub bycia matką.

Kolejna skala to: Zwracanie się w kierunku religii. Dla skali tej wariancje wewnątrzgrupowe były homogeniczne ( $F_{max}=1,270$ ;  $C=0,381$ ;  $p=0,644$ ) jednak test F wykazał brak istotnych statystycznie różnic między trzema grupami ( $F=1,192$ ;  $p=0,306$ ). Podobnie dla skali 5: Pozytywne przewartościowanie i akceptacja. Wariancje wewnątrzgrupowe były homogeniczne, różnice między grupami w teście F były istotne statystycznie ( $F=3,1720$ ;  $p=0,044$ ) jednak test kontrastów T-Tukeya (dla nierównych licznosci) nie wykazał istotnych statystycznie różnic między poszczególnymi grupami. Również na poziomie istotności  $\alpha=0,1$  oraz w bardziej liberalnym teście kontrastów NIR nie uzyskano statystycznie istotnych różnic.

Kolejna strategia to: Ucieczka w świat marzeń i żartowanie z sytuacji. Test homogeniczności wariancji wewnątrzgrupowych wykazał jednorodność wariancji ( $F_{max}=1,729$ ;  $C=0,422$ ;  $p=0,128$ ). Test F wykazał istnienie różnic między grupami:  $F=5,7464$ ;  $p=0,003859$ . Test kontrastów T-Tukeya dla nierównych licznosci pokazuje istotność statystyczną różnic między grupą pierwszą i trzecią, co pokazuje tabela 4.

Tabela 4. Test kontrastów T-Tukeya dla skali: *Ucieczka w świat marzeń i żartowanie z sytuacji* dla grup: I – początek ciąży; II – koniec ciąży; III- grupa kontrolna (matki); (założenie o homogeniczności wariancji wewnątrzgrupowych spełnione).

EFEKT GŁÓWNY	{I}	{II}	{III}
<i>średnie wyniki</i>	8,517858	9,339286	10,44828
początek ciąży {I}	----	0,328701	0,002376*
koniec ciąży {II}	0,328701	----	0,1325
gr. kontrolna {III}	0,002376*	0,1325	----

poziom istotności  $\alpha=0,05$

Z powyższej tabeli można wnioskować, że najczęściej strategia: Ucieczka w świat marzeń i żartowanie z sytuacji wybierana jest w grupie kontrolnej, czyli

wśród kobiet będących już matkami. Można też zauważyć, że częstość korzystania z tej strategii wzrasta wraz z kolejnymi etapami macierzyństwa.

Kolejna skala w kwestionariuszu COPE to: Wypieranie (ignorowanie problemu). Ze względu na brak homogeniczności wariancji wewnątrzgrupowych ( $F_{max}=3,253$ ;  $C=0,510$ ;  $p=0,000113$ ) posłużono się testem H Kruskalla-Wallisa (K-W). Test ten wykazał istnienie różnic między grupami ( $H=13,48$ ;  $p=0,0012$ ). Tabela 5 zawiera wyniki porównywania parami poszczególnych grup za pomocą testu rang U-Manna-Whitneya.

Tabela 5. Wyniki porównywania parami trzech grup testem rang U-Manna-Whitneya; skala: *Wypieranie (ignorowanie problemu)* (ze względu na heterogeniczność wariancji wewnątrzgrupowych analiza K-W).

EFEKT GŁÓWNY	{I}	{II}	{III}
<i>średnie rangi</i>	85,7	68,66	101,5
początek ciąży {I}	---	0,098*	0,07
koniec ciąży {II}	0,098*	---	0,00029*
gr. kontrolna {III}	0,07	0,00029*	---

poziom istotności  $\alpha=0,05$

Z powyższej tabeli wynika, że istnieje statystycznie istotna różnica między grupą kobiet na początku i na końcu ciąży, tzn. kobiety będące blisko porodu zdecydowanie rzadziej stosują strategię radzenia sobie ze stresem przez wypieranie (ignorowanie problemu). W stosunku do grupy II (koniec ciąży) istotnie statystycznie częściej strategię tę stosują kobiety z grupy kontrolnej III.

Ostatnia skala w kwestionariuszu COPE to: Koncentracja na emocjach i ich wyładowaniu. Test homogeniczności wariancji wewnątrz grup (początek, koniec ciąży i gr. kontrolnej) wykazał ich heterogeniczność. Analiza dla statystyk nieparametrycznych K-W wykazała brak istotnych różnic między grupami ( $H=4,49$ ;  $p=0,1055$ ).

Prezentowane wyniki mają na celu weryfikację hipotez dotyczących różnic wewnątrz grup badawczych w wyborze strategii radzenia sobie ze stresem w zależności od poziomu nadziei podstawowej ( $H_{IV}$ ). W tym celu wewnątrz każdej grupy dokonano podziału na osoby z wysokim i niskim wynikiem BHI. Kryterium podziału w każdej grupie była mediana. Do wykazania różnic między osobami z wysoką i niską nadzieją posłużono się statystyką t-Studenta, gdzie zmienną grupującą był wynik w *Kwestionariuszu Nadziei Podstawowej* – BHI. Statystyka ta wymaga homogeniczności wariancji. W przypadku heterogeniczności stosowano test z oddzielną estymacją wariancji i odczytywanym dwustronnie poziomem istotności p (tzw. poprawka Cox Cochran).

Pierwsza grupa hipotez szczegółowych dotyczy grupy I – kobiet na początku ciąży. W grupie tej 27 kobiet uzyskało wysoki wynik (powyżej 68 punktów), zaś 29 uzyskało wynik niski (mniej niż 68 punktów). Tabela 6 przedstawia wyniki statystyki t-Studenta dla całej grupy na początku ciąży. W zależności od homogeniczności / heterogeniczności wariancji, w grupie z wysoką i niską nadzieją pod-



stawową, będzie to odpowiednia kolumna i dla danej strategii wartość statystyki (t), liczba stopni swobody (df) i poziom istotności (p).

Tabela 6. Test t-Studenta dla kobiet na początku ciąży; zmienna grupująca: wynik w BHI.

			wariacje homogeniczne			wariacje heterogeniczne		
	Wysokie BHI	Niskie BHI	t est. war.	df	p	t z oddz.	df	p dwustronne
1. <u>Konc_Probl</u>	23,333	22,034	1,006	54	0,319	---	---	---
2. <u>Uc_Alkoh</u>	4,519	5,000	---	---	---	-1,241	42,047	0,222
3. <u>Emoc_Wsp</u>	21,9259	18,3448	3,527*	54	0,001*	---	---	---
4. <u>Zwra_Relig</u>	9,667	10,172	-0,661	54	0,511	---	---	---
5. <u>Poz_Przew</u>	11,519	11,379	0,211	54	0,833	---	---	---
6. <u>Uc_M/Ż</u>	8,852	8,207	0,924	54	0,360	---	---	---
7. <u>Wyparc.</u>	4,926	4,379	1,224	54	0,226	---	---	---
8. <u>Konc_Emoc</u>	8,593	9,448	---	---	---	-0,948	45,575	0,348

$\alpha=0,05$ ; wysokie BHI:  $n=27$ ; niskie BHI:  $n=29$

Jak wynika z tabeli 6 różnica między kobietami z wysokim i niskim wynikiem nadziei podstawowej jest istotna statystycznie jedynie w przypadku strategii: Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia. Zgodnie z przyjętą hipotezą osoby z wysokim poziomem nadziei podstawowej częściej wybierają tę strategię adaptacyjną, zwłaszcza w pierwszych miesiącach ciąży. Nie ma podstaw do orzeczenia prawdziwości pozostałych hipotez odnoszących się do pozostałych strategii radzenia sobie ze stresem.

Druga grupa hipotez szczegółowych dotyczy grupy II – kobiet w końcowym okresie ciąży. W grupie tej 26 kobiet uzyskało wysoki wynik (powyżej 70 punktów), zaś 30 – wynik niski (poniżej 70 punktów). W tabeli 7 przedstawiono wyniki statystyki t-Studenta dla całej grupy w końcowym okresie ciąży.

Tabela 7. Test t-Studenta dla kobiet na końcu ciąży; zmienna grupująca: wynik w BHI.

			wariacje homogeniczne			wariacje heterogeniczne		
	Wysokie BHI	Niskie BHI	t est. war.	df	p	t z oddz.	df	p dwustronne
1. <u>Konc_Probl</u>	26,500	26,367	-0,133	54	0,895	---	---	---
2. <u>Uc_Alkoh</u>	4,310	4,433	---	---	---	0,595	41,630	0,555
3. <u>Emoc_Wsp</u>	22,420	21,53	-0,936	54	0,354	---	---	---
4. <u>Zwra_Relig</u>	12,460	9,367	-4,607*	54	0,000*	---	---	---
5. <u>Poz_Przew</u>	11,460	11,1	---	---	---	-0,461	39,374	0,647
6. <u>Uc_M/Ż</u>	8,346	10,2	2,358*	54	0,022*	---	---	---
7. <u>Wyparc.</u>	3,846	4,17	---	---	---	1,070	50,523	0,290
8. <u>Konc_Emoc</u>	8,885	10,23	2,5284*	54	0,014*	---	---	---

Poziom istotności  $\alpha=0,05$ ; Liczebność: wysokie BHI:  $n=26$ ; niskie BHI:  $n=30$

W grupie kobiet w końcowym okresie ciąży występuje istotna statystycznie różnica między osobami z wysoką i niską nadzieją dla skal: Zwracanie się w kie-

runku religii, Ucieczka w świat marzeń i żartowanie z sytuacji, Koncentracja na emocjach i ich wyładowaniu. Przy czym do skali: Zwracanie się w kierunku religii nie postawiono hipotezy ze względu na brak jednoznacznych przesłanek teoretycznych odnośnie do adaptacyjności tego rodzaju strategii radzenia sobie ze stresem. Wyniki dla pozostałych skal są zgodne z przyjętymi przez nas teoretycznymi założeniami.

## 7. DYSKUSJA WYNIKÓW

Odnosnie do przyjętej hipotezy o wpływie nadziei podstawowej na wybór adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem wśród wszystkich badanych osób uzyskano wyniki korelacji ( $r$ -Pearsona), potwierdzające istnienie związku między siłą nadziei i wyborem sześciu strategii z ośmiu. Według założeń teoretycznych strategii, które weszły w skład czynników uzyskanych w naszej analizie czynnikowej, za adaptacyjne sposoby radzenia sobie ze stresem można uznać: Koncentrację na problemie, Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia, Zwracanie się w kierunku religii, Pozytywne przewartościowanie i akceptacja (por. Carver, Scheier, Weintraub, 1989). Uzyskane korelacje są więc zgodne z przewidywaniami teoretycznymi, dotyczącymi związku nadziei podstawowej z adaptacyjnymi strategiami. Istotnie statystycznie korelacje ujemne z nadzieją podstawową dotyczą strategii: Ucieczka w alkohol (-0,213) i Ucieczka w świat marzeń i żartowanie z sytuacji (-0,183), które w teorii *copingu* uznane są za sposoby nieadaptacyjne. Wynik ten jest więc zgodny z hipotezami o ujemnej korelacji nadziei podstawowej z tymi strategiami.

Potwierdzenia nie znalazły jedynie dwie hipotezy, odnoszące się do skal: Wypieranie (ignorowanie problemu); Koncentracja na emocjach i ich wyładowaniu. Tak więc niski poziom nadziei podstawowej nie jest czynnikiem wpływającym na zachowanie i jedynie wysoki poziom nadziei wpływa na reakcje w sytuacjach kryzysowych, czyli silna nadzieja podstawowa – wiara w porządek, sprawiedliwość i sens w świecie – ułatwia podejmowanie konkretnych działań, mających na celu pokonanie zaistniałych problemów, np. przez planowanie, ale też powstrzymanie konkurencyjnych działań, spokojne oczekiwanie na chwilę, gdy można będzie coś konkretnego zrobić (hamowanie działania). Wewnętrzna siła potrzebna do zbudowania nowego „ładu” ułatwia pozytywne przewartościowanie i akceptację niezbędnych zmian oraz sprzyja pogodzeniu się ze stratą i szukanie emocjonalnego wsparcia wśród bliskich, zwracanie się w kierunku religii. Silna nadzieja podstawowa chroni też przed pozornym radzeniem sobie ze stresem, przez ucieczkę, czy to w alkohol, czy w świat marzeń.

Kolejna grupa hipotez dotycząca wpływu etapu macierzyństwa na wybór strategii radzenia sobie ze stresem, takich jak: Koncentracja na problemie (w grupie kobiet w końcowym okresie ciąży) i Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia (wśród kobiet na początku ciąży), nie znalazła potwierdzenia, mimo iż zgodnie z założeniami teoretycznymi, analizując średnie wyniki, najczęściej strategię: Koncentracja na problemie wybierały kobiety właśnie z grupy drugiej a najrzadziej z grupy na początku ciąży (por. Huizink, 2000; Kornas-Biela, 2002).

Podobnie potwierdzenia nie znalazła hipoteza odnosząca się do strategii: Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia. Patrząc na średnie wyniki w poszczegól-

nych grupach, strategia poszukiwania wsparcia najczęściej wybierana była wśród kobiet w końcowym etapie ciąży. Na wynik ten wpływ może mieć fakt, iż tę grupę kobiet w przeważającej większości stanowiły kobiety ze Szkoły Rodzenia (70,4% kobiet z grupy II) i w zajęciach uczestniczyły wraz z osobą towarzyszącą, najczęściej ojcem dziecka. Niewątpliwie otrzymywały one duże wsparcie zarówno emocjonalne jak i instrumentalne (poszukiwanie informacji, dzielenie się doświadczeniami).

Przyczyn niepotwierdzenia powyższej hipotezy można doszukiwać się w małej różnicy między grupami w etapie macierzyństwa. Dla pierwszej i drugiej grupy były to zaledwie 4 tygodnie (I gr.: 10-25 tydzień ciąży; II gr.: 29-39 tydzień ciąży). Również długość przedziałów czasowych nie była porównywalna. Dla I grupy to 15 tygodni, dla II grupy jedynie 10 tygodni, dla grupy kontrolnej nawet kilka lat (matki dzieci w wieku od kilku miesięcy do kilku lat). Różnice te wynikają z faktu, że początkowo czynnikiem wpływającym na wybór strategii radzenia sobie ze stresem miał być fakt bycia w pierwszej bądź kolejnej ciąży. W konsekwencji braku możliwości dotarcia do grupy kobiet w kolejnej ciąży, uległ zmianie plan badawczy, na rzecz czynnika: etap macierzyństwa, gdzie grupę kontrolną stanowiły matki.

Z braku możliwości uzasadnień teoretycznych i braku danych empirycznych w literaturze przedmiotu, odnośnie do pozostałych sześciu skal kwestionariusza COPE badanie miało charakter eksploracyjny. Sprawdzono jedynie, czy pozostałe strategie radzenia sobie ze stresem zależą od etapu macierzyństwa. Nie stwierdzono, żeby wybór tych strategii był związany z etapem macierzyństwa. Generalnie ich wybór wydaje się uzależniony raczej od zmiennych osobowościowych, jak np. poczucie umiejscowienia kontroli, czy stylu radzenia sobie ze stresem niż od sytuacyjnych uwarunkowań.

Interesujący jest jednak pewien szczegółowy wynik odnoszący się do strategii: Ucieczka w świat marzeń i żartowanie w sytuacji. Test F wykazał istnienie różnic między trzema grupami badanych kobiet. W teście kontrastów ujawniła się różnica między grupą I i III, czyli kobiet na początku ciąży i kobiet będących już matkami. Na tej podstawie można by wnioskować, że kobiety-matki częściej traktują problem związany ze zmianami, jakie nastąpiły w ich życiu, jako temat do żartów bądź unikają myślenia o tym przez ucieczkę w rozrywki lub myślenie o czymś innym. W wersji amerykańskiej itemy z tej skali należały do skal: Humor i psychiczne nieangażowanie się i należały do kategorii nieadaptacyjnych sposobów radzenia sobie, zwłaszcza jeżeli są stosowane przez długi czas (Carver, Scheier, Weintraub, 1989). Nie znaleziono poparcia w literaturze odnośnie do tych przypuszczeń, ale być może strategię tę są najlepsze, na jakie może sobie pozwolić kobieta, która jest matką, choć niekoniecznie akceptuje konsekwencje, jakie się z tym wiążą. Możliwe, że na wynik ten wpływał także fakt, iż kobiety-matki oceniały ciężę z perspektywy czasu, łatwiej zatem było im zdobyć się na dystans i żarty, co do stresów związanych z ciążą i porodem. Niewątpliwie zagadnienie to wymaga ponownego zweryfikowania.

Stwierdzona istotność różnic w przypadku skali: Wypieranie (ignorowanie problemu), dotyczy przede wszystkim grupy kobiet pod koniec ciąży. Ta grupa kobiet miała najniższe wyniki w tej skali, czyli najrzadziej wybierały strategię:

Wypieranie (ignorowanie problemu). Wydaje się, iż wynik ten można wytłumaczyć faktem, iż zbliżający się termin porodu i stres z nim związany jest na tyle silny, iż trudno zachowywać się tak, jakby nic się nie zmieniło, drwić z sytuacji. Również fakt, iż dziecko w łonie porusza się, czyni je bardzo realnym, właściwie już w tym momencie znaczna część aktywności matki jest mu podporządkowana. Strategia Zaprzeczanie wydaje się nieadekwatna do problemów, z jakimi musi skonfrontować się przyszła matka.

Reasumując dyskusję uzyskanych wyników badań, należy stwierdzić, że zagadnienie wpływu etapu macierzyństwa na wybór strategii radzenia sobie ze stresem – ciąży i związane z nią zmiany – wymagają od kobiety podjęcia próby dopasowania dotychczasowego życia do sytuacji zostania matką. Zmiany z tym związane mogą stanowić źródło stresu, z którym można radzić sobie na wiele sposobów, uzależnionych od aktualnie dominującego problemu.

Ostatnia grupa hipotez, dotyczy zależności między Nadzieją Podstawową a wyborem strategii radzenia sobie dla poszczególnych grup: w początkowym i końcowym okresie ciąży. Spośród postawionych hipotez potwierdzona została tylko hipoteza odnosząca się do skali: Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia. Wyższe wyniki w tej skali miały kobiety, których wynik w BHI był wysoki (powyżej 68 punktów), co jest zgodne z postawioną hipotezą. Wynik ten stanowi potwierdzenie rozważań teoretycznych, dotyczących sytuacji pierwszej ciąży (por. Huizink, 2000; Kornas-Biela, 2002; Żarczyńska, 2003). Na początku trwania ciąży, niezależnie od tego, czy była planowana, czy nie, przed kobietą, przyszłą matką, otwiera się nowy rozdział w życiu, z którym wiążą się różne niepokoje, rozterki, zmiany. Jest to okres, w którym właściwie niewiele można zrobić, by zredukować stres związany z porodem, obawami odnośnie do własnego i dziecka zdrowia, niepokojem co do przyszłości. Ponadto w pierwszym okresie ciąży, ze względu na liczne przemiany hormonalne, kobiety stają się bardzo labilne emocjonalnie, więc poszukiwanie emocjonalnego oparcia w partnerze, w kontakcie z własną matką, rodziną jest dość częste i potrzebne. Brak uprzednich doświadczeń związanych z ciążą, na których można by się oprzeć, często motywuje kobiety do poszukiwania informacji nie tylko w poradnikach, ale i u osób z doświadczeniem macierzyństwa. Niewątpliwie strategia ta pomaga poradzić sobie z emocjonalnym dystresem i jest bardzo ważna w sytuacji braku kontroli, jaką jest oczekiwanie narodzin dziecka. Teza ta znajduje szerokie poparcie w literaturze (np. Lazarus, 1999; Kornas-Biela, 2002). Radzenie sobie ze stresem przez poszukiwanie wsparcia jest częstsze u osób z wysokim wynikiem w BHI, co potwierdza koncepcję wpływu poziomu nadziei podstawowej na adaptacyjność zachowań w sytuacji „zmiany ładów” (np. Trzebiński, Zięba, 2003a; Trzebiński, 2004b).

Hipoteza dotycząca kobiet, które w ostatnich tygodniach ciąży preferowały strategię: Ucieczka w świat marzeń i żartowanie z sytuacji; Koncentracja na emocjach i ich wyładowaniu, potwierdziła założenie, że strategię te wybierały częściej kobiety z grupy o niskim poziomie nadziei podstawowej. Strategię te, zgodnie z danymi literatury przedmiotu, zalicza się do nieadaptacyjnych (por. Kornas-Biela, 2002; Budrowska, 2000). Częstsze wybieranie tych strategii przez kobiety o słabej nadziei podstawowej jest zgodna z koncepcją J. Trzebińskiego i M. Zięby (2003a), iż poziom nadziei jest czynnikiem, który wpływa na sposób

reagowania w sytuacjach przełomowych, jaką niewątpliwie jest pierwsza ciąża i przyjście na świat nowego członka rodziny.

W grupie kobiet w końcowym okresie ciąży wykazano istnienie różnicy między grupami osób z wysoką i niską nadzieją odnośnie do wybierania strategii radzenia sobie ze stresem: Zwracanie się w kierunku religii. Może to mieć związek ze składowymi nadziei podstawowej, czyli wiarą w istnienie wyższego porządku w świecie, sprawiedliwości i przychylności świata wobec własnego losu. Przekonania te mogą bowiem łączyć się z postawą poszukiwania emocjonalnego wsparcia w kontakcie z religią jako źródłem wiary, że rzeczy będą się układały dobrze, że mam oparcie w kimś, kto jest mi przychylny – w Bogu (Trzebiński, Zięba, 2003a, b). Z religii czerpać można również wzorzec matki – Matki Boskiej. Identyfikacja z rolą matki jest niewątpliwie korzystna dla procesu adaptacji do nowej roli (Kornas-Biela, 2002). Jednak wzorzec ten jest bardzo wyidealizowany (doskonale cierpliwa, całkowicie oddana, posłuszna) i przez to może zaburzać adekwatne pojmowanie sytuacji i zadań macierzyństwa (por. np. stereotyp matki-Polki) (Budrowska, 2000).

Konkludując rezultaty empirycznej weryfikacji hipotez, prowadzone badania potwierdzają istnienie związku między siłą nadziei podstawowej, czyli ogólnego przeświadczenia o sensowności i przychylności otaczającej rzeczywistości a strategiami radzenia sobie ze stresem okołoporodowym. Silna nadzieja podstawowa wpływa na wybór adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem związanym z oczekiwaniem narodzin pierwszego dziecka, ułatwiających adaptację do pełnienia nowej roli – matki.

## 8. WNIOSKI

1. Nadzieja podstawowa może być jednym z czynników wyjaśniających postawy przyszłych matek wobec macierzyństwa. Silna nadzieja wpływa bowiem na zachowanie i emocje kobiet przyczyniając się do adekwatnej identyfikacji z nową rolą – rolą matki.

2. Na wybór strategii radzenia sobie ze stresem w sytuacji oczekiwania narodzin pierwszego dziecka wpływ mają m.in. poziom nadziei podstawowej i etap ciąży. Kobiety z silną i słabą nadzieją podstawową w poszczególnych grupach badawczych różnią się pod względem stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem. Strategię Koncentracja na problemie, najrzadziej wybierają kobiety na początku ciąży. Natomiast najniższe wyniki w skali Wypieranie (ignorowanie problemu) preferują kobiety będące w ostatnich tygodniach ciąży. Wśród kobiet na początku ciąży, wysoki poziom nadziei podstawowej wpływał na częstszy wybór strategii Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia; zaś w grupie kobiet w ostatnich tygodniach ciąży niski wynik łączył się z Ucieczką w świat marzeń i żartowaniem z sytuacji, oraz z Koncentracją na emocjach i ich wyładowaniu. Jednak zagadnienie wpływu tych czynników na wybór strategii *copingu* wymaga ponownego zbadania z uwzględnieniem szerszego kontekstu.

3. Dla strategii: Zwracanie się w kierunku religii badanie miało charakter eksploracyjny. Przy zmienionym kierunku wnioskowania, uzyskane wyniki mogą sugerować, iż strategia ta jest adaptacyjną, gdyż łączy się z silną nadzieją podstawową wśród wszystkich badanych osób.

## BIBLIOGRAFIA

- Bartosz, B. (2002). *Doświadczenie macierzyństwa: analiza narracji autobiograficznych*. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski.
- Blechman, E. A., Lowell, E. S., Garrett, J. (1999). Prosocial coping and substance use during pregnancy. *Addictive Behavior*, 24, 99-109.
- Breen, D. (1975). *The Birth of a First Child. Towards an Understanding of Femininity*. London: Tavistock Publications.
- Budrowska, B. (2000). *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety*. Wrocław: Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies. A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 267-283.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. (1994). Situational Coping and Coping Dispositions in a Stressful Transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 184-195.
- Dukewich, T. L., Borkowski, J. G., Whitman, T. L. (1996). Adolescent mothers and child abuse potential: an evaluation of risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 20, 1031-1047.
- Dunkel-Schetter, C. (1998). Maternal stress and preterm delivery. *Prenatal and Neonatal Medicine*, 3, 39-42.
- Erikson, E. H. (1997). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Rebis.
- Erikson, E. H. (2002). *Dopełniony cykl życia*. Poznań: Rebis.
- Garber J., Seligman M. (1980). *Human Helplessness: Theory and Application*. New York: Academic Press.
- Green, J. M., Murray, D. (1994). *The use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria*. W: J. Cox, J. Holden, (red.), *Perinatal Psychiatry: the use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell, 180-215.
- Heszen-Niejodek, I. (1996). *Podstawowe zagadnienia psychologicznej teorii stresu i radzenia sobie*. W: Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna. III, 8/9, 7-20.
- Huizink, A. C., Robles de Medina, P. G., Edu J. H. M., Gerard H. A. V., Buitelaar, J. K. (2000). *Does coping mediate the effects of stress in pregnancy?* W: A. C. Huizink, *Prenatal stress and its effect on infant development*. Utrecht: Instytut Neurologii, Uniwersytet Medyczny w Utrecht.
- Killison, C. M. (1995). Special health care needs of homeless pregnant women. *Advances in Nursing Science* 18, 44-56.
- Kornas-Biela, D. (2002). *Kobieta staje się matką*. W: *Wokół początku życia ludzkiego*. Warszawa: Pax, 42-66.
- Kitzinger, S. (1996). *Psychologia ciąży*, W: S. Kitzinger: *Szkoła rodzenia*. Warszawa.
- Lazarus, R. S. (1986). The Stress and Coping Paradigm. tłumaczenie polskie. *Nowiny Psychologiczne*, 3/4, 2-39.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Levin, J. S. (1991). The factor structure of the pregnancy anxiety scale. *Journal of Health and Social Behavior* 32, 368-381.

- McQueeney, D. A., Stanton, A. L., Sigmon, S. (1997). Efficacy of emotion-focused and problem-focused group therapies for women with fertility problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 313-331.
- Miller, J. F., Oertel, C. (1985). *Powerlessness in Elderly: Preventing Hopelessness*. W: J. F. Miller, *Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Levy-Shift, R., Dimitrovsky, L., Shulman, S., Har-Even, D., (1998). Cognitive Appraisals, Coping Strategies, and Support Resources as Correlates of Parenting and Infant Development. *Developmental Psychology American Psychological Association*, 34, 6, 1417-1427.
- Scheier, M. F., Carver, Ch. S. (1985). Optimism, Coping and Health: Assessment and Implication of Generalized Outcome Expectancies. *Health psychology* 4 (3), 219-247.
- Seligman M. (1996). *Optymizmu można się nauczyć*. Poznań: Media Rodzina of Poznań.
- Seligman, M., Elder G. (1985). *Learned Helplessness and Life-Span Development*.
- Sjögren, B. (1997) Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 18, 266-272.
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of Hope. Theory, Measures and Applications*. Laurence, San Diego: Academic Press.
- Stefańska-Klar, R., (1997). Psychologiczne mechanizmy nadziei. *Człowiek i przyroda* 7.
- Stefańska-Klar, R., (2002). Podstawy psychologii nadziei. *Psychologia i Rzeczywistość* 1/02. Dostępne: <http://www.psycholog.alleluja.pl/tekst.php?numer=147>.
- Striegel-Moore, R. H., Goldman, S. L., Garvin, V., Rodin, J. (1996). A prospective study of somatic and emotional symptoms of pregnancy. *Psychology of Women* 20, 393-408.
- Terelak, J. F. (2001). *Psychologia stresu*. Bydgoszcz: Branta.
- Terelak, J. F. (1997). *Studia z psychologii stresu*. Warszawa: Wydawnictwo ATK.
- Thorpe, K. J., Dragonas, T., Golding, J. (1992). The effects of psychosocial factors on the emotional well-being of women during pregnancy: A cross-cultural study of Britain and Greece. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 10, /191-204.
- Trzebiński, J. (2001). *Podstawowa nadzieja a wskaźnik zdrowia psychicznego*. Niepublikowany raport z badań. Warszawa: SWPS.
- Trzebiński, J., Zięba M. (2003a). Nadzieja, strata, rozwój. *Psychologia Jakości Życia* 2 (1), 5-33.
- Trzebiński, J., Zięba, M. (2003b). *Kwestionariusz Nadziei Podstawowej – BHI-12*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Trzebiński, J. (2004a). *Geneza i rozwój nadziei podstawowej*. Materiał nieopublikowany.
- Trzebiński, J. (2004b). *Teoria podstawowej nadziei wg Erika Eriksona*. Materiał udostępniony.
- Trzebiński, J., Zięba, M. (2004c). Basic hope as a world-view: an outline of a concept. *Polish Psychological Bulletin* 35 (3), 173-182.

- Wrześniewski, K. (1996). *Pomiar radzenia sobie ze stresem – wybrane zagadnienia*. W: Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna. III, 8/9, 34-46.
- Yali, A. M., Lobel, M. (1999). Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 20, 39-52.
- Yali, A. M.; Lobel, M. (2002). Stress-resistance resources and coping in pregnancy. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal* 15 (3), 8, 289-309. Dostępne: <http://www.tandf.co.uk/journals/gb/10615806.html>
- Zachariah, R. (1996). Predictors of psychological well-being of women during pregnancy. Psychological aspects. *Journal of Social Behavior & Personality* 11, 127-141.
- Zavalloni, R. (1999). *Psychologia Nadziei*. Kielce: Wydawnictwo Jedność.
- Żarczyńska, D. (2003). *Emocje kobiety w ciąży*. Dostępne: <http://psychologiadlamam.republika.pl/ciaza-01.html>