

Autoreferat

1. Imię i nazwisko

Michalina Iłska

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe lub artystyczne – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej

- | | |
|------|--|
| 2023 | Specjalista Psychologii Klinicznej
SP Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko w Zabrze
Subspecjalizacja: Psychologia kliniczna w chorobach somatycznych |
| 2018 | Stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk społecznych
Instytut Psychologii, Uniwersytet Śląski w Katowicach
Tytuł rozprawy doktorskiej: Rola zasobów indywidualnych i relacyjnych w budowaniu dobrostanu psychicznego kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka (<u>rozprawa doktorska wyróżniona, obrona wyróżniona</u>)
Promotor: dr hab. Hanna Przybyła-Basista |
| 2005 | Tytuł zawodowy magister psychologii
Instytut Psychologii, Uniwersytet Śląski
Tytuł pracy magisterskiej: Motywacja do spędzania wolnego czasu w okresie wyłaniającej się dorosłości
Promotor prof. dr hab. Augustyn Bańka |
| 2005 | Tytuł zawodowy licencjat ekonomii
Uniwersytet Ekonomiczny, w Katowicach |

3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych

- | | |
|-------------------|---|
| 10.2024 – nadal | Uniwersytet Śląski w Katowicach, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii
Profesor Uczelni |
| 10.2019 – 09.2024 | Uniwersytet Śląski w Katowicach, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii
Adiunkt |

10.2014 – 09.2019	Uniwersytet Śląski w Katowicach, Instytut Psychologii; Katedra Psychologii Rozwoju Człowieka i Badań nad Rodziną Asystent
03.2009 – 10. 2013	Wyższa Szkoła Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach; Wydział Humanistyczno - Społeczny Nauczyciel akademicki

4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.). Omówienie to winno dotyczyć merytorycznego ujęcia przedmiotowych osiągnięć, jak i w sposób precyzyjny określać indywidualny wkład w ich powstanie, w przypadku, gdy dane osiągnięcie jest dziełem współautorskim, z uwzględnieniem możliwości wskazywania dorobku z okresu całej kariery zawodowej

Podstawę do wszczęcia niniejszego postępowania o nadanie stopnia doktora habilitowanego stanowi cykl powiązanych tematycznie artykułów naukowych, wskazanych w pkt. I wykazu osiągnięć naukowych, mających znaczny wkład w rozwój określonej dyscypliny, osiągnięcie, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

Za swoje główne osiągnięcie naukowe uznaję cykl badań dotyczących analizy czynników ryzyka i czynników ochronnych zdrowia psychicznego kobiet w ciąży i w okresie okołoporodowym (przy uwzględnieniu wskaźników pozytywnego funkcjonowania oraz obecności objawów psychopatologii), które pozwoliły na empiryczne udokumentowanie specyficznych czynników ryzyka oraz czynników ochronnych w kontekście doświadczanych przez jednostkę wyzwań życiowych.

W cyklu dziesięciu publikacji wchodzących w skład dzieła zawarłam teoretyczną i empiryczną analizę wybranych wyznaczników zdrowia psychicznego kobiet w ciąży oraz w okresie okołoporodowym oraz ich korelatów indywidualnych, relacyjnych i kontekstowych, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów położniczych. Zbiór ten składa się z trzech ściśle powiązanych tematycznie wątków teoretycznych i badawczych. Elementy, które scalają te wątki badawcze to po pierwsze analizowana grupa badawcza - kobiety w ciąży i/lub w okresie okołoporodowym oraz obszar badanego zjawiska tj. ich zdrowie psychiczne analizowane w tym specyficznym kontekście. Wspólnym obszarem wskazanych publikacji jest również wiodąca oś podejmowanych rozważań, mianowicie nurt pozytywny psychologii klinicznej

pozwalający na integrację perspektywy psychopatologii oraz kryzysu w zestawieniu ze znaczeniem zasobów mobilizowanych w twórczym procesie zaradczym. To co zmienia się w kolejnych projektach badawczych to szczegółowy kontekst prowadzonych analiz tj. ciąża wysokiego ryzyka, okres okołoporodowy, czy czas pandemii COVID-19. Uszczegółowienie kontekstu badawczego jest efektem mojego rozwoju naukowego, postępującej dojrzałości i ewoluowania tym samym stawianych pytań badawczych na kolejnych etapach mojej pracy. Nie bez znaczenia pozostawały również tzw. czynniki makro, do jakich należał niewątpliwie kryzys zagrożenia epidemiologicznego w postaci pandemii COVID-19. Poszczególne etapy rozwoju badawczego opisane w ramach dzieła pozwalały ponadto na dalsze stawienie pytań oraz wyjaśnianie interesujących aspektów zdrowia psychicznego kobiet w okresie prenatalnym i okołoporodowym.

Pierwszy wątek teoretyczno-badawczy został omówiony w dwóch publikacjach (Ilska i Przybyła-Basista, 2020; Ilska i in. 2020a). Dotyczy on poszukiwania wybranych wyznaczników dobrostanu psychicznego kobiet w ciąży. Drugi wątek analiz akcentujący znaczenie wybranych czynników ochronnych i czynników ryzyka wyznaczników zdrowia psychicznego kobiet w ciąży i w okresie poporodowym jest analizowany przeze mnie w pięciu publikacjach (tj. Ilska i in., 2019; Gregor i in., 2019; Ilska i in. 2020b; Ilska i in, 2021a; Ilska i in., 2025). Ostatni wątek teoretyczno-badawczy, stanowiący eksplorację czynników istotnych dla zdrowia psychicznego ciężarnych w sytuacji pandemii COVID-19, powstał w ramach współpracy międzynarodowej, w odpowiedzi na zapotrzebowanie społeczne. Jest on analizowany przeze mnie w trzech publikacjach (Ilska i in. 2021b; Ilska i in. 2021c; Ilska i in. 2022).

W dalszej części omawiania osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy, przyjąłam wyżej przytoczoną kolejność wątków teoretyczno-badawczych zgodnych z chronologią ich eksploracji badawczej. Zatem w pierwszej kolejności opisuję badania dotyczące predyktorów ogólnie pojętego zdrowia psychicznego (za którego wyznacznik przyjmuję dobrostan psychiczny). Następnie omawiam wątek badań empirycznych dotyczący roli i znaczenia czynników ochronnych i czynników ryzyka wyznaczników zdrowia psychicznego kobiet w II i III trymestrze ciąży i w okresie poporodowym – koncentruję się w nim na wybranych i istotnych zarówno z punktu widzenia praktyki badawczej, jak i klinicznej, problemach okresu okołoporodowego. Na końcu przytaczam badania dotyczące zdrowia psychicznego ciężarnych i jego wyznaczników w czasie pandemii COVID-19. Każdy z tych wątków teoretycznych i empirycznych zostanie opisany przeze mnie w porządku chronologicznym. Taki sposób prezentacji zaplanowanego i przeprowadzonego procesu badawczego pozwala prześledzić źródła inspiracji naukowych dla podejmowanych kolejno

kroków i ukazuje tym samym postęp w realizacji mojego potencjału jako badacza. Ponadto, trójwarstwowy podział cyklu na spójnie powiązane ze sobą zagadnienia demonstruje, iż praca w obrębie każdego z nich miała charakter przemyślany, ukierunkowany i skoncentrowany wokół przyjętej koncepcji przewodniej. Była również odpowiedzią na doświadczenia i wyzwania jakie napotykałam na swojej drodze zawodowej (jako psycholog kliniczny, pracujący na oddziale ginekologiczno-położniczym), jak również wyzwania sytuacji zdrowotnej na świecie (czas pandemii COVID-19). Co ważne, prezentuję w ten sposób systematyczny i planowy rozwój prezentowanego przeze mnie podejścia badawczego oraz mój rosnący wkład teoretyczny i empiryczny w obszar badań nad zdrowiem psychicznym kobiet w ciąży i we wczesnym połogu.

a) tytuł osiągnięcia naukowego/artystycznego

Analiza czynników ryzyka i czynników ochronnych zdrowia psychicznego kobiet w ciąży i w okresie okołoporodowym

b) publikacje wchodzące w skład osiągnięcia naukowego (autor/autorzy, tytuł/tytuły publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa, recenzenci wydawniczy)

Dane bibliometryczne	IF z roku publikacji	IF pięcioletni	Punkty MEIN z roku publikacji
1. Ilska, M. , Kołodziej-Zaleska, A., & Brandt-Salmeri, A. (2019). Assessment of Obstetrician-patient Relationship and Stress Levels Experienced by Women in Healthy Pregnancy and Pregnancy Complicated by Maternal or Fetal Factors. <i>Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie/Politechnika Śląska</i> , (141), 115-132. DOI: 10.29119/1641-3466.2019.141.9	0.0	0.0	70
2. Gregor, K., Banaś, E., Malec, M., Ilska, M. , Jagielska, A., Rak, K., Czuba, B., & Cnota, W. (2019). Lęk porodowy – czynniki ryzyka oraz jego wpływ na przebieg porodu, połogu i stan noworodka. <i>Ginekologia i Płodnictwo-Medical Project</i> , 51, 009-013.	0.0	0.0	20

3. Ilska, M., & Przybyła-Basista, H. (2020). The role of partner support, ego-resiliency, prenatal attitudes towards maternity and pregnancy in psychological well-being of women in high-risk and low-risk pregnancy. <i>Psychology, Health & Medicine</i> , 25(5), 630–638. DOI: 10.1080/13548506.2020.1737718	2.423	3.5	70
4. Ilska, M., Brandt-Salmeri, A., & Kołodziej-Zaleska, A. (2020a). Effect of prenatal distress on subjective happiness in pregnant women: The role of prenatal attitudes towards maternity and ego-resiliency. <i>Personality and Individual Differences</i> , 163, 110098. DOI: 10.1016/j.paid.2020.110098	3.004	3.1	100
5. Ilska, M., Banaś, E., Gregor, K., Brandt-Salmeri, A., Ilski, A., & Cnota, W. (2020b). Vaginal delivery or caesarean section - Severity of early symptoms of postpartum depression and assessment of pain in Polish women in the early puerperium. <i>Midwifery</i> , 87, 102731. DOI: 10.1016/j.midw.2020.102731	2.049	3.1	100
6. Ilska, M., Brandt-Salmeri, A., Kołodziej-Zaleska, A., Banaś, E., Gelner, H., & Cnota, W. (2021a). Factors associated with fear of childbirth among Polish pregnant women. <i>Scientific Reports</i> , 11(1), 4397. DOI: 10.1038/s41598-021-83915-5	4.380	4.9	140
8. Ilska, M., Kołodziej-Zaleska, A., Brandt-Salmeri, A., Preis, H., & Lobel, M. (2021b). Pandemic-related pregnancy stress assessment- Psychometric properties of the Polish PREPS and its relationship with childbirth fear. <i>Midwifery</i> , 96, 102940. DOI: 10.1016/j.midw.2021.102940	2.640	3.1	100
7. Ilska, M., Kołodziej-Zaleska, A., Brandt-Salmeri, A., Preis, H., & Lobel, M. (2021c). Pandemic Stress and Its Correlates among Pregnant Women during the Second Wave of COVID-19 in Poland. <i>International journal of environmental research and public health</i> , 18(21), 11140. DOI: 10.3390/ijerph182111140	4.614	3.5	140
9. Ilska, M., Brandt-Salmeri, A., Kołodziej-Zaleska, A., Preis, H., Rehbein, E., & Lobel, M. (2022). Anxiety among pregnant women during the first wave of the COVID-19 pandemic in Poland. <i>Scientific Reports</i> , 12(1), 8445. DOI: 10.1038/s41598-022-12275-5	4.600	4.9	140
10. Ilska, M., Kołodziej-Zaleska, A., Brandt-Salmeri, A. (2025). Adaptive and maladaptive profiles in mothers of infants – a cross-sectional study on the meaning of self-confidence and mental health. <i>Midwifery</i> , DOI: 10.1016/j.midw.2025.104320	2.600	2.9	100
Suma:	26.31	29.0	980

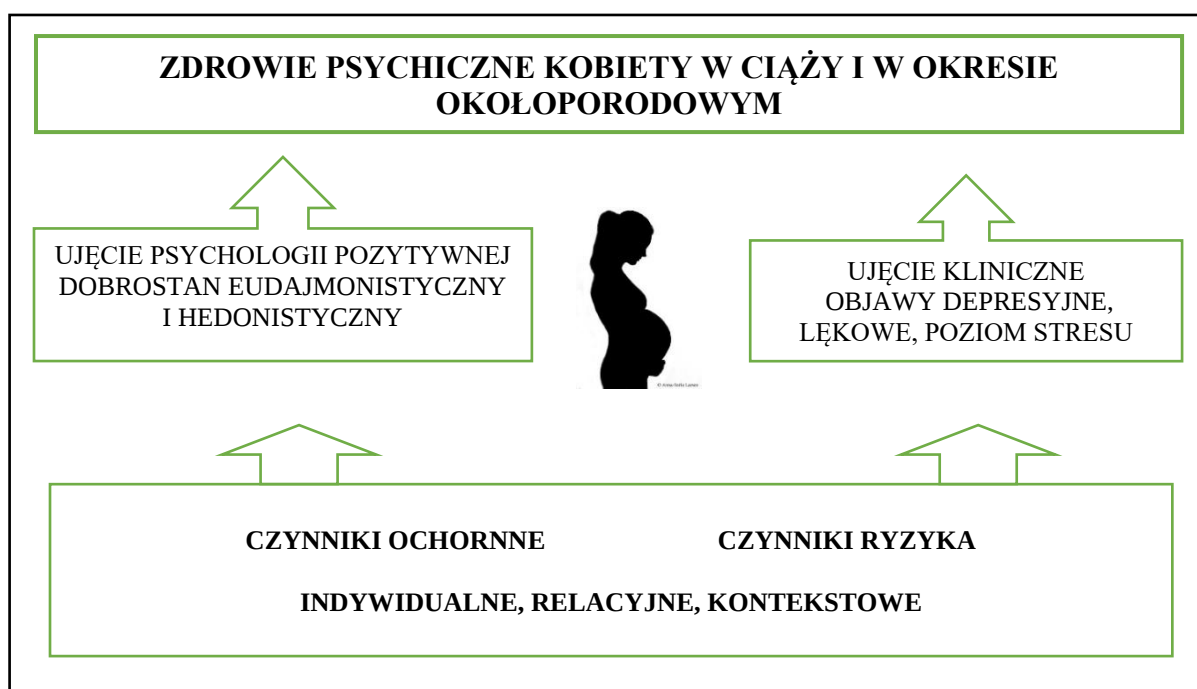
c) omówienie celu naukowego/artystycznego ww. pracy/prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

Badania zaprezentowane w publikacjach stanowiących dzieło koncentrują się wokół problematyki zdrowia psychicznego kobiety ciężarnej rozumianego w modelu teoretycznym psychologii pozytywnej jako poziom dobrostanu psychologicznego czy poczucia szczęścia jednostki, a w ujęciu klinicznym jako obecność oraz natężenie objawów wybranych zaburzeń

(np. depresyjnych czy lękowych). Głównym celem podejmowanych badań była identyfikacja potencjalnych czynników ryzyka, a także czynników ochronnych wybranych wyznaczników zdrowia psychicznego kobiet ciężarnych i w okresie okołoporodowym w różnych kontekstach, szczególnie tych noszących znamiona kryzysu.

Dla realizacji przyjętego celu podjęłam się serii badań sukcesywnie przybliżając się do rozumienia fenomenu zdrowia psychicznego w kontekście ciąży i okresu okołoporodowego, jego uwarunkowań, czynników zagrażających, jak i wzmacniających oraz ochronnych.

To, co integruje w spójną całość wskazany cykl publikacji to sytuacja ciąży i okres okołoporodowy analizowany z perspektywy kobiety, uwzględniający jej aspekty indywidualne, relacyjne i kontekstowe. To, co z kolei jest odmienne w podejmowanych tematach to analizowany zespół czynników współistniejących, różnicujących kontekst i specyficzne dla niego wyzwania np. ciąża wysokiego ryzyka, poród i wczesny połóg, czy czas pandemii COVID-19 (por. rycina 1).



Rycina 1. Teoretyczny model rozważań cyklu publikacji

Próba integracji perspektywy uwzględniającej z jednej strony paradygmat psychopatologii, a z drugiej promocję zdrowia psychicznego w kontekście wspierania zasobów, przybliżyła badacza do złożoności eksplorowanego pojęcia. Co więcej, perspektywa wielopłaszczyznowa posiada większy potencjał w kontekście celów aplikacyjnych i wzbogacania praktyki klinicznej.

Przyjęcie założenia o jedności bio-psycho-społecznej człowieka pozwala na pełną i skuteczną diagnozę funkcjonowania jednostki, jak i planowanie efektywnej pomocy psychologicznej czy profilaktyki zdrowotnej (Cierpiałowska i Sęk, 2020; Heszen-Celińska i Sęk, 2020). Teoretyczne i empiryczne modele zdrowia (w tym zdrowia psychicznego) prezentowane w psychologii zdrowia, wiedza o rozwoju kobiety w biegu życia oraz psychologia prokreacji to podstawy teoretyczne, które integruję w procesie badawczym oraz implementacji otrzymanych danych.

Definicja zdrowia WHO (2001) zakłada, iż zdrowie to pełny dobrostan fizyczny (sfera biologiczna), psychiczny (sfera psychiczna i duchowa) i społeczny (sfera rodzinna i społeczna), a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności. Obszary te wzajemnie na siebie oddziałują (Cierpiałowska i Sęk, 2020; Heszen-Celińska i Sęk, 2020). Holistyczne podejście do funkcjonowania człowieka, akcentowane również w przytoczonej definicji zdrowia, wymaga monitorowania jego różnych obszarów szczególnie w sytuacjach potencjalnie trudnych, stresowych czy okresach przejściowych (ang. *transition*), jakim jest okres ciąży i początków rodzicielstwa. Ocena ta wymaga również uwzględnienia szeroko rozumianych zasobów i potrzeb jednostki (Heszen-Celińska i Sęk, 2020). Zdrowie psychiczne i fizyczne, dostępne i efektywnie działające zasoby indywidualne, relacyjne i kontekstowe pomagają jednostce radzić sobie w sytuacjach kryzysów sytuacyjnych czy rozwojowych (Heszen-Celińska i Sęk, 2020). Mając na uwadze znaczenie zdrowia psychicznego i fizycznego kobiety w okresie ciąży i poporodowym, w 2022 roku Światowa Organizacja Zdrowia zaleciła promowanie zdrowia psychicznego matek w celu zapewnienia pozytywnego rozwoju dziecka we wczesnym dzieciństwie, wychodząc z założenia, znajdującego solidne oparcie w badaniach naukowych, że zdrowe środowisko w okresie okołoporodowym jest związane ze zdrowym okresem niemowlęstwa, dzieciństwa aż po dorosłość. Z kolei, wysoki poziom dystresu działający w okresie prenatalnym ma tendencję do trwałego utrzymywania się na przestrzeni życia, wikłając tym samym adaptacyjne ścieżki rozwoju.

Ciąża to szczególny czas w życiu kobiety, który niesie ze sobą głębokie zmiany we wszystkich wymiarach życia i nie bez przyczyny opisywany jest przez wielu badaczy jako kryzys rozwojowy porównywalny do okresu adolescencji czy menopauzy (por. Bielawska-Batorewicz, 2006; Szymona-Pałkowska, 2005). Takie zestawienie momentów krytycznych wydaje się trafne pod względem zachodzących zmian hormonalnych, intensywności odczuwanych emocji i konfliktowości wewnętrznej, ale także przygotowań do objęcia nowej roli czy konieczności podsumowania dotychczasowych doświadczeń i uczynienia z nich matrycy dla budowania nowej jakości. Doświadczenie stresu i przejściowych zakłóceń zdrowia

psychicznego jest immanentnym doświadczeniem okresu ciąży, a radość oczekiwania i przysłowiowe „bycie przy nadziei” przenika się z niepokojem o zdrowie nienarodzonego dziecka czy o sprostanie nieuchronnym wyzwaniom. Zmiany natury biologicznej, społecznej czy psychicznej towarzyszące kobiecie w okresie ciąży sprawiają, iż jest ona wydarzeniem szczególnym w życiu kobiety i jej rodziny. Jest to również czas przystosowania się do macierzyństwa i przejścia do nowej roli, i jako taki uważany jest za okres szczególnie wrażliwy w rozwoju kobiety, który niesie ze sobą wiele zmian zarówno dla niej samej, jak i jej partnera i ich wzajemnej relacji (Wan i Green, 2009; Wan i in., 2011). Dotychczasowe badania w obszarze zdrowia psychicznego ciężarnej pokazały, iż ciąża może być dla kobiet i ich rodzin doświadczeniem trudnym, czasami silnie stresogennym, o znamionach kryzysu (por. Dunkel-Schetter, 2011; Kuryś, 2010; Ilska, 2020). Ten szczególny czas opisywany jest przez autorów jako okres zachwiania równowagi posiadanych zasobów, zaburzający całościowo homeostazę systemu i wymagający tym samym uruchomienia procesów adaptacyjnych. Zmiany o charakterze biologicznym doprowadzają do zakłócenia równowagi psychologicznej kobiety i stanowią neurofizjologiczną podstawę silnych, ambiwalentnych reakcji emocjonalnych (por. Bielawska-Batorowicz, 2006; Szymona-Pałkowska, 2005). Ciąża jest zatem okresem sprzyjającym labilności emocjonalnej (por. Bielawska-Batorowicz, 2006), którego biologiczną przyczyną jest podwyższony poziom hormonów- estrogenu i progesteronu (Leifer, 1980; za: Szymona-Pałkowska, 2005).

Dunkel-Schetter i współpracownicy (2000) zwracają uwagę, iż ocena funkcjonowania kobiet bez analizy ich stanu psychologicznego jest wysoce niedoskonała z uwagi na jej wybiórczość. Olbrzymia różnorodność oraz złożoność doświadczeń kobiet w ciąży jest wynikiem wielu czynników, które dodatkowo wzajemnie na siebie oddziałują. Funkcjonowanie kobiety w okresie ciąży należy zatem ujmować w sposób wielowymiarowy, niejednokrotnie interdyscyplinarny, który powinien obejmować takie aspekty jak, m.in.: stan emocjonalny matki, jej zdrowie i kondycja fizyczna, zdrowie płodu, miejsce zamieszkania, jej status społeczno-ekonomiczny, dostępność wsparcia społecznego oraz stopień „zaangażowania” jej partnera w ciążę (por. Bielawska-Batorowicz, 2006; Szymona-Pałkowska, 2005; Ilska, 2020). Bardzo trudno zatem badaczom i teoretykom scharakteryzować psychologiczne doświadczenia ciężarnych w jednym, całościowym modelu myślenia. Jest to tym bardziej istotne wyzwanie, iż znaczenie doświadczeń okresu ciąży i przebiegu procesu adaptacji do zmian z niej wynikających ma kluczowe znaczenie nie tylko dla zdrowia kobiety, jakości jej doświadczeń, czy oddziaływań rodzicielskich, ale również dla zdrowia i rozwoju noworodka (por. Dunkel-Schetter i Tanner, 2011).

Wobec powyższego, poznanie mechanizmów wpływających na procesy przystosowania się kobiet do sytuacji ciąży, wskazanie czynników ryzyka potencjalnie zakłócających funkcjonowanie kobiety oraz czynników ochronnych (które w większości przypadków można utożsamiać z zasobami jednostki) sprzyjających zdrowiu i adaptacji stanowiło istotną przesłankę do podjęcia własnej pracy badawczej.

Zdrowie psychiczne ciężarnych – wybrane determinanty dobrostanu psychicznego

W początkowym etapie mojej pracy badawczej skupiałam się na poszukiwaniu wyznaczników dobrostanu psychicznego kobiet ciężarnych, zarówno w kontekście dobrostanu eudajmonistycznego (Ilska i Przybyła-Basista, 2020), jak i hedonistycznego (Ilska i in. 2020a). Temat ten eksplorowałam w dwóch projektach badawczych opierając się na szerokiej definicji zdrowia psychicznego.

Osiągnięcia psychologii pozytywnej zachęciły specjalistów do analizowania zdrowego procesu adaptacji do rodzicielstwa (Das, 1999, za: Delle Fave i in., 2013). Badania i analizy teoretyczne wskazują na znaczenie zasobów indywidualnych oraz relacyjnych dla ochrony zdrowia matki i dziecka, a także dla pomyślnego, optymalnego funkcjonowania kobiet ciężarnych i pozytywnego zakończenia okresu ciąży w sytuacjach podwyższonego stresu ciążowego (por. Dunkel-Schetter, 2011; Bassi i in., 2017). Psychologia pozytywna i psychologia zdrowia nadają pojęciu zasobów kluczową rolę w rozumieniu i wyjaśnianiu efektów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi oraz uwarunkowań zdrowia i dobrostanu (Heszen i Sęk, 2012). Zasoby mogą zarówno wpływać bezpośrednio na dobrostan jednostki, jak również wchodzić w skład mechanizmów pośredniczących w procesie adaptacji i poprawie dobrostanu jednostki, które stanowi istotne kryterium zdrowia psychicznego. W prezentowanych badaniach, w ślad za przeprowadzonymi analizami doniesień empirycznych przyjąłam, iż zasobami o kluczowym znaczeniu dla procesu radzenia sobie z kryzysem wywołanym ciążą i podejmowaniem rodzicielstwa na tym etapie będą: *ego-resiliency* (czynnik podmiotowy – osobowościowy), wsparcie partnera (czynnik relacyjny) oraz postawy wobec macierzyństwa i ciąży (aspekt doświadczania ciąży). Czynnikami ryzyka eksplorowanymi w tych badaniach był stres prenatalny i czynniki kontekstowe wikłające ciążę (np. ciąża wysokiego ryzyka).

Blok i Kremen (1996) traktują *ego-resiliency* jako trwałą (lecz stale rozwijającą się) cechę osobowości umożliwiającą adaptacyjną elastyczność w dostosowywaniu poziomu kontroli do sytuacji. Utożsamiają go z cechą *resilience*, czyli indywidualną zdolnością do dynamicznej i adekwatnej samoregulacji jednostki mierzącej się ze zmieniającymi się

okolicznościami (Block i Kremen, 1996). Osoby o wysokim poziomie *ego-resiliency* częściej doświadczają pozytywnego afektu, są bardziej pewne siebie oraz wykazują ogólne lepsze przystosowanie psychologiczne. Autorzy ujmują ją więc jako cechę osobowościową, istotną w procesie zaradczym – zarówno z wydarzeniami o charakterze traumatycznym, jak i zmaganiem dnia codziennego. W prezentowanych projektach przyjęto oryginalne angielskie nazewnictwo odnoszące się do pojęć *resilience* i *resiliency* ze względu na trudności w tłumaczeniu terminów niejednoznacznych, utrwalonych w literaturze anglojęzycznej (por. Kołodziej-Zaleska i Przybyła-Basista, 2018). *Ego-resiliency* pełni również istotną rolę w okresie ciąży, porodu i połogu. Poziom nasilenia *ego-resiliency* kobiety może mieć kluczowe znaczenie w tym, jaką przyszła matka nawiąże więź z dzieckiem, w jaki sposób będzie postrzegać proces ciąży, porodu oraz związane z nimi trudności i niepowodzenia (Dunkel-Schetter, 2011; Pawlicka i in., 2013). We wcześniejszych badaniach własnych *ego-resiliency* okazało się istotnym pozytywnym predyktorem dobrostanu psychologicznego (PWB) ciężarnych kobiet (Ilska, Przybyła-Basista, 2014; Ilska, 2020). Przyjęłam te wyniki jako punkt wyjścia dla dalszej eksploracji badawczej tego konstruktu.

Istotnym czynnikiem wpływającym na zdolność kobiety do zaadaptowania się do macierzyństwa są postawy ciężarnej wobec macierzyństwa, nienarodzonego dziecka i ciąży (Wan i in., 2011; Ilska i Przybyła-Basista, 2014). Pojawiają się one w ciąży, wypełnione są romantycznymi przekonaniem mówiącymi o tym, jakie przyszłe rodzicielstwo będzie (Pancer i in., 2000). W badaniach wykazano, że negatywna postawa wobec ciąży jest predyktorem niepowodzeń w nawiązaniu więzi z dzieckiem po porodzie (Kokubu i in., 2012), a także zwiększa ryzyko wystąpienia depresji poporodowej (Madar, 2013) oraz pośrednio wpływa na niską wagę urodzeniową dziecka (Suzuki i in., 2007). Badania własne pokazały, że postawy wobec macierzyństwa w okresie prenatalnym były istotnymi predyktorami wybranych aspektów dobrostanu psychologicznego, takich jak: pozytywne relacje z innymi oraz autonomia (Ilska i Przybyła-Basista, 2014). We wcześniejszych badaniach własnych zaadaptowano do warunków polskich kwestionariusz do oceny prenatalnych postaw wobec macierzyństwa i ciąży (PRE-MAMA) (por. Ilska i Przybyła-Basista, 2014), który został wykorzystany w prezentowanych pracach.

Poza zasobami osobistymi w procesie radzenia sobie z różnego rodzaju sytuacjami stresowymi kluczowe znaczenie mają także zasoby relacyjne (związane z otoczeniem jednostki), których kluczowym elementem jest wsparcie społeczne. Istnieje wiele badań pokazujących znaczenie wsparcia społecznego, w szczególności wsparcia partnera dla

funkcjonowania kobiet w ciąży (por. Collins i in., 1993; Rini i in., 2006; Stapleton i in., 2012). W szczególności dowiedziono, iż wsparcie społeczne odgrywa istotną rolę chroniącą przed wystąpieniem komplikacji położniczych, przedwczesnym porodem oraz w zapewnieniu zdrowia i rozwoju dziecka po porodzie (Collins i in., 1993; Ghosh i in., 2010; Dunkel-Schetter i Tanner, 2012, Shah, Gee i Theall, 2014). Model badawczy uwzględniający zmienne indywidualne (*ego-resiliency* i postawy prenatalne wobec macierzyństwa), relacyjne (wsparcie partnera) oraz kontekstowe (położnicze) i dobrostan psychiczny został poddany empirycznej analizie.

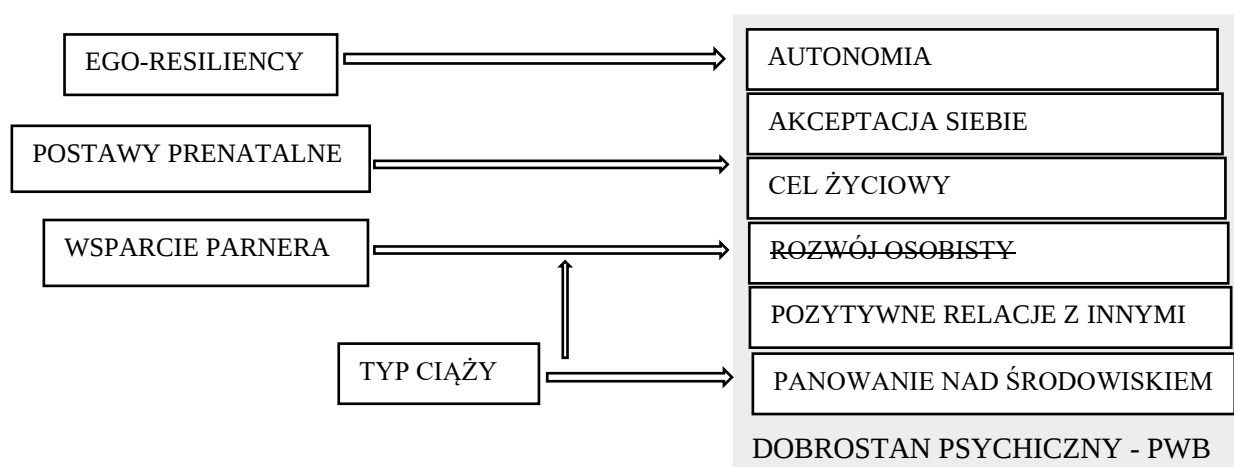
W pierwszym artykule opublikowanym w czasopiśmie *Psychology, Health & Medicine* poddano analizie wyznaczniki zdrowia psychicznego rozumianego jako dobrostan psychologiczny (w ujęciu eudajmonistycznym) u kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka (Ilska i Przybyła-Basista, 2020). Artykuł powstał we współautorstwie z dr hab. Hanną Przybyłą-Basistą, prof. Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie. Byłam kierownikiem projektu odpowiedzialnym za: konceptualizację, postawienie hipotez, zaplanowanie badań, wybór metodyki badań, przygotowanie procedury badawczej, zebranie danych, opracowanie danych i analizę statystyczną, interpretację wyników, wnioski z pracy, przygotowanie i korektę manuskryptu.

W tym badaniu wykorzystano podejście psychologii pozytywnej, starając się wyjaśnić źródła oraz mechanizmy dobrostanu psychicznego (PWB) u kobiet w ciąży. Ryff (1989) zaproponowała wielowymiarowy model psychicznego dobrostanu w nurcie eudajmonistycznym (koncentrujący się na poczuciu sensu i samorealizacji), który ujmuje sześć niezależnych wymiarów optymalnego, pozytywnego funkcjonowania człowieka: autonomię, akceptację siebie, panowanie nad środowiskiem, rozwój osobisty, cel życiowy i pozytywne relacje z innymi (Ryff i Keyes, 1995).

Podstawowym celem tego badania była ocena znaczenia stopnia zagrożenia ciąży (ciąża wysokiego ryzyka vs. ciąża niskiego ryzyka), wsparcia partnera, *ego-resiliency*, prenatalnych postaw wobec macierzyństwa i ciąży na dobrostan psychiczny (PWB) kobiet w ciąży. Drugim celem była ocena moderacyjnego wpływu stopnia zagrożenia ciąży na związek pomiędzy wsparciem partnera a PWB (patrz rycina 2).

W badaniu wzięło udział 135 dorosłych kobiet w ciąży (66 ciąż niskiego ryzyka i 69 ciąż wysokiego ryzyka) rekrutowanych w poradniach położniczych. Wykonano 5 niezależnych analiz regresji liniowej celem oceny znaczenia wybranych predyktorów poszczególnych

wymiarów psychologicznego dobrostanu. Z analiz wykluczono wymiar dobrostanu „rozwój osobisty”, ze względu na niesatysfakcjonujące parametry psychometryczne podskali.



Rycina 2. Model badawczy – opracowanie własne na podstawie Ilska i Przybyła-Basista, 2020

Zgodnie z oczekiwaniami, otrzymane wsparcie partnera i *ego-resiliency* okazały się najistotniejszymi predyktorami dobrostanu psychicznego ciężarnych dla następujących wymiarów PWB: panowanie nad środowiskiem, pozytywne relacje z innymi i akceptacja siebie. Prenatalne postawy wobec ciąży i macierzyństwa okazały się istotnie kształtować wymiar dobrostanu, jakim jest autonomia. W kolejnych krokach sprawdzono moderacyjną rolę stopnia zagrożenia ciąży (wysokiego vs. niskiego ryzyka) dla relacji wsparcia partnera i dobrostanu psychologicznego. Wykonano pięć niezależnych analiz z uwzględnieniem moderatora (typ ciąży), które wykazały istotną rolę typu ciąży dla celu życiowego i pozytywnych relacji z innymi. Z naszych ustaleń wynika, że wsparcie ze strony partnera jest szczególnie ważne dla kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, wspierając je w poczuciu sensu i budowaniu pozytywnych relacji z innymi.

Badania pokazały, iż wyznaczniki zdrowia psychicznego, rozumianego w niniejszych badaniach jako dobrostan psychiczny, są zróżnicowane ze względu na analizowany wymiar konstruktu - mają charakter zarówno indywidualny, jak i relacyjny. Zróżnicowany jest również efekt tych oddziaływań, przebiega on zarówno w modelu oddziaływań bezpośrednich, ale również pośrednich, z uwzględnieniem kontekstu położniczego, w tym przypadku typu ryzyka ciążowego. To wskazuje na potrzebę głębszej eksploracji tego obszaru uwzględniające szeroki obraz zmiennych i ich wzajemnych oddziaływań.

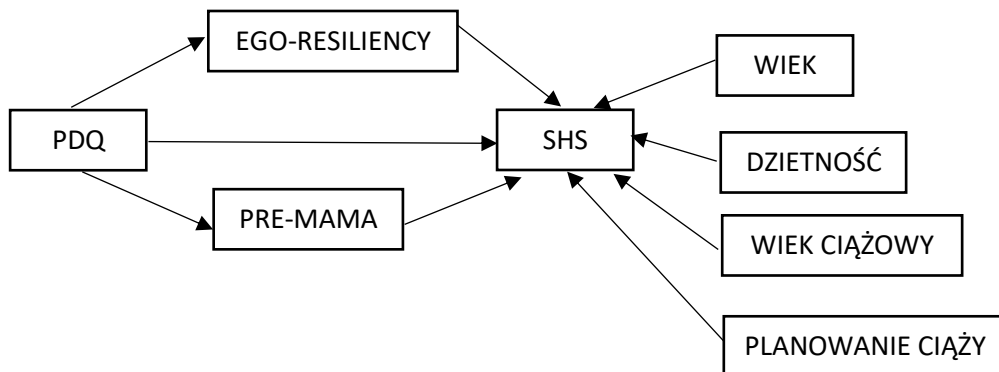
Drugi artykuł był kontynuacją moich zainteresowań problematyką zdrowia psychicznego ciężarnych w ujęciu integrującym aparat pojęciowy psychologii klinicznej oraz psychologii pozytywnej. Analizowanym aspektem było poczucie szczęścia u kobiet w ciąży (Ilska i in., 2020a). Artykuł został opublikowany w czasopiśmie *Personality and Individual Differences*. Powstał we współautorstwie z badaczami Uniwersytetu Śląskiego: dr Anną Kołodziej-Zaleską, prof. UŚ i dr Anną Brandt-Salmeri. Byłam kierownikiem projektu odpowiedzialnym za: konceptualizację, metodologię, przeprowadzenie badania, analizę formalną i statystyczną, pisanie oryginalnego manuskryptu i jego wersji ostatecznej po recenzjach.

W analizowanym projekcie dobrostan rozumiano w ujęciu hedonistycznym, jako subiektywne poczucie szczęścia ciężarnej, które jak badacze zauważają, może być ważnym predyktorem adaptacji do sytuacji ciąży (Pires, i in., 2014; Rini i in., 1999). Szczęście utożsamiane jest z zadowoleniem z życia i pojawieniem się pozytywnych emocji (Lachance-Grzela i Bouchard, 2009; Pires i in., 2014). W badaniu uwzględniono również wskaźniki kliniczne, czyli specyficzny stres jakiego doświadczają kobiety ciężarne, tzw. stres prenatalny (ang. *Prenatal Stress*). Jest to stres doświadczany wyłącznie w kontekście ciąży, a generowany jest przez stresory związane z okresem ciąży i zbliżającym się macierzyństwem (Lobel i in., 2008). Badacze w licznych badaniach udowodnili, że jest on istotnym predyktorem wyjaśniającym zarówno zdrowie psychiczne ciężarnych, jak i jej funkcjonowanie po porodzie (por. Ibrahim i Lobel, 2020). Najczęściej wykorzystywanym narzędziem do oceny stresu prenatalnego jest narzędzie *Revised Prenatal Distress Questionnaire* - NuPDQ (Lobel i in., 2008), które zostało zaadaptowane przeze mnie i dr hab. H. Przybyłą-Basistę do warunków polskich (Ilska, Przybyła-Basista, 2018 w: Ilska, 2020) i które wykorzystałam w omawianym projekcie.

Mając na uwadze wyniki badań własnych nad znaczeniem wybranych zasobów ciężarnej dla dobrostanu eudajmonistycznego, również w tym modelu badawczym uwzględniono zasoby indywidualne: *ego-resiliency* i postawy wobec macierzyństwa i ciąży, jak również zmienne kontekstowe (patrz ryc. 3).

Celem badania była ocena znaczenia stresu prenatalnego dla subiektywnego poczucia szczęścia kobiety ciężarnej, biorąc pod uwagę także mediacyjną rolę postaw prenatalnych wobec macierzyństwa i ciąży oraz *ego-resiliency*. W badaniu wzięło udział 234 kobiet, które były w ciąży powyżej 24 tygodnia. W trakcie rutynowych badań kontrolnych u położnika wypełniały ankietę i psychologiczne kwestionariusze mierzące stres prenatalny (NuPDQ, Ilska, 2020), prenatalne postawy wobec macierzyństwa i ciąży (PRE-MAMA, Ilska i Przybyła-

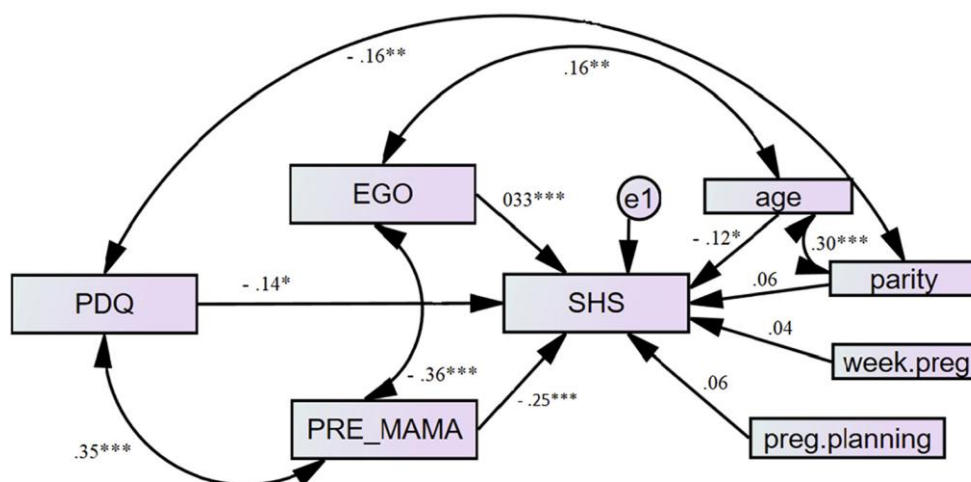
Basista, 2014), *ego-resiliency* (ER-89-R, Kołodziej-Zaleska i Przybyła-Basista, 2018) i subiektywne poczucie szczęścia (SHS, Lyubomirsky i Lepper, 1999).



Rycina 3. Model badawczy. Opracowanie własne na podstawie Iłska i in., 2020

Notatka: SHS – subiektywne poczucie szczęścia; PDQ – stres prenatalny; PRE-MAMA – prenatalne postawy wobec macierzyństwa i ciąży

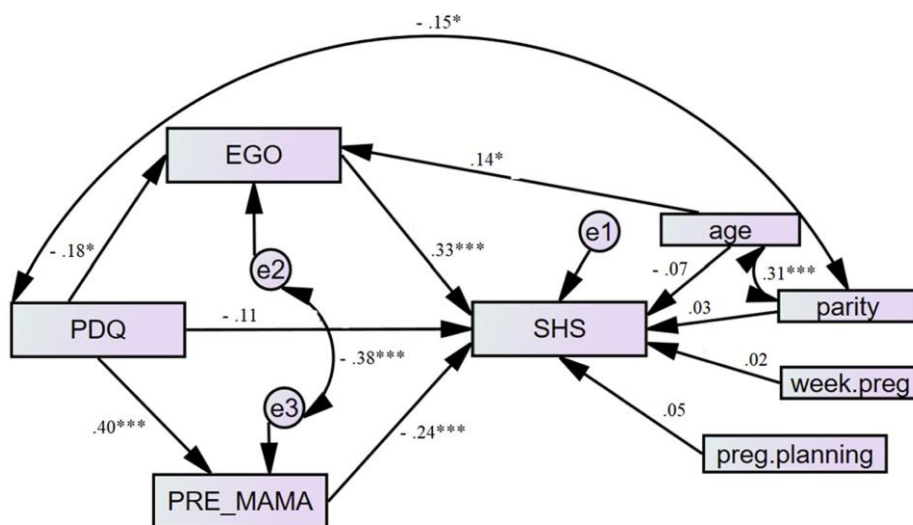
Testowano dwa oddzielne modele równań strukturalnych (SEM). Pierwszy model uwzględniał jako predyktory subiektywnego poczucia szczęścia: stres prenatalny, postawy prenatalne i *ego-resiliency*. Drugi natomiast uwzględniał wpływ zależności mediacyjnych *ego-resiliency* i postaw prenatalnych na związki stresu prenatalnego i subiektywnego poczucia szczęścia. W obu modelach wzięto pod uwagę zmienne kontekstowe takie jak: wiek matki, wiek ciążowy, fakt planowania ciąży i dietność kobiety ciężarnej. W pierwszym modelu zależności bezpośrednich wskazano, iż negatywne postawy prenatalne kobiety i stres prenatalny są negatywnymi predyktorami, natomiast *ego-resiliency* jest pozytywnym wyznacznikiem poczucia szczęścia ciężarnych (patrz rycina 4). Analiza wykazała też negatywny związek wieku z poczuciem szczęścia ciężarnych.



Rycina 4. Model empiryczny uwzględniający zależności bezpośrednie badanych konstruktów. Źródło: Iłska i in., 2020a

W kolejnym kroku analiz postawiono sobie cel zbadania związków pośrednich *ego-resiliency* i postaw prenatalnych pomiędzy stresem prenatalnym a poczuciem szczęścia ciężarnych. Na możliwy układ mediacyjny badanych zmiennych wskazywały wcześniejsze badania własne nad znaczeniem dobrostanu psychicznego w ujęciu eudajmonistycznym, prowadzone przeze mnie w badaniach doktorskich (por. Ilska, 2020).

W modelu drugim okazało się, że stres prenatalny istotnie, negatywnie wpływa na poczucie szczęścia ciężarnej, związek ten jest jednak całkowicie mediowany przez indywidualne cechy podmiotowe kobiety ciężarnej: *ego-resiliency* i postawy wobec macierzyństwa i ciąży (patrz rycina 5).



Rycina 5. Model empiryczny uwzględniający zależności pośrednich badanych konstruktów. Źródło: Ilska i in., 2020a

Zaprezentowane badania pokazały, że stres prenatalny sprzyja pojawieniu się lękowych postaw w stosunku do macierzyństwa i ciąży, co z kolei może wtórnie prowadzić do zmniejszenia poczucia szczęścia kobiety w ciąży. Przeprowadzone analizy wykazały również, iż kobiety charakteryzujące się wysokim *ego-resiliency* mogą doświadczać szczęścia w okresie ciąży, pomimo obciążenia stresem.

Podsumowując, zależności między cechami indywidualnymi a dobrostanem ciężarnych okazują się być złożone. Mają one zarówno charakter oddziaływań bezpośrednich i pośrednich. Zasoby indywidualne, szczególnie *ego-resiliency*, są silnymi predyktorami dobrostanu i oddziałują również w relacjach pośrednich, kształtując dobrostan eudajmonistyczny oraz hedonistyczny. Podjęte badania dobrze wpisują się w potrzeby wyznaczone przez psychologię prokreacyjną, a mianowicie konieczność bliższego poznania nie tylko czynników mających bezpośredni wpływ na zdrowie i dobrostan przyszłej matki, ale również złożonych

mechanizmów wpływu na dobrostan psychologiczny kobiet w ciąży, dzięki uwzględnieniu zmiennych pośredniczących. Badania nad dobrostanem ciężarnych nabierają w ostatnich latach coraz większego znaczenia tak z psychologicznego, jak i społecznego punktu widzenia zwłaszcza w kontekście niejednoznacznych do tej pory rezultatów badawczych. Moje badania wskazują również na zasadność uwzględniania w kolejnych badaniach specyficznych metod pomiaru dedykowanych dla populacji ciężarnych (np. stresu prenatalnego czy macierzyńskich postaw prenatalnych), jak również uwzględnianie kontekstu kształtującego się rodzicielstwa (w tym przypadku postaw prenatalnych) i aspektów położniczych (tj. zagrożenia ciąży i diety).

Powyższa tematyka omówiona jest w artykułach:

1. **Ilka, M., & Przybyła-Basista, H.** (2020). The role of partner support, ego-resiliency, prenatal attitudes towards maternity and pregnancy in psychological well-being of women in high-risk and low-risk pregnancy. *Psychology, Health & Medicine*, 25(5), 630–638. DOI: [10.1080/13548506.2020.1737718](https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1737718)
2. **Ilka, M., Brandt-Salmeri, A., & Kołodziej-Zaleska, A.** (2020a). Effect of prenatal distress on subjective happiness in pregnant women: The role of prenatal attitudes towards maternity and ego-resiliency. *Personality and Individual Differences*, 163, 110098. DOI: [10.1016/j.paid.2020.110098](https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110098)

Wyznaczniki zdrowia psychicznego kobiet w okresie ciąży i wczesnego pokoju

Kolejnym etapem mojej aktywności naukowej była analiza wybranych problemów okresu prenatalnego ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy klinicznej. Jest to obszar wiedzy, który łączy moją działalność naukową i praktykę kliniczną, gdyż od 2015 roku pracuję jako psycholog (od 2023 jako psycholog kliniczny) w Oddziale Perinatologii, Ginekologii i Położnictwa Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Rudzie Śląskiej. Doświadczenia w ramach ww. oddziału klinicznego pozwoliły na wyłonienie kolejnych planów badawczych.

Powszechnym problemem okresu pre- i postnatalnego są zaburzenia depresyjne i lękowe. Większość kobiet jest również zaabsorbowana obawami o poród, jego przebieg oraz potencjalne komplikacje. Obserwacja tych zjawisk oraz moja ścisła współpraca z personelem medycznym doprowadziła do sformułowania kolejnych celów badawczych. Dodatkowym wyzwaniem dla tego etapu mojej pracy badawczej był powszechny problem braku trafnych i czułych narzędzi do oceny stanu psychicznego uwzględniający specyfikę kontekstu ciąży i porodu.

Do kierowanych przeze mnie projektów, ze względu na interdyscyplinarny charakter tego etapu prac naukowo-badawczych, zaprosiłam zarówno psychologów klinicznych Uniwersytetu Śląskiego i/lub lekarzy położników-perinatologów, Klinicznego Oddziału

Perinatologii, Ginekologii i Położnictwa ŚUM w Rudzie Śląskiej. W pięciu niezależnych badaniach koncentrowałam się na wielowymiarowych interakcjach czynników medycznych z szeroko pojętymi psychologicznymi, pozostając spójną w integracji przyjętych perspektyw. W podejmowanych poszczególnych działaniach badawczych koncentrowałam się na: powiązaniach doświadczanego stresu i zaufania do lekarza położnika u kobiet w ciążach prawidłowych i wysokiego ryzyka (Ilska i in., 2019); na korelatach lęku porodowego i jego związku z przebiegiem porodu i stanem noworodka (Gregor i in., 2019); na występowaniu depresji we wczesnym połogu u położnic ze względu na typ porodu (Ilska i in., 2020b); na czynnikach ryzyka i czynnikach ochronnych lęku porodowego ciężarnych w III trymestrze ciąży (Ilska i in., 2021a) oraz na zróżnicowaniu procesu adaptacji na wczesnym etapie macierzyństwa wyznaczonym poprzez wybrane wskaźniki zdrowia psychicznego i poziom macierzyńskiej pewności siebie (Ilska i in., 2025).

W pierwszym artykule opublikowanym w *Zeszytach Naukowych. Organizacja i Zarządzanie/Politechniki Śląskiej* analizowałam poziom doświadczanego stresu i zaufania do położnika u ciężarnych w ciążach prawidłowych i powikłanych czynnikami matczynymi lub płodowymi (Ilska, i in., 2019). Artykuł powstał we współautorstwie badaczki Uniwersytetu Śląskiego – dr Kołodziej-Zaleskiej, prof. UŚ i dr Brandt-Salmeri. Byłam kierownikiem projektu odpowiedzialnym za: konceptualizację, postawienie hipotez, zaplanowanie badań, wybór metodyki badań, przygotowanie procedury badawczej, zebranie danych, opracowanie danych i analizę statystyczną, interpretację wyników, wnioski z pracy oraz przygotowanie i korektę manuskryptu.

Każda ciąża, nawet ta nieobciążona ryzykiem społecznym i położniczym, jest sytuacją stresującą (Dulude i in., 2002). Szczególną sytuację stanowi ciąża wysokiego ryzyka, w której kobieta przeżywa trudności i problemy związane ze zdrowiem własnym i/lub nienarodzonego dziecka. Doświadczanie przez kobietę zagrożenia ciąży sprzyja pojawieniu się obaw bądź niepewności związanych z dalszym przebiegiem ciąży, jest również czynnikiem ryzyka wystąpienia zaburzeń afektywnych podczas ciąży i po narodzinach dziecka (Kossakowska-Petrycka i Walęcka Matyja, 2007; Kosińska-Kaczyńska i in., 2008). Szereg badań opisujących funkcjonowanie kobiet w ciąży wysokiego ryzyka wskazuje, że kobiety te (w porównaniu z kobietami w ciąży prawidłowej) doświadczają silniejszego stresu, lęku, częściej mają objawy depresji w okresie prenatalnym i postnatalnym, oraz niższe poczucie własnej wartości (por. Gouronti i in., 2015; Rodriguez i in., 2016; Isaacs i Andipatin, 2020). Co

więcej, kobiety w ciąży wysokiego ryzyka skarżą się na większą ilość doświadczanych dolegliwości somatycznych i psychicznych (patrz: Isaacs i Andipatin, 2020). Warto zaznaczyć, że bardzo skąpe są doniesienia badawcze, które rozgraniczałyby w swych analizach aspekt ciąży wysokiego ryzyka ze względu na zaburzenia zdrowotne u matki lub u płodu. Obserwacje kliniczne położników i psychologów pracujących na oddziałach położniczych wskazują na deficyt empirycznego udokumentowania w tym obszarze, jak również brak jasnych rekomendacji, uwzględniających psychologiczne standardy opieki nad ciężarną z grupy ryzyka.

Jakość relacji pomiędzy kobietą ciężarną a jej położnikiem, a przede wszystkim poziom zaufania, jakie kobieta ma dla swojego położnika, wydają się być kluczowe w prowadzeniu ciąży i jej powodzeniu, zwłaszcza w przypadku ciąży z powikłaniami spowodowanymi chorobami matki lub czynnikami płodowymi. Zaufanie pacjenta stanowi jeden z wymiarów satysfakcji z opieki medycznej, która z kolei zwiększa istotnie prawdopodobieństwo stosowania się do zaleceń lekarskich oraz prowadzi do poprawy efektów klinicznych samej opieki zdrowotnej (Kurpas i in. 2006). W podsumowaniu licznych, głównie światowych, badań dotyczących zaufania pacjentów wobec lekarza Lewandowski (2011) wskazuje na jego kluczowe znaczenie dla procesu leczenia. Zaufanie pozytywnie wpływa m.in. na: wyniki leczenia, przestrzeganie zaleceń lekarskich, wzrost motywacji ludzi do szukania pomocy, stosowanie środków zapobiegawczych, poprawę komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, wzrost akceptacji wskazówek medycznych i schematu leczenia. Poza tym zaufanie pomaga utrzymać stabilność relacji z lekarzem prowadzącym, zmniejsza rozczarowanie pacjenta, zwiększa skuteczność leczenia i ułatwia racjonalną ocenę własnego zdrowia (por. Lewandowski, 2011). Literatura przedmiotu zawiera bardzo niewiele badań na temat relacji pomiędzy kobietą w ciąży i jej położnikiem (szczególnie w ciążach powikłanych). Biorąc pod uwagę powyżej wskazane kwestie, w badaniach własnych głównym celem była ocena zaufania, jakim kobiety w ciąży darzą swojego lekarza położnika oraz poziomu odczuwanego przez nie stresu w zależności od typu ciąży (prawidłowa vs. wysokiego ryzyka). Celem szczegółowym była ocena związku pomiędzy stresem a zaufaniem do położnika w badanych grupach.

Grupę badaną stanowiły 242 kobiety w ciąży. Badania przeprowadzono w poradniach położniczych oraz na oddziale patologii ciąży. Kobiety biorące udział w badaniu zostały podzielone na cztery grupy ze względu na typ ciąży (ciąża niskiego vs. wysokiego ryzyka) i rodzaj czynników ryzyka w ciąży powikłanej (czynnik płodowy vs. matczyne): Grupa 1- ciąża wysokiego ryzyka, czynniki płodowe (choroby genetyczne, wady układowe itp.) ($n = 50$); Grupa 2- ciąża wysokiego ryzyka, czynniki matczyne (nadciśnienie, cukrzyca, zagrożenie porodem przedwczesnym, itp.) ($n = 68$); Grupa 3- ciąża wysokiego ryzyka, czynniki matczyne

i płodowe ($n = 25$); oraz Grupa 4- ciąża niskiego ryzyka, brak czynników ryzyka ($n = 98$). W badaniach wykorzystano skalę PSS-10 (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009) do oceny natężenia globalnego stresu oraz kwestionariusz do oceny zaufania do lekarza- skalę Zaufania Lekarz – Pacjent (Anderson i Derick, 1990 za: Krajewska-Kułak, 2008).

Wyniki badania wykazały, iż kobiety w ciąży wysokiego ryzyka wiktanej czynnikiem matczynym lub płodowym doświadczały silniejszego stresu w porównaniu do kobiet w ciąży fizjologicznej. Analizując poziom zaufania do lekarza położnika, zarejestrowano, iż pacjentki zgłaszały stosunkowo wysoki poziom zaufania do swoich ginekologów. 84,7% badanych kobiet obdarzało silnym zaufaniem swojego lekarza, wobec czego stosowały się do jego zaleceń. Jednakże zaufanie do położnika różnicowane było trudnościami doświadczanymi w czasie ciąży. Największe zaufanie do położnika okazywały kobiety w ciąży prawidłowej; istotnie niższe zaufanie zaobserwowano wśród kobiet z ciążą wysokiego ryzyka. Badanie wykazało również, że istnieje grupa kobiet, która nie ufa swoim położnikom i która nie stosuje się do żadnych zaleceń lekarskich. W większości była to grupa kobiet w ciąży wysokiego ryzyka z powodów chorób płodu. Wyniki tego badania wykazały również, że silny stres współwystępuje z niższym zaufaniem do położnika, ale tylko w grupie kobiet, u których ciąża była powikłana czynnikiem płodowym.

Analizy przedstawione w artykule zwracają uwagę na potrzebę zindywidualizowanej opieki nad ciężarną, adekwatnej do ich potrzeb szczególnie do rodzaju problemu, z jakim się boryka, do poziomu towarzyszącego stresu, a także ewentualnych konsekwencji, jakie niesie za sobą problem medyczny. Podsumowując, kobiety w ciąży powikłanej – chorobą własną, a przede wszystkim chorobą płodu – są w grupie szczególnego ryzyka zwiększonego stresu, a tym samym zmniejszonego zaufania do położnika. Wydaje się to niezwykle istotnym wnioskiem wzbogacającym wiedzę w obszarze psychologii prokreacji, lecz przede wszystkim wspierającym praktykę lekarza-położnika w zakresie budowania relacji z pacjentką ciężarną.

Badanie drugie (Gregor i in., 2019) i **trzecie** (Ilska i in., 2021a) poruszało tematykę czynników ryzyka lęku porodowego i jego związku z przebiegiem porodu i wczesnym położeniem. Lęk przed porodem (FOC) jest istotnym problemem klinicznym obserwowanym u prawie wszystkich kobiet w ciąży i prowadzącym do negatywnych konsekwencji dla ich zdrowia, przebiegu porodu i okresu poporodowego (porównaj: Dencer i in., 2019; Nilsson i in., 2018). FOC został zdefiniowany jako lęk wywołany przez subiektywną ocenę nadchodzącego porodu (Wijma i in., 1998) i wiąże się z oczekiwaniami kobiet względem porodu (Hall i in., 2009). Ten rodzaj lęku można postrzegać jako kontinuum rozciągające się od nieistotnego do

skrajnego lęku (Wijma i in., 1998) i wynikać może z różnych aspektów: biologicznego (strach przed bólem), psychologicznego (związany z osobowością kobiety, traumatycznymi wydarzeniami z przeszłości, czy z lękiem przed przyszłym rodzicielstwem), społecznego (brak wsparcia, niepewność ekonomiczna) lub jako wtórny czynnik (wynikający z poprzednich negatywnych doświadczeń porodowych) (Ryding i in., 2007; Rondung i in., 2016).

Etiologia FOC jest wieloczynnikowa i może być związana z ogólną skłonnością jednostki do reagowania lękiem, jak również pojawieniem się specyficznego lęku związanego *stricto* z porodem (porównaj: Dencer i in., 2019; Nilsson i in., 2018). Dotychczas na świecie przeprowadzono szeroko zakrojone badania w celu zbadania determinantów FOC – uwzględniając zarówno aspekty socjodemograficzne, psychologiczne, położnicze i społeczne. Badania wykazały, że silniejszy FOC obserwuje się u młodszych kobiet, posiadających niższy poziom wykształcenia lub niekorzystną sytuację materialną (Dencker i in., 2019; Rondung i in., 2016). FOC może być również wywołany lub wzmacniany przez aspekty medyczne. Silny lęk przed porodem występuje częściej u nieródek, kobiet w trzecim trymestrze ciąży oraz u kobiet po wcześniejszym cięciu cesarskim lub porodzie siłami natury z użyciem próżnościągu lub kleszczy porodowych, a także u tych które doświadczyły uprzednio silnego bólu porodowego (Nieminen i in., 2009; Adams i in., 2012). Wykazano również, iż kobiety z silnym FOC preferują poród przez cięcie cesarskie (Nieminen i in., 2009). Dotychczasowe badania dotyczące związku między FOC a zmiennymi psychologicznymi wykazały istotne związki z codziennymi stresorami, strachem, lękiem i depresją (Hall i in., 2009; Storksen i in., 2012). Ponadto podwyższony neurotyzm, wrażliwość, niska samoocena, niezadowolenie ze związku i brak wsparcia społecznego sprzyjają FOC (Saisto i in., 2001). Lęk przed bólem i przekonanie o niskiej własnej tolerancji na ból należą do najczęstszych psychologicznych przyczyny FOC (Ryding i in., 2007). Lęk kobiet przed niezdolnością do urodzenia dziecka może wiązać się także z brakiem zaufania do personelu położniczego, lękiem przed własną niekompetencją, przed śmiercią własną lub dziecka lub utratą kontroli w trakcie porodu (por. Rondung i in. 2007).

Istnieją istotne dowody naukowe potwierdzające związek FOC z niekorzystnymi zjawiskami okołoporodowymi. FOC wiąże się bowiem zarówno z częstszym występowaniem porodu przedwczesnego, jak i ciąży przenoszonej (Bussières i in., 2015), częstszym stosowaniem farmakologicznych środków przeciwbólowych, dłuższym czasem trwania porodu, częstszym porodem zabiegowym (Adams i in., 2012) oraz cesarskim cięciem w trybie pilnym (Ryding i in. 2015), negatywnymi doświadczeniami porodowymi kobiet (Nilsson i in., 2012), częstszą indukcją porodu, zwiększonym użyciem syntetycznej oksytocyny w celu

przyspieszenia postępu porodu i zmniejszeniem ilości porodów siłami natury (Sjögren & Thomassen, 1997). FOC często stanowi główne źródło próśb kobiet o cesarskie cięcie, co prowadzić może do interwencji chirurgicznej bez wskazań medycznych (Nieminen i in., 2009). Rodzaj porodu oraz jego przebieg jest równie jednym z istotnych determinantów stanu zdrowia noworodka, zatem podejmowany temat uznać można na niezwykle doniosły nie tylko z punktu widzenia zdrowia kobiety, lecz również dobrostanu przyszłych pokoleń.

Celem **pierwszego badania** była identyfikacja czynników zwiększających ryzyko odczuwania podwyższonego lęku porodowego, a także ocena jego związku z przebiegiem porodu, położu i stanu noworodka. Wyniki badania opublikowane zostały w czasopiśmie *Ginekologia i Położnictwo – Medical Project* (Gregor i in., 2019). Publikacja miała charakter wieloautorski i interdyscyplinarny. Badanie i publikacja odbywała się pod moim kierownictwem, byłam odpowiedzialna za projekt badania, zbieranie danych, analizę statystyczną, interpretację danych, przygotowanie rękopisu i gromadzenie piśmiennictwa.

Badaniami ankietowymi objęto grupę 68 kobiet rodzących w Oddziale Ginekologii i Położnictwa w Rudzie Śląskiej od listopada do grudnia 2018 roku. Badanie miało charakter longitudinalny, z dwukrotnym pomiarem: w momencie przyjęcia rodzącej do szpitala (T1) oraz w okresie położu (1-3 doba po porodzie - T2). W badaniu wykorzystano ankietę do zbierania danych socjodemograficznych i położniczych, Kwestionariusz Lęku Porodowego (KLP-II Putyński i Paciorek, 2008) oraz Edynburską Skalę Depresji Poporodowej (ESDP). Dane dotyczące przebiegu porodu, położu oraz stanu noworodka uzyskano z dokumentacji medycznej.

Z danych socjodemograficznych czynnikiem ryzyka podwyższonego lęku porodowego okazał się młodszy wiek kobiety rodzącej. Uzyskano również wynik wskazujący, iż im wyższy lęk porodowy tym dłuższy czas trwania porodu. Odczuwanie przez rodzącą lęku porodowego było również związane z zwiększeniem nasilenia objawów depresji poporodowej. Badanie wskazało, iż w badanej grupie zmienne położnicze (przebieg ciąży) i neonatologiczne (punktacja APGAR, powikłania poporodowe u noworodka) nie były istotnymi czynnikami określającymi poziom lęku przed porodem.

Podsumowując, prezentowane w tym miejscu badanie wskazuje, iż lęk porodowy koreluje negatywnie z przebiegiem porodu i położu, wydłużając czas trwania porodu, może zwiększać ryzyko wystąpienia depresji poporodowej, a jednym z czynników ryzyka zwiększonego lęku porodowego może być młodszy wiek kobiet ciężarnych.

Zgodnie ze standardami opieki okołoporodowej w Polsce z 2018 roku, opieka nad ciężarną i położnicą obejmuje również ocenę stanu psychicznego, w tym ryzyko depresji

poporodowej. Uzyskane wyniki są niezwykle przydatne dla identyfikacji pacjentek zagrożonych depresją poporodową, jeszcze przed rozwiązaniem ciąży. Badania pokazały również, iż zasadne wydaje się poszerzenie tej diagnozy o aspekty związane z lękiem porodowym. Projekt wskazał również na potrzebę wykorzystywania w badaniach skutecznych narzędzi do oceny lęku porodowego, które posiadałyby ugruntowaną pozycję w badaniach światowych oraz które charakteryzowałyby się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. Narzędzia dostępne na gruncie polskim nie wypełniają w pełni tej luki diagnostycznej. Zależało nam zatem na narzędziu wartościowym dla praktyki badawczej oraz klinicznej. Wskazany deficyt adekwatnych możliwości pomiaru uwypuklił potrzebę, a tym samym pozwolił wyłonić kolejny cel badawczy realizowany sukcesywnie w następnym stadium badań.

W badaniu trzecim kontynuuję oraz pogłębiam rozumienie uwarunkowań lęku porodowego wśród kobiet ciężarnych. Wyniki badania zostały opublikowane w czasopiśmie *Scientific Reports* (Ilska i in. 2021a). Publikacja miała charakter wieloautorski oraz interdyscyplinarny. Ze względu na specyfikę projektu zaprosiłam do współpracy zarówno psychologów klinicznych, jak również lekarzy położników. Byłam kierownikiem projektu, odpowiedzialnym za conceptualizację, postawienie hipotez, zaplanowanie badań, wybór metodyki badań, przygotowanie procedury badawczej, zebranie danych, opracowanie danych i analizę statystyczną, interpretacja wyników, wnioski z pracy, przygotowanie i korektę manuskryptu.

Jak wspomniano wcześniej pojawienie się lęku porodowego w III trymestrze ciąży jest zjawiskiem powszechnym i dla większości kobiet stanowi normatywny element przygotowania się do zbliżającego się porodu. W dotychczasowych badaniach zostało oszacowane że 6–15% wszystkich kobiet w ciąży cierpi na silny lęk przed porodem (por. Lukasse & Ryding, 2014; Nilsson i in., 2018). Jednak nie ma jak dotąd konsensusu co do definicji i diagnozy ostrej postaci FOC (*severe FOC*- *sFOC*). Wiadomo, że ten silny lęk zaburza naturalne procesy przygotowania się do porodu i rodzicielstwa. Istnieją liczne badania, przytoczone już wcześniej, pokazujące potencjalne grupy ryzyka kobiet doświadczających podwyższonego lęku porodowego. Jednakże są to głównie badania zachodnie, szczególnie skandynawskie, nie ujmujące specyfiki polskiego kontekstu kulturowego i polskiego systemu opieki położniczej. Bardzo niewiele polskich badań dotyczyło lęku porodowego, a istniejące prowadzone były na małych grupach i wykorzystywały narzędzia, którym brakowało solidnych podstaw teoretycznych czy akceptowalnych parametrów psychometrycznych. Ponadto, część badaczy określała lęk przed porodem za pomocą narzędzi przeznaczonych do oceny lęku ogólnego, np. STAI (Gebuza i in.,

2015, Bączyk i in., 2011; Putyński i Paciorek, 2008). Tymczasem światowe autorytety medyczne rekomendują, aby do pomiaru FOC (por. Nilsson i in., 2018) zastosować specjalnie przeznaczone do tego skale. Najczęściej używaną na świecie i najbardziej wiarygodną miarą FOC jest Kwestionariusz Oczekiwań Porodowych (W-DEQ) prof. Wijmy (Wijma i in., 1998).

Celem badania było wyjaśnienie związku pomiędzy położniczymi i psychologicznymi czynnikami ryzyka lęku przed porodem (FOC) u kobiet w trzecim trymestrze ciąży oraz identyfikację czynników sprzyjających występowaniu podwyższonego FOC (sFOC). Dodatkowym celem badania była adaptacja polskiej wersji Kwestionariusza Oczekiwań Porodowych Wijmy (W-DEQ) i ustalenie jego danych psychometrycznych. Badanie z udziałem 359 kobiet przeprowadzono od października 2019 do marca 2020 roku. Kobiety będące w III trymestrze ciąży (≥ 27 . tydzień ciąży) rekrutowano podczas rutynowych wizyt położniczych w okresie przedporodowym. Komplet kwestionariuszy obejmował ankietę zbierającą dane położnicze (liczba porodów, wywiad położniczy i preferowany sposób porodu) oraz standaryzowane testy psychologiczne: W-DEQ mierzący lęk porodowy i EPDS mierzący objawy depresyjne. Kwestionariusz Oczekiwań Porodowych Wijmy (W-DEQ) jest skalą samooceny (Wijma i in., 1998) zawierającą 33 itemy związane z porodem. Odpowiedzi udzielane są na 6-punktowej skali od „w ogóle” (0) do „zdecydowanie” (5), co daje maksymalny wynik 165 i minimalny wynik 0. Wyższy wynik wskazuje na silniejszy lęk przed porodem. Wykorzystaliśmy wersję A W-DEQ, która jest wersją przedporodową skali. Punkt odcięcia dla skali W-DEQ wynosi ≥ 85 , co wskazuje na ostrą postać FOC (Nilsson i in., 2018). Badanie rozpoczęliśmy od prac adaptacyjnych nad kwestionariuszem W-DEQ w polskiej próbie. Po uzyskaniu zgody autora skali oraz przeprowadzeniu niezbędnych tłumaczeń zgodnie z procedurą adaptacji testów stworzono polską wersję skali W-DEQ. Przeprowadzono confirmacyjną analizę czynnikową (CFA) w celu potwierdzenia struktury narzędzia. Nasze ustalenia potwierdzają jednoczynnikową strukturę skali wskazaną przez autorów oryginalnej wersji (Wijma i in., 1998). Rzetelność całej skali, mierzona alfa Cronbacha, była w pełni zadowalająca dla modelu jednoczynnikowego. W kolejnych krokach sprawdziliśmy potencjalne czynniki ryzyka lęku porodowego. Nasze analizy potwierdziły dotychczasowe doniesienia badawcze wskazujące, że kobiety w ciąży nieplanowanej, te które wybierają poród przez cięcie cesarskie oraz te które leczyły się psychiatrycznie mają wyższy FOC. Kolejnym krokiem analiz była ocena występowania nasilonego lęku porodowego (sFOC) w populacji polskiej. Po zastosowaniu punktu odcięcia dla skali W-DEQ (>85) okazało się, że 18% kobiet ciężarnych doświadcza ostrej postaci lęku porodowego. Wśród nich więcej było wieloródek, kobiet w ciążach nieplanowanych i tych które nie zgadzały się z decyzją położnika względem

wyboru metody porodu. Według Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników o tym, czy kobieta kwalifikuje się do cięcia cesarskiego, może zdecydować wyłącznie położnik lub lekarz specjalista. Zgodnie z obowiązującymi w Polsce Standardami Opieki Okołoporodowej (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r.) kobieta w ciąży ma prawo wyrazić swoją opinię, obawy i oczekiwania dotyczące porodu, przygotowując z lekarzem położnikiem plan porodu. Wyniki naszego badania pokazują, jak ważny jest konsensus oraz przestrzeń dla współdecydowania pomiędzy kobietą a położnikiem w wyborze sposobu porodu. Podkreślano go także w innych badaniach, które wykazały częstość występowania zaburzeń psychicznych i problemów emocjonalnych u kobiet w ciąży z ostrą postacią FOC, które nie miały możliwości wyboru sposobu porodu (Hofberg i Brockington, 2000).

W ostatecznym modelu regresji logistycznej uwzględniającym zarówno czynniki położnicze, jak i psychologiczne jako potencjalne czynniki ryzyka silnego FOC istotne statystycznie okazały się jedynie nieplanowana ciąża i objawy depresji. Wniosek ten jest spójny z dotychczasowymi wynikami badań udokumentowanymi w literaturze i wskazuje na konieczność ujmowania w modelach empirycznych szerokiego wachlarza potencjalnych czynników ochronnych czy ryzyka. Zarówno położniczych, jak również społecznych czy psychologicznych.

Badania pokazały, iż wśród kobiet w III trymestrze ciąży, lęk porodowy jest zjawiskiem powszechnym, a część kobiet doświadcza go w klinicznym nasileniu. Powinny one zostać objęte szczególną opieką w okresie przygotowań do porodu. Analizy pozwoliły na wyodrębnienie potencjalnych czynników ryzyka, które pozwalają personelowi medycznemu na wyłonienie grup z podwyższoną gotowością do reagowania lękiem. Wnioski płynące z badań obejmują zasadność monitorowania natężenia lęku porodowego w okresie ciąży. Co więcej, planowanie porodu przez położnika wraz ciężarną powinno uwzględniać również ocenę psychologicznych aspektów tego procesu, w tym lęku porodowego: zarówno wysokie nasilenie lęku, jak i nieuwzględnienie perspektywy kobiety może stanowić przesłankę do sformułowania życzenia przez pacjentkę o zakończeniu ciąży drogą cięcia cesarskiego. Poszerzenie wiedzy z tego obszaru i adekwatna interwencja u kobiet z silnym lękiem porodowym wpisuje się w działania i rekomendacje medyczne zmierzające do ograniczenia liczby cięć cesarskich w Polsce, zgodnie z zaleceniami WHO (Betran i in., 2016). Mimo, że często jest to niezaprzeczalnie konieczna procedura, cięcia cesarskie wiąże się ze zwiększoną zachorowalnością matek i noworodków oraz depresją poporodową (Mascarello i in., 2017). W kolejnym badaniu analizowałam szerzej temat możliwych powikłań zdrowia psychicznego u kobiet po cięciu cesarskim.

W badaniu czwartym opublikowanym na łamach czasopisma *Midwifery* (Ilska i in. 2020b) jednym z głównych celów analiz była ocena nasilenia wczesnych objawów depresji poporodowej w grupie kobiet we wczesnym połogu, mając na uwadze rodzaj przebytego porodu (poród siłami natury vs. cięcie cesarskie – ze szczególnym uwzględnieniem typu cięcia cesarskiego: planowe vs. pilne). Dodatkowym celem była ocena doświadczanego bólu podczas porodu i na początku połogu, ze względu na typ porodu. Publikacja miała charakter wieloautorski i interdyscyplinarny. Ze względu na specyfikę i miejsce prowadzenia badań (tj. oddział szpitalny) do projektu zaprosiłam psychologów, jak również lekarzy położników z klinicznego oddziału Ginekologii i Położnictwa, ŚUM w Rudzie Śląskiej. Projekt i publikacja prowadzony był pod moim kierownictwem, byłam odpowiedzialna za konceptualizację, postawienie hipotez, zaplanowanie badań, wybór metodyki badań, przygotowanie procedury badawczej, zebranie danych, opracowanie danych i analiza statystyczna, interpretację wyników, wnioski z pracy, przygotowanie i korektę manuskryptu.

Depresja poporodowa (PPD) to zaburzenie nastroju, które dotyka średnio 10–20% kobiet. Może rozpocząć się w dowolnym momencie w ciągu pierwszego roku po porodzie i trwa zazwyczaj kilka miesięcy (Kim i in., 2014). Jej objawy obejmują smutek, zmęczenie, zmiany w zasypianiu i jedzeniu, zmiany w stałych wzorcach zachowań, zmniejszone libido, lęk, poczucie samotności i labilność emocjonalną (Kim i in., 2014). U niektórych kobiet te objawy ustępują bez leczenia. Podobnie jest w przypadku smutku poporodowego, czyli łagodniejszego zaburzenia nastroju występującego do dwóch tygodni po porodzie (O'Hara & Wisner, 2014). Smutek poporodowy może dotyczyć od 40 do 80% kobiet po porodzie (Buttner i in., 2012). Wiele czynników wpływających na występowanie PPD omówiono w dotychczasowej literaturze przedmiotu. Należą do nich czynniki medyczne, takie jak rodzaj porodu, stan przedrzucawkowy, infekcja po porodzie, ból porodowy i przedłużająca się hospitalizacja niemowlęcia i matki po porodzie; oraz czynniki demograficzne, takie jak młodszy wiek kobiet, palenie tytoniu, niski poziom edukacji, niskie dochody, samotne macierzyństwo i bezrobocie. Wskazywane są również czynniki psychologiczne, takie jak negatywna postawa wobec ciąży, trudne wydarzenia życiowe, niska jakość związku, brak wsparcia ze strony partnera i matki oraz występowanie depresji poporodowej we wcześniejszych ciążach (patrz: Bloch i in., 2005; Schatz i in., 2012; Yim i in., 2015). W wielu badaniach potwierdzono występowanie smutku poporodowego jako czynnik ryzyka PPD (Hannah i in., 1992; Maliszewska i in., 2016). Kolejnym czynnikiem ryzyka jest lęk przed porodem i towarzyszący mu ból, który może przekładać się na oczekiwanie kobiety na

zakończenie ciąży poprzez cięcie cesarskie (Ryding i in., 2015; Gregor i in., 2019). Jednym z najczęściej wymienianych czynników ryzyka PPD jest typ przebitego porodu (por. Moameri i in., 2019 r.). Jednym z czynników, który mógłby wyjaśnić to zjawisko, jest odczuwanie bólu podczas porodu i we wczesnym połogu (Eisenach i in., 2008), które, jak pokazują badania, jest wyższe u kobiet po cięciu cesarskim, zwłaszcza w kolejnych dniach po porodzie (Hardy-Fairbanks i in., 2013). Mając na uwadze zwiększającą się liczbę cięć cesarskich w Polsce oraz ze względu na niski poziom świadomości społeczeństwa w Polsce w odniesieniu do problemu zaburzeń emocjonalnych u kobiet w okresie przed- i poporodowym oraz tendencję (zarówno wśród matek jak i jej najbliższego otoczenia), aby skupić się przede wszystkim na zdrowiu dziecka, odpowiedzialność za wczesne wykrywanie i zapobieganie zaburzeniom związanym z porodem leży w dużej mierze w rękach personelu oddziałów położniczo-ginekologicznych (Chrzan-Dętko & Walczak-Kozłowska, 2020). Badacze wskazali, że nieświadomość kobiet i personelu medycznego odnośnie ryzyka depresji poporodowej stanowi problem w polskim systemie opieki zdrowotnej (Chrzan-Dętko & Walczak-Kozłowska, 2020). Personel ma także niewielką wiedzę na temat potencjalnych czynników ryzyka tych zaburzeń.

Badanie własne objęło 224 kobiety przebywających po porodzie na oddziale położniczym od czerwca 2019 do stycznia 2020 roku. Osoby badane wypełniały komplet kwestionariuszy w dniu wypisu ze szpitala. Kobiety wypełniały ankietę zbierającą dane socjodemograficzne oraz położnicze oraz kwestionariusze do oceny występowania symptomów depresji (Edynburska Skala Depresji Poporodowej) i skalę numeryczną do oceny występowania dolegliwości bólowych.

Wyniki badań potwierdziły dotychczasowe doniesienia badawcze o znaczeniu cięcia cesarskiego dla występowania wczesnych objawów depresji wśród kobiet po porodzie. Kobiety po porodzie siłami natury miały mniej objawów depresyjnych we wczesnym połogu, niż kobiety po cięciach cesarskich. W literaturze pojawiają się także badania porównujące typy cięcia cesarskiego (elektywne vs pilne) jako czynnik ryzyka zaburzeń nastroju u kobiet w okresie połogu. Metaanaliza przeprowadzona przez Moameri i in. (2019) wskazała, że cięcie w trybie pilnym jest silniejszym czynnikiem ryzyka wystąpienia depresji poporodowej, niż cięcie w trybie planowym. Podobne zależności uzyskano w naszych badaniach. Częstość występowania istotnych klinicznie wczesnych objawów depresji poporodowej była najwyższa w grupie kobiet po pilnym cięciu cesarskim.

Celem dodatkowym była ocena bólu porodowego oraz bólu w dniu wypisu ze szpitala wśród badanych kobiet. W świetle uzyskanych wyników, ocena bólu porodowego i bólu we wczesnym połogu różniły się w zależności od rodzaju porodu, jakiego doświadczyła kobieta. Z

analiz wynika również, że natężenie bólu porodowego najwyżej oceniały kobiety podczas porodu siłami natury oraz w trakcie cięcia cesarskiego w trybie pilnym, a najniżej podczas cięcia cesarskiego w trybie planowym. W dniu wypisu ze szpitala kobiety po porodzie naturalnym odczuwały najmniejszy ból, a największy ból towarzyszył kobietom po cięciu cesarskim (zarówno pilnym jak i planowym). Wyniki te są zgodne z doniesieniami innych badaczy, którzy ustalili, że subiektywna ocena bólu była niższa po porodzie drogami natury niż po cięciu cesarskim (Osis i in., 2001; Hardy-Fairbanks i in., 2013; Jaeschke i in., 2017 r.).

Poziom objawów depresyjnych we wczesnym połogu może być związany również z bólem odczuwany w trakcie i po porodzie. Poprzednie badania wykazały, że ból związany z porodem może zwiększać ryzyko depresji poporodowej (Eisenach i in., 2008); w naszych badaniach nie zaobserwowaliśmy jednak takiej zależności. Wykazaliśmy natomiast dodatnią korelację pomiędzy objawami depresyjnymi i bólem odczuwanym w momencie wypisu ze szpitala - zależność ta występowała wyłącznie u kobiet po elektywnych cięciach cesarskich. Wynik ten jest nieoczekiwany, wymaga dalszych badań i analiz, aby rozstrzygnąć i zrozumieć, jakie mechanizmy psychofizjologiczne są źródłem uzyskanych zależności.

Uzyskane wyniki niosą ze sobą istotną wartość aplikacyjną: mogą bowiem pomóc w prowadzeniu rozmów między klinicystami a pacjentkami na temat wyboru porodu, dostarczając wiedzy o potencjalnym ryzyku i korzyściach wynikających z porodu przez cesarskie cięcie dla siebie, własnego potomstwa i przyszłych planów prokreacyjnych. Przedstawione analizy były również inspiracją dla podjęcia kolejnego projektu badawczego w niniejszym module, który wieńczy przedstawioną powyżej sekwencję i ukazuje problematykę okresu poporodowego w kontekście wczesnego macierzyństwa. Jednym z głównych jego celów była ocena doświadczeń okołoporodowych dla zdrowia psychicznego i jakości rodzicielstwa matek niemowląt.

W badaniu piątym opublikowanym na łamach czasopisma *Midwifery* (Ilska i in., 2025) jednym z głównych celów analiz była identyfikacja profili psychologicznych matek niemowląt na podstawie poziomu macierzyńskiej pewności siebie oraz nasilenia objawów depresji i lęku. Celami dodatkowymi była ocena powiązań pomiędzy wyłaniającymi się profilami psychologicznymi a zmiennymi społeczno-demograficznymi, zdrowotnymi, rodzicielskimi, położniczymi i okołoporodowymi – w tym satysfakcją z porodu. Artykuł powstał we współautorstwie badaczy Uniwersytetu Śląskiego: dr Kołodziej-Zaleskiej, prof. UŚ i dr Brandt-Salmeri. Projekt i publikacja prowadzony był pod moim kierownictwem, byłam odpowiedzialna za konceptualizację, postawienie hipotez, zaplanowanie badań, wybór metodyki badań, przygotowanie procedury badawczej, zebranie danych, opracowanie danych i

analizę statystyczną, interpretację wyników, wnioski z pracy oraz przygotowanie i korektę manuskryptu.

Okres poporodowy to czas wrażliwy ze względu na zmiany hormonalne zachodzące u kobiety, w kontekście potrzeb rozwijającego się niemowlęcia. Jest silnie powiązany z podatnością na wszelkiego rodzaju zaburzenia zdrowia psychicznego, które potencjalnie pogarszają jakość opieki nad dzieckiem. Zaburzenia zdrowia psychicznego matek w okresie poporodowym są zjawiskiem powszechnym (Shorey i in., 2018; Fawcett i in., 2019). U znacznej części kobiet, które doświadczają dystresu w czasie ciąży lub w okresie poporodowym, objawy występują nadal we wczesnych latach życia dziecka (Austin i in., 2007; Horwitz i in., 2009). Wcześniejsze badania własne pokazały, iż okres poporodowy jest wrażliwym czasem dla zdrowia psychicznego matek (por. Ilska i in., 2020).

Stan psychiczny matki stanowi dominujący, lecz modyfikowalny wpływ, który może znacząco wpłynąć na rozwój płodu i dziecka (Woods i in., 2010) oraz jakość macierzyństwa (Kingston i in., 2012). W badaniach wykazano związek między depresją a pewnością siebie matki po porodzie (Aydemir i Onan, 2020). Wpływ depresji na jakość pełnienia roli rodzicielskiej może być dramatyczny w swych skutkach: badania pokazują, że jest to jeden z najważniejszych predyktorów zakłócających więź matki z dzieckiem, a efekty mogą być odległe w czasie i dotyczyć także rozwoju dziecka w kolejnych latach (Arante, 2021). Macierzyńska pewność siebie (ang. *maternal confidence* - MC) definiowana jest jako subiektywna ocena dokonywana przez matkę własnych możliwości zaopiekowania się dzieckiem i zrozumienia jego potrzeb. MC może być wyznacznikiem jakości macierzyństwa i jak wskazują badania jest ważna dla pozytywnego przystosowania się do rodzicielstwa i budowania relacji matka-dziecko (Walker i in., 1986). Jest też ściśle związana z tożsamością matki oraz kompetencjami i osiągnięciami w roli matki. Badania powiązały pewność siebie jako matki z kilkoma czynnikami, takimi jak narodziny wcześniaka, stres matki, wsparcie społeczne, temperament i nastrój niemowlęcia (Bullock i Pridham, 1988; Cutrona i Trouman, 1986; East i in., 1994; Hayman, 1998; Sepa i in., 2004; Tseng i in., 1998). Dotychczasowe analizy uwzględniające analizy klasterowe koncentrowały się głównie na determinantach zdrowia psychicznego matek, takich jak objawy depresji i lęku w okresie poporodowym (por. Scroggins i in., 2024). W badaniach tego typu analizowano także pewne aspekty związane z rodzicielstwem, takie jak stres rodzicielski, problematyczny sen czy karmienie niemowlęcia (zob. Scroggins i in. 2024). Przegląd badań Scroggins'a i in (2024) pokazał, iż badania uwzględniające zarówno aspekty zdrowia psychicznego matek i wyznaczników jakości macierzyństwa w analizowaniu profili matek są nadal rzadkością. Powyższe ustalenia

literaturowe i wyniki wcześniejszych badań własnych pozwoliły na wyznaczenie kierunków działań i w ślad za tym przeprowadzenie badań, których głównym celem była próba wyodrębnienia profili matek ze względu na wybrane wskaźniki zdrowia psychicznego (tj. nasilenie objawów lęku i depresji) oraz macierzyńskiej pewności siebie.

Przebadano 179 kobiety, które urodziły dziecko w okresie od marca 2020 do czerwca 2021 roku. Były to matki dzieci w wieku do 3 miesiąca życia. Badania prowadzono na platformie LimeSurvey. Kobiety wypełniały ankietę zbierającą dane socjodemograficzne, położnicze, rodzicielski i zdrowotne oraz kwestionariusze do oceny występowania symptomów depresji (PHQ-2), lęku uogólnionego (GAD-7), macierzyńskiej pewności siebie (MCQ) i satysfakcji z porodu (BBS). Narzędzia MCQ i BBS zostały zaadaptowane do warunków polskich przeze mnie i współautorów we wcześniejszych projektach naukowych (por. Brandt-Salmeri i in., 2024). Dodatkowo osoba badana dokonywała oceny wsparcia otrzymywanego od rodziny i partnera, siły stresu, własnego zdrowia i zachowań zdrowotnych za pomocą pojedynczych pozycji na pięciopunktowej skali typu Likerta. Przeprowadzono dwustopniową analizę klasterową, która pozwala wskazać optymalną ilość skupień przy wprowadzonych założeniach. W kolejnych krokach dokonano porównań między wyłoniionymi klasterami w interesujących nas aspektach.

Analizy pozwoliły na wyróżnienie dwóch profili matek. Pierwszy z nich nazwany został przez nas jako profil nieadaptacyjny (ang. „*maladaptive*”) z wysokimi wskaźnikami depresji i lęku oraz niską macierzyńską pewnością siebie ($n = 39,7\%$), a drugi profil matek opisany jako adaptacyjny (ang. „*adaptive*”) z niskimi wskaźnikami depresji i lęku i wysoką pewnością siebie ($n = 60,3\%$). W grupie matek z profilu „*maladaptive*” więcej było tych, które doświadczały wyższego stresu, deklarowały mniej zachowań prozdrowotnych, gorzej oceniały własne zdrowie i otrzymywały mniej wsparcia od rodziny. Wśród nich więcej kobiet doświadczyło indukcji porodu i miały niższą globalną satysfakcję z porodu.

Zróznicowanie uzyskanych profili pozwala myśleć o zróżnicowanym procesie adaptacji w okresie wczesnego macierzyństwa. Znaczna liczba matek zgłosiła, że doświadcza niskiej macierzyńskiej pewności siebie i gorszego zdrowia psychicznego. Analizy wykazały również istotne różnice między wyłoniionymi klasterami w ocenie własnego zdrowia, doświadczanego stresu i otrzymywanego wsparcia społecznego. Okazało się również, że doświadczenia okołoporodowe były istotnie różne w analizowanych profilach matek niemowląt. Badania wskazują na potrzebę uwzględniania w diagnozie psychologicznej wyznaczników jakości macierzyństwa, w tym macierzyńskiej pewności siebie, wraz z oceną zdrowia psychicznego matek. Konieczne jest bardziej wszechstronne i systematyczne monitorowanie problemów

zdrowia psychicznego i czynników matczynych, zwłaszcza w przypadku grup ryzyka zidentyfikowanych w badaniu.

Powyższe badania mają istotne implikacje dla dalszej praktyki klinicznej. Ukazują szczególną wrażliwość okresu poporodowego dla budowania tożsamości rodzicielskiej i odnajdywaniu się pomyślnie w swej roli. Identyfikacja matek z poważniejszymi trudnościami może przyczynić się do zaprojektowania konkretnych interwencji profilaktycznych i terapeutycznych, potencjalnie niwelujących trudne doświadczenia kobiet w okresie wczesnego rodzicielstwa. W świetle uzyskanych wyników, zasadne wydaje się prowadzenie badań przesiewowe w zakresie zdrowia psychicznego i wspieranie kompetencji rodzicielskich matek w okresie po porodzie. Przedstawione badania wskazują również, że ważne jest, aby specjaliści (pediatrzy, położnicy, położne środowiskowe), którzy mają kontakt z kobietami we wczesnym okresie rodzicielstwa, zwracali szczególną uwagę na kondycję psychofizyczną matki, nie tylko w kontekście zauważonych niepokojących objawów, lecz również pod względem poczucia kompetencji w sprawowaniu roli matczynej. Specyfika okresu poporodowego polega bowiem na tym, że więcej uwagi kierowane jest w stronę noworodka/niemowlęcia, podczas gdy samopoczucie kobiet i ich doświadczenia w opiece na dzieckiem bywają pomijane przez specjalistów ochrony zdrowia. Szczególną uwagę należy zwrócić na „nieadaptacyjny profil matek”. Ta grupa powinna być otoczona opieką i wsparciem bliskich i specjalistów, aby wspomóc ich w procesie przystosowania do macierzyństwa. Otoczenie ich odpowiednim wsparciem emocjonalnym i edukacją wspierającą ich kompetencje rodzicielskie może wzmacniać ich pewność siebie jako rodziców oraz poprawić relację matka-dziecko.

Podsumowując, kolejny moduł w moim dorobku naukowym stanowi pogłębioną analizę wybranych – istotnych z punktu widzenia naukowego, jak i praktyki klinicznej, problemów okresu prenatalnego i perinatalnego. Do głównych osiągnięć można zaliczyć wnioski płynące z badań ilustrujące, iż opieka nad ciężarną i położnicą w położu powinna być holistyczna i uwzględniać zarówno aspekty medyczne, jak i psychologiczne. Jest to wyzwanie interdyscyplinarne i obejmuje współpracę medyków i psychologów oraz innych zawodów związanych ze zdrowiem kobiety. Moje badania wskazały, iż na zdrowie psychiczne kobiety wpływa zarówno to, jaki jest kontekst ciąży (niskiego vs. wysokiego ryzyka), jak również jej relacja z położnikiem w okresie ciąży. Badania pokazały również, iż zdrowie psychiczne kobiety w ciąży wpływa na to, co dzieje się w sytuacji porodowej: jak poród przebiega i jaki jest jego finał, czy kobieta ocenia go jako satysfakcjonujący i jak kobieta funkcjonuje w położu. Z kolei to, co dzieje się w sytuacji porodowej ma zasadniczy wpływ na zdrowie kobiety w

połogu i na wczesnych etapach adaptacji do rodzicielstwa - zarówno w aspekcie fizycznym (dolegliwości bólowe, ocena zdrowia), jak i psychicznym (objawy depresji poporodowej, lęku, stresu, pewność siebie jako rodzica).

Badania pokazały również, iż lęk porodowy jest zjawiskiem powszechnym w Polsce, a około 18% kobiet doświadcza wysokiego jego natężenia. Należy przyjąć, iż ocena lęku porodowego powinna być standardem w przedporodowej opiece położniczej, w Polsce, a wskazane w badaniach grupy szczególnego ryzyka silnego lęku porodowego powinny być objęte specjalistyczną pomocą już w okresie ciąży. Wydaje się to być kluczowym obszarem dalszych analiz i prac nad rekomendacjami położniczymi, gdyż opisane tu badania pokazały, że lęk porodowy może wiązać się z dłuższym porodem, decyzjami ciężarnej o wyborze formy porodu i większymi dolegliwościami bólowymi w trakcie porodu i we wczesnym połogu, jak również ze zwiększonym ryzykiem podwyższonych objawów depresji poporodowej. Z badań przedstawionych w niniejszym module wynika również, iż opieka psychologiczną nad kobietą nie powinna się kończyć wraz z momentem porodu. Okres połogu to wrażliwy czas, podczas którego kształtuje się intensywnie tożsamość matczyzna, która w zależności od konfiguracji i współdziałania wielu zmiennych, może przybierać różne oblicza pod względem adaptacyjności.

Powyższa tematyka omówiona jest w artykułach:

1. **Ilka, M.**, Kołodziej-Zaleska, A., & Brandt-Salmeri, A. (2019). Assessment of Obstetrician-patient Relationship and Stress Levels Experienced by Women in Healthy Pregnancy and Pregnancy Complicated by Maternal or Fetal Factors. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie/Politechnika Śląska*, (141), 115-132. DOI: [10.29119/1641-3466.2019.141.9](https://doi.org/10.29119/1641-3466.2019.141.9)
2. Gregor, K., Banaś, E., Malec, M., **Ilka, M.**, Jagielska, A., Rak, K., Czuba, B., & Cnota, W. (2019). Lęk porodowy – czynniki ryzyka oraz jego wpływ na przebieg porodu, połogu i stan noworodka. *Ginekologia i Płodnictwo-Medical Project*, 51, 009-013.
3. **Ilka, M.**, Brandt-Salmeri, A., Kołodziej-Zaleska, A., Banaś, E., Gelner, H., & Cnota, W. (2021a). Factors associated with fear of childbirth among Polish pregnant women. *Scientific Reports*, 11(1), 4397. DOI: [10.1038/s41598-021-83915-5](https://doi.org/10.1038/s41598-021-83915-5)
4. **Ilka, M.**, Banaś, E., Gregor, K., Brandt-Salmeri, A., Ilski, A., & Cnota, W. (2020b). Vaginal delivery or caesarean section - Severity of early symptoms of postpartum depression and assessment of pain in Polish women in the early puerperium. *Midwifery*, 87, 102731. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102731>
5. **Ilka, M.**, Kołodziej-Zaleska, A., Brandt-Salmeri, A. (2025). Adaptive and maladaptive profiles in mothers of infants – a cross-sectional study on the meaning of self-confidence and mental health. *Midwifery*, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104320>

Wyznaczniki zdrowia psychicznego ciężarnych w okresie pandemii COVID-19

Następny etap mojej pracy jest po części kontynuacją wcześniej powziętych celów i założeń, jak i wynikiem nieoczekiwanej i bezprecedensowej sytuacji pandemii, która dotknęła świat w latach 2020-2022. Jak wskazywałam powyżej, kobiety w ciąży ze względu na

dynamikę okresu prenatalnego stanowią grupę szczególnie wrażliwą i podatną na zaburzenia zdrowia psychicznego. W okresie pandemii COVID-19 stres wywołany izolacją, wprowadzanymi restrykcjami, ograniczeniem opieki medycznej i strachem przed zakażeniem sprawił, że kobiety zmagać się musiały z nowym obciążeniem, jakim był tzw. stres pandemiczny (Preis i in. 2020a). Jest to specyficzny stres związany z przygotowaniem się do porodu w sytuacji trwającej pandemii i możliwością infekcji u matki lub dziecka.

Kolejne prace powstały zatem w specyficznym i niespotykanym do tej pory kontekście – badacze z światowych ośrodków badawczych połączyli siły, by móc badać potrzeby kobiet i tym samym wspierać je w tym podwójnie kryzysowym momencie. W ramach współpracy międzynarodowej prowadziłam badania i redagowałam prace, które stanowią istotny wkład w poszerzanie wiedzy o zdrowiu psychicznym ciężarnej i tworzą spójny i wzajemnie się uzupełniający układ trzech publikacji: Iliska i in. (2021b) Iliska i in. (2021c), Iliska i in. (2022). Niniejszy cykl prac badawczych powstał w ramach współpracy w międzynarodowym projekcie badawczym „I COPE Study – Doświadczenia ciężarnych w czasie pandemii COVID-19”, którego kierownictwo objęłam, stając się liderem zespołu w Polsce. Pomysłodawcą i kierownikiem projektu w wymiarze międzynarodowym była prof. Marci Lobel (Uniwersytet Stony Brook, USA). Prezentowane tu prace zawierają analizy przeprowadzone jedynie na populacji polskiej, choć w ramach współpracy badawczej prowadzono również badania o charakterze porównawczych pomiędzy krajami biorącymi udział w projekcie „I Cope Project” (por. Lobel i in., 2022; Riquelme-Gallego i in., 2024). Co warto zaznaczyć współpraca i badania w Polsce rozpoczęły się na bardzo wczesnych etapach pandemii (kwiecień 2020) i trwały do końca trzeciej fali (czerwiec 2021).

Pandemia COVID-19 przyniosła istotne zakłócenia w życiu społecznym, a badania na całym świecie odnotowywały istotny wzrost poziomu lęku w wielu populacjach. Do głównych przyczyn niepokoju można było zaliczyć nieprzewidywalność, niepewność, powagę choroby, dezinformację, ale także utratę dochodów lub statusu zawodowego (Rajkumar, 2020). Badacze wskazują, że kobiety w ciąży były szczególnie narażone na zły stan zdrowia psychicznego podczas pandemii COVID-19 ze względu na specyfikę okresu ciąży (Mirzadeh & Khedmat, 2020; Thapa i in., 2020). Niewątpliwie izolacja, dystans społeczny, ograniczony dostęp do opieki medycznej i poważne zmiany w życiu codziennym spowodowane przez COVID-19 mogły zwiększać ryzyko problemów ze zdrowiem psychicznym wśród wrażliwej populacji, takiej jak kobiety w ciąży (Thapa i in., 2020). Badacze na całym świecie podkreślają, że pandemia COVID-19 wpłynęła na opiekę okołoporodową nad matką i jej nienarodzonym dzieckiem, a zakres i dynamika czy charakter tych zmian przez pierwszy okres pandemii był

niejednokrotnie chaotyczny i nieprzewidywalny. Te nieoczekiwane i niespotykane do tej pory okoliczności mogły nie tylko zwiększać stres prenatalny, ale mogły także wpływać na inne zachowania zdrowotne, oczekiwania i wybory związane z ciążą (Preis i in., 2021a; Preis i in., 2021b), co stało się ważką przesłanką, aby podjąć badania przyczyniające się do wzbogacenia wiedzy. Aktywność naukowców z okresu pandemii pozwoliła, w dość krótkim czasie, na dokonanie przeglądów analiz i generowanie wniosków oraz zaleceń dotyczących opieki nad ciężarną w szerszej, światowej perspektywie. Wnioski z przeglądów literaturowych i meta analiz prezentowały się następująco: 1/ w trakcie pandemii COVID-19 zdrowie psychiczne kobiet ciężarnych uległo pogorszeniu, w szczególności obserwowano podwyższony stres, lęk, depresję, zaburzenia snu i społecznego funkcjonowania (Demissie i Bitew, 2021); 2/ pandemia COVID-19 miała umiarkowany lub poważny wpływ na zdrowie psychiczne kobiet w ciąży, głównie w postaci znacznego wzrostu depresji i objawów lękowych (Ahmad i Vismara, 2021); 3/ wyższa częstość występowania depresji, lęku, zarówno u kobiet w ciąży, jak i po porodzie podczas pandemii COVID-19 (Sun i in., 2020). Szacunki z całego świata sugerują, że jedna na cztery ciężarne kobiety doświadczyły klinicznie nasilonych objawów depresji (25,6%); a jedna na trzy kobiety doświadczyły klinicznie nasilonego lęku (30,5%) (Tomfohr-Madsen i in., 2021). Częstość występowania lęku w ciąży była wyższa w późniejszych fazach pandemii (Tomfohr-Madsen i in., 2021).

Pandemia COVID-19 przebiegała falowo, a kolejne fale przynosiły zróżnicowane ograniczenia życia społecznego, funkcjonowania opieki medycznej, jak również zmieniał się sam obraz choroby w jej kolejnych falach. W Polsce kolejne fale pandemii, oznaczały daleko idące restrykcje w opiece położniczej (odwoływanie wizyt, teleporady, ograniczenia w funkcjonowaniu oddziałów położniczych i sal porodowych, porody bez osoby towarzyszącej, cięcie cesarskie jako preferowana forma porodu w sytuacji potwierdzonego zakażenia, rozdzielanie matki i noworodka po potwierdzonym zakażeniu u matki, wątpliwości i niejasności co do możliwości karmienia piersią). W kolejnych falach, wraz ze wzrostem zakażonych kobiet, z ciężkim przebiegiem choroby (ze zgonem włącznie), obserwowano przeciążenie systemu opieki medycznej, co generowało niepewność co do miejsca i formy porodu (utworzono *ad hoc* tzw. położnicze oddziały covidowe). W omawianym projekcie w kolejnych falach pandemii prowadzone były trzy poprzeczne badania naukowe koncentrujące się na wyznacznikach zdrowia psychicznego kobiet ciężarnych i ich potencjalnych korelatach. W sumie przebadano w okresie pierwszego roku pandemii 2462 kobiety ciężarne w Polsce. Kolejne artykuły pokazują poszczególne analizy wybranych wyznaczników zdrowia psychicznego w kolejnych falach pandemii. We wszystkich artykułach byłam kierownikiem

projektu w Polsce odpowiedzialnym przy tym artykule za: konceptualizację, postawienie hipotez, zaplanowanie badań, wybór metodyki badań, przygotowanie procedury badawczej, zebranie danych, opracowanie danych i analiza statystyczna, interpretacja wyników, wnioski z pracy, przygotowanie i korekta manuskryptu. Publikacje powstały we współpracy z dr Kołodziej-Zaleską, prof. UŚ, dr Brandt-Salmerii i prof. Preis i prof. Lobel (Uniwersytet Stony Brook w Stanach Zjednoczonych).

Pierwsza publikacja opublikowana została w czasopiśmie *Midwifery* (Ilska i in., 2021b). W dobie pandemii szczególnego znaczenia nabiera konieczność prowadzenia badań przesiewowych monitorujących potencjalne problemy ze zdrowiem psychicznym w okresie prenatalnym lub poporodowym, a ich efektywność zależy od dostępności skutecznych i dokładnych narzędzi pomiarowych. Zespół prof. Lobel (Preis i in., 2020a) już na początku pandemii stworzył narzędzie do pomiaru prenatalnego stresu pandemicznego (PREPS-Skala Prenatalnego Stresu Pandemicznego), które prezentowało się obiecująco w kontekście pomiaru dystresu wyrażanego wobec okoliczności pandemicznych. W pierwszym kroku naszych prac skupiliśmy się na adaptacji kwestionariusza PREPS do warunków polskich. Celem naszego badania było stworzenie polskiej wersji oryginalnej angielskiej wersji narzędzia PREPS opracowanej przez Preis i współpracowników (2020a) oraz zbadanie, w jaki sposób stres pandemiczny wiąże się z lękiem przed porodem i stresem prenatalnym. Celem szczegółowym było określenie, w jaki sposób obciążenia związane z pandemią, w tym związane z zakażeniem COVID-19, dostępem do opieki prenatalnej i stratami finansowymi, są powiązane ze prenatalnym stresem pandemicznym oraz wskazanie potencjalnych grup ryzyka zwiększonego stresu pandemicznego.

Od kwietnia do maja 2020 roku 1148 kobiet w ciąży wzięło udział w badaniu za pośrednictwem mediów społecznościowych w Polsce (tj. Facebook, fora ciążowe, fundacje). Kobiety badane wypełniły ankietę stworzoną na użytek niniejszego badania zbierającą dane socjodemograficzne, położnicze i covidowe oraz skale psychologiczne: PREPS (prenatalny stres pandemiczny), NuPDQ (stres prenatalny), skala lęku porodowego (FOB). Kwestionariusze zostały wypełnione za pośrednictwem platformy LimeSurvey.

Skala Prenatalnego Stresu Pandemicznego (PREPS) to nowa skala powstała w oparciu o wcześniejsze badania dotyczące oceny stresu matki w okresie prenatalnym i poporodowym (por. Lobel i in., 2008; Dunkel-Schetter, 2011; Ibrahim i Lobel, 2020) oraz na podstawie doniesień i opisów doświadczeń kobiet ciężarnych w środkach masowego przekazu z początku pandemii COVID-19. Angielska wersja narzędzia ma dobre wartości

psychometryczne (Preis i in. 2020). Badacze zidentyfikowali dwa czynniki stresowe: stres związany z infekcją okołoporodową (PREPS-IS) i stres związany z organizacją/planowaniem porodu i opieki (PREPS-PS) oraz trzeci, odrębny czynnik – pozytywne przewartościowanie (POS).

Po uzyskaniu zgody autorów skali, zgodnie z procedurą adaptacji testów psychologicznych dokonano niezbędnych tłumaczeń i w toku prac powstała polska wersja językowa skali. Celem potwierdzenia struktury narzędzia, zaproponowanej przez Preis i współpracowników (2020a) przeprowadzono konfirmacyjną analizę czynnikową (CFA) modelu jedno-, dwu- i trzyczynnikowego. Wyniki CFA zweryfikowały akceptowalność modelu jednoczynnikowego (wynik ogólny); dwuczynnikowego (dwie skale stresu) lub modelu trójczynnikowego (ze skalą pozytywnego przewartościowania) zgodnie z przedmiotem badań. Rzetelność dla całej skali mierzonej alfa Cronbacha była w pełni zadowalająca dla wszystkich modeli. Wyniki te ściśle odpowiadają wnioskowi przedstawionemu przez autorów oryginalnej wersji narzędzia (Preis i in., 2020a). Trafność zewnętrzna polskiej wersji PREPS potwierdza dodatnia, umiarkowana korelacja prenatalnego stresu pandemicznego, mierzonego za pomocą PREPS, ze stresem specyficznym dla ciąży mierzonym za pomocą NuPDQ. Zbadaliśmy także powiązanie czynników PREPS z czynnikami położniczymi oraz związanymi z COVID-19. Badania pokazały, iż grupami ryzyka podwyższonego stresu pandemicznego są: kobiety rodzące po raz pierwszy; kobiety w II i III trymestrze ciąży; kobiety po doświadczeniach leczenia niepłodności i kobiety będące w ciążach wysokiego ryzyka.

Co więcej, stres prenatalny związany z pandemią korelował z lękiem przed porodem. Wydaje się zatem, że w czasie pandemii COVID-19 stres prenatalny związany z przygotowaniem do porodu i z infekcją okołoporodową może znacząco wpłynąć na poziom lęku przed porodem, co przekłada się na kolejne wyzwania dla personelu medycznego, zwłaszcza położniczego. Silne pozytywne związki pomiędzy stresem pandemicznym a lękiem porodowym wskazują potencjalne obszary interwencji personelu medycznego opiekującego się kobietą w okresie przedporodowym w czasie pandemii COVID-19.

Podsumowując, analizy wykazały, że stres pandemiczny w okresie ciąży jest nowym zjawiskiem, niejednorodnym w swej naturze, a do jego komponentów należą: obawy związane z przygotowaniem do porodu w warunkach pandemii oraz ryzyko zakażenia okołoporodowego siebie lub dziecka. Kobiety w ciąży w trakcie pandemii odczuwają podwyższony stres z powodu: samej ciąży i towarzyszących jej zmian, konieczności dostosowania się do ograniczeń narzuconych przez pandemię oraz doświadczania obaw dotyczących okołoporodowego zakażenia COVID-19. Polska wersja PREPS może być wykorzystywana przez lekarzy,

położne, przez klinicystów do oceny konkretnych obaw doświadczanych podczas pandemii przez kobiety w ciąży oraz do identyfikacji pacjentek wymagających interwencji psychologicznych podejmowanych w celu niwelowania objawów stresu, również tego związanego z pandemią.

W drugim artykule opublikowanym w *Scientific Reports* (Ilska i in., 2022) kontynuowano rozważania i analizy dotyczące zdrowia psychicznego ciężarnych w trakcie pierwszej fali pandemii COVID-19.

W prezentowanym artykule jako negatywny wyznacznik zdrowia psychicznego przyjęto zaburzenia lękowe, wskazywane przez badaczy jako najczęściej występujące obok depresji problemy zdrowia psychicznego w pandemii (Sun i in., 2020; Ahmad i Vismara, 2021; Tomfohr-Madsen i in., 2021). Celami tego badania były: (1) ocena nasilenia lęku u kobiet w ciąży w pierwszej fali pandemii Covid-19 w Polsce; (2) weryfikacja związku nasilenia lęku ze zmiennymi socjodemograficznymi, położniczymi, covidowymi, sytuacją życiową oraz dwoma wymiarami stresu pandemicznego; (3) zbadanie, jakie są istotne czynniki ryzyka podwyższonego lęku u kobiet ciężarnych.

Grupę badawczą stanowiło 1050 kobiet w ciąży zrekrutowanych za pośrednictwem mediów społecznościowych w Polsce, podczas pierwszej fali Pandemii COVID-19, od maja do czerwca 2020 r. Komplet kwestionariuszy zawierał skale psychologiczne: GAD-7 (lęk), PREPS (stres pandemiczny) z dwiema podskalami: przygotowanie do porodu i stres infekcyjny, a także zmienne położnicze, socjodemograficzne i te związane z COVID-19 i z sytuacją życiową.

W pierwszym kroku oceniliśmy poziom występowania podwyższonych objawów lęku i stresu pandemicznego (w obu jego wymiarach) w badanej próbie. Ponad jedna trzecia kobiet doświadczyła umiarkowanych lub ciężkich objawów lękowych. Natomiast jedna czwarta i ponad jedna trzecia badanych kobiet uzyskała wysokie wyniki w pandemicznym stresie związanym z infekcją i stresie związanymi z przygotowaniem do porodu i rodzicielstwa.

W kolejnych krokach analizowano czynniki o charakterze socjodemograficznym, położniczym i covidowym sprzyjające podwyższonym objawom lęku. W analizach porównawczych lęk był powiązany z niższym statusem finansowym, doświadczaniem przemocy, obecnym stanem emocjonalnym lub psychicznym, znaczącymi wydarzeniami życiowymi w ciąży. Podobnie, lęk był powiązany z większością czynników położniczych, w tym z ciążą nieplanowaną, ciążą wysokiego ryzyka czy chorobą przewlekłą matki. Również wszystkie uwzględnione zmienne covidowe - utrata dochodu przez pandemię, odwołanie wizyt położniczych i ograniczony dostęp do przestrzeni na świeżym powietrzu - były powiązane z

wyższymi wynikami na skali GAD-7. W ostatnim kroku analiz czynniki wskazane jako istotne w analizach porównawczych włączono do modelu regresji logistycznej jako potencjalne czynniki ryzyka silnego lęku wraz z prenatalnym stresem pandemicznym w obu jego wymiarach. Wyniki sugerują, że obecne problemy emocjonalne, ciąża nieplanowana oraz zwiększony stres pandemiczny w obu wymiarach były czynnikami ryzyka silnego lęku.

Pandemia COVID-19 przyczyniła się do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego kobiet w ciąży na całym świecie. Wyniki niniejszego badania wskazują, że objawy lękowe były zjawiskiem powszechnym wśród kobiet w ciąży w Polsce w pierwszej fali pandemii. A stres pandemiczny był znaczącym doświadczeniem w przeżywaniu ciężarnych. Nasze ustalenia wskazują również na aspekty, które pomagały w identyfikacji kobiet w ciąży, które były narażone na ryzyko wystąpienia tego zjawiska, co pozwalało otoczyć je adekwatną pomocą.

W trzecim artykule opublikowanym w *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Ilska i in., 2021c) prowadzono dalsze analizy nad doświadczeniami kobiet ciężarnych w czasie pandemii COVID-19. Tym razem badania prowadzono w trakcie II fali pandemii, a analizowanym wyznacznikiem zdrowia psychicznego był prenatalny stres pandemiczny.

Celem badania było zbadanie skali stresu pandemicznego u kobiet w ciąży podczas drugiej fali pandemii w Polsce oraz identyfikacja jego korelatów socjodemograficznych, położniczych i sytuacyjnych, w tym czynników pandemicznych. Przebadano 1119 kobiet ciężarnych, w okresie od listopada 2020 do stycznia 2021. Kobiety rekrutowano przez media społecznościowe, a badanie odbywało się na platformie LimeSurvey. Osoby badane wypełniały ankietę własnego autorstwa, zbierając dane socjodemograficzne, położnicze, covidowe i dotyczące sytuacji życiowej oraz skalę PREPS (prenatalny stres pandemiczny). Wykonano analizy porównawcze i regresję logistyczną. Dokonano również oceny występowania podwyższonego stresu pandemicznego w obu jego wymiarach w badanej populacji.

Analizy pokazały, że jedna czwarta badanych kobiet doświadczała wysokiego prenatalnego stresu pandemicznego związanego z infekcją (PRESP-IS), a jedna trzecia wysokiego stresu pandemicznego związanego z przygotowaniem się do porodu i rodzicielstwa (PREPS-PS). Poziom stresu w obu wymiarach był podobny do wyników uzyskanych w I fali pandemii (por. Ilska i in., 2022). W kolejnym kroku przeprowadzono analizy porównawcze, w wyniku których wskazaliśmy istotne zmienne o charakterze socjodemograficznym, położniczym i covidowym stresu pandemicznego w dwóch jego wymiarach (PRESP-IS i PREPS-PS). Dla podwyższonych wyników stresu pandemicznego związanego z infekcją

istotne okazało się: obecne problemy emocjonalne lub psychiczne, doświadczanie dyskryminacji, ciąża wysokiego ryzyka, długi czas starań koncepcyjnych, brak diagnozy COVID-19, odwołanie wizyt położniczych przez pandemię, teleporady, ograniczony dostęp do świeżego powietrza, przestrzeganie restrykcji covidowych. Dla podwyższonych wyników stresu pandemicznego związanego z przygotowaniem się do porodu i rodzicielstwa okazały się: niższy status finansowy, pierwsza ciąża, długi czas starań o ciążę, obecne problemy psychiatryczne i emocjonalne, ważne wydarzenie życiowe w czasie ciąży, doświadczanie dyskryminacji, utrata dochodu przez COVID-19, podejrzewanie u siebie infekcji, odwoływanie wizyt położniczych, teleporady, ograniczony dostęp do świeżego powietrza i przestrzeganie restrykcji i zaleceń zdrowotnych pandemicznych. W ostatnim kroku przeprowadzono dwie regresje logistyczne dla wysokich wyników stresu pandemicznego w dwóch jego wymiarach. Do modelu włączono jedynie zmienne które okazały się istotne na etapie analiz porównawczych. Czynniki ryzyka podwyższonych wyników stresu pandemicznego w wymiarze stresu przed infekcją okazały się jedynie brak potwierdzonej infekcji COVID-19 i silne przestrzeganie restrykcji i zaleceń bezpieczeństwa związanych z COVID-19. Natomiast czynnikami ryzyka wysokiego stresu pandemicznego związanego z przygotowaniem się do porodu i rodzicielstwa okazały się bycie pierworódką, doświadczanie obecnie problemów emocjonalnych i/lub psychicznych oraz czynniki covidowe: utrata dochodu, odwołanie wizyt położniczych i ograniczony dostęp do świeżego powietrza.

Pandemia COVID-19 i jej kolejne fale stworzyły specyficzne warunki, które dla kobiet w ciąży generowały stres związany z możliwością zakażenia siebie lub dziecka oraz stres związany z przygotowaniem się do porodu. Niniejsze badanie przyczynia się do zrozumienia doświadczeń kobiet w ciąży w szczególnie niebezpiecznym okresie pandemii COVID-19 w Polsce i poszerzają literaturę na temat stresu w czasie ciąży. Odkrycia wskazują, które kobiety są najbardziej narażone na podwyższony stres, i dają wgląd w to, w jaki sposób można ten stres zmniejszyć, poprzez skuteczne eliminowanie stresorów i tworzenie adekwatnych planów pomocowych.

Badania uwzględniające III falę pandemii COVID-19 i analiz dotyczących lęku porodowego i jego wyznaczników, z uwzględnieniem kontekstu pandemicznego, porównujących I, II i III falę pandemii COVID-19 są obecnie w procesie recenzyjnym. Dlatego nie prezentuję ich wyników w tym cyklu.

Podsumowując, zaprezentowany cykl badań z czasu pandemii COVID-19 wyraźnie obrazuje, iż pandemia miała negatywny wpływ na zdrowie psychiczne ciężarnych w Polsce.

Pandemia COVID-19 i jej kolejne fale wywoływały liczne stresory, które niepomyślnie rzutowały na zdrowie psychiczne ciężarnych. Można zatem myśleć o specyficznych uwarunkowaniach zdrowia psychicznego powstałych w obliczu nowych wyzwań pandemicznych, takich jak czynniki covidowe czy stres pandemiczny omawiany w przytoczonych tu badaniach. Opisywany tu wskaźnik zdrowia psychicznego (lęk) osiągał poziom wyższy niż wskazywałyby na to analizy przed pandemią. Natomiast nowe zjawisko, jakim był stres pandemiczny, którego doświadczało większość kobiet ciężarnych, okazał się być istotnym czynnikiem ryzyka lęku.

Analizy pokazały również, iż w toku trwania pandemii zmieniała się waga i znaczenie poszczególnych czynników ryzyka badanych wyznaczników zdrowia psychicznego. Zmienność ta dotyczyła szczególnie badanych aspektów o charakterze covidowym (np. teleporady, ryzyko infekcji, odwoływanie wizyt położniczych), co odzwierciedlało niejako dynamikę zjawiska pandemii. Projekt, którym kierowałam w Polsce pokazał jak kolejne fale pandemii zmieniały doświadczenia ciężarnych kobiet w naszym kraju i zmieniające się wymagania wobec nich. Zmiany doświadczone przez ciężarne uruchamiały procesy związane z adaptacją i koniecznością przystosowania się do nowych wyzwań pandemii. Badania pokazały, iż ta adaptacja nie zawsze była pozytywna i często wiązała się z pogorszeniem zdrowia psychicznego ciężarnych, a kolejne fale powodowały efekt spiętrzenia się trudności. Dlatego w obecnych analizach podsumowujących badania z czasu pandemii, ważne wydaje się uwzględnianie kontekstu poszczególnych „fal pandemii” i zmienności wyników w ich obrębie.

Powyższa tematyka omówiona jest w artykułach:

1. **Iliska, M.**, Kołodziej-Zaleska, A., Brandt-Salmeri, A., Preis, H., & Lobel, M. (2021b). Pandemic-related pregnancy stress assessment-Psychometric properties of the Polish PREPS and its relationship with childbirth fear. *Midwifery*, 96, 102940. DOI: [10.1016/j.midw.2021.102940](https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102940)
2. **Iliska, M.**, Kołodziej-Zaleska, A., Brandt-Salmeri, A., Preis, H., & Lobel, M. (2021c). Pandemic Stress and Its Correlates among Pregnant Women during the Second Wave of COVID-19 in Poland. *International journal of environmental research and public health*, 18(21), 11140. DOI: [10.3390/ijerph182111140](https://doi.org/10.3390/ijerph182111140)
3. **Iliska, M.**, Brandt-Salmeri, A., Kołodziej-Zaleska, A., Preis, H., Rehbein, E., & Lobel, M. (2022). Anxiety among pregnant women during the first wave of the COVID-19 pandemic in Poland. *Scientific Reports*, 12(1), 8445. DOI: [10.1038/s41598-022-12275-5](https://doi.org/10.1038/s41598-022-12275-5)

Podsumowanie i dalsze kierunki badań

Prowadzone przeze mnie wraz z współpracownikami badania, opublikowane w serii dziesięciu artykułów w języku polskim i angielskim, prezentują szeroko zakrojoną oraz pogłębioną analizę wyznaczników zdrowia psychicznego (które traktuję zarówno jako szeroko pojęty dobrostan, jak i - zgodnie z tradycyjnym ujęciem klinicznym - jako obecność objawów

i nasilenie psychopatologii). Szerokie spektrum badanych konstruktów pokazuje z jednej strony specyfikę, a z drugiej strony bogactwo doświadczeń analizowanego okresu – tj. ciąży i jej wpływu na wszystkie obszary funkcjonowania kobiety. Szereg doświadczeń, które są udziałem kobiet i potencjalnie wrażliwe obszary funkcjonowania psycho-emocjonalnego, które powinny być objęte oddziaływaniem pomocowym zostały zaprezentowane w niniejszym cyklu. Olbrzymia różnorodność doświadczeń kobiet w ciąży jest wynikiem wzajemnych oddziaływań wielu czynników. Bardzo trudno zatem badaczom i teoretykom scharakteryzować psychologiczne doświadczenia ciężarnych w jednym, całościowym modelu myślenia. Na początkowych etapach badań poszukiwałam odpowiedzi na ogólne zagadnienia uwarunkowań zdrowia psychicznego ciężarnej i w konsekwencji testowałam modele szerokie, obejmujące szeroki zakres zmiennych. Następnie zwróciłam się w kierunku bardziej fragmentarycznych, lecz pogłębionych analiz problematyki istotnej badawczo, jak i klinicznie. Pozostałam również uważna na kontekst prowadzonych badań (poród i połów, ciąża wysokiego ryzyka, wczesne doświadczenia macierzyńskie), jak i sytuację społeczną (okoliczności pandemiczne), co wymagało również uwzględnienia specyficznych konstruktów, które pomogły poszerzyć wiedzę z obszaru psychologii prokreacji (np. stres prenatalny, lęk porodowy, prenatalny stres pandemiczny). Zespół pod moim kierownictwem, jako jeden z pierwszych w Polsce, publikował w cenionych czasopismach badania o sytuacji ciężarnych w Polsce w trakcie pandemii COVID-19, wspierając tym samym i wyposażając w fachową wiedzę specjalistów zajmujących się opieką nad ciężarną. Prezentowane prace uwzględniały również potrzebę wykorzystania narzędzi o dobrych właściwościach psychometrycznych o międzynarodowym zasięgu. Skłoniło to nasz zespół do podjęcia prac adaptacyjnych nad narzędziami badawczymi w toku prowadzonych projektów badawczych (np. Ilska i in., 2021a; Ilska i in., 2021b). Pozwoli to w przyszłości na włączenie polskiej populacji do porównań międzykulturowych badanych konstruktów oraz wyciągania wniosków i rekomendacji na poziomie ogólnoświatowym.

Interdyscyplinarny charakter prowadzonych badań wskazuje na potrzebę uwzględnienia zarówno kontekstu psychologicznego, jak i medycznego w analizowanych obszarach, co daje nadzieję na zoptymalizowanie opieki nad kobietą ciężarną. Prowadzone badania wyodrębniły potencjalne zasoby/czynniki ochronne, które należy wspierać w dopasowywaniu interwencji pomocowych zarówno na poziomie opieki ambulatoryjnej, jak i szpitalnej. Mają one charakter zarówno zasobów indywidualnych (*ego-resiliency*, postawy wobec macierzyństwa i ciąży, pewność siebie macierzyńska), relacyjny (wsparcie partnera, zaufanie do położnika) jak i kontekstowy (ciąża wysokiego ryzyka, historia położnicza, pandemia). Natomiast rozpoznane

czynniki ryzyka (indywidualne i medyczne) wskazują na potencjalne wrażliwe obszary i grupy kobiet ciężarnych, które powinny zostać objęte szczególną uwagą i opieką.

Badania prowadzone na populacji kobiet ciężarnych, również opisane w moim cyklu, pokazują, iż dalsze analizy powinny uwzględniać szeroki wachlarz doświadczeń ciężarnych. Niezwykle interesujące byłoby zbadać trajektorie zmian psychologicznych w układzie badań podłużnych, szczególnie w kontekście znaczenia doświadczeń z czasu ciąży i okresu okołoporodowego dla jakości rodzicielstwa oraz zdrowia kobiety po narodzinach dziecka. Uwzględnienie również, w kolejnych projektach, perspektywy rozwoju dziecka po narodzinach i potencjalnych zależności dwukierunkowych zachodzących w dynamicznym układzie ich wzajemnych relacji byłoby ważnym celem z naukowego i praktycznego punktu widzenia. Porównania międzykulturowe stanowiłyby ciekawe dopełnienie analizowanych zjawisk. Moje zainteresowania badawcze kontynuuję w projektach interdyscyplinarnych w Polsce, jak i w wielośrodkowych badaniach międzynarodowych, które wpisują się w zarysowane dalsze ścieżki rozwoju wiedzy z tego obszaru.

Inne publikacje

Poza dziesięcioma publikacjami opisanymi powyżej jestem także współautorką dwudziestu dwóch artykułów naukowych, w tym jedenastu publikacji, które powstały po uzyskaniu stopnia doktora i jedenastu opublikowanych przed uzyskaniem stopnia doktora. Jestem również autorką jednej monografii naukowej, podoktorskiej i współautorką monografii naukowej dotyczącej zdrowia psychicznego ciężarnych i dostępnych metod diagnostycznych.

Publikacje koncentrują się na badaniach z kilku obszarów:

- **jedenaste publikacji z obszaru psychologii prokreacji (artykuły i monografie naukowe)**

Od początku mojej kariery naukowej (od 2013 roku) w swoich badaniach koncentrowałam się nad emocjonalnym funkcjonowaniem kobiet w okresie ciąży, mając na uwadze wspólne zależności zmiennych psychologicznych i kontekstowymi. Pierwsze projekty badawcze skupiały się na ocenie znaczenia wybranych zasobów własnych kobiety ciężarnej w kontekście jej dobrostanu psychicznego. Związane to było również z przygotowaniem się do pracy doktorskiej, w tym w poszukiwaniu adekwatnych narzędzi i prowadzeniem prac adaptacyjnych wybranych skal pomiaru. W pierwszych publikacjach prezentowałam adaptacje narzędzi do pomiaru prenatalnych postaw macierzyńskich (PRE-MAMA, Iłska i Przybyła-Basista, 2014) i pomiaru obaw prenatalnych ciężarnych w ciążach prawidłowych i wysokiego ryzyka (POC, Iłska i in., 2015). W kolejnych projektach weryfikowaliśmy wraz

z współautorami znaczenie prenatalnych postaw macierzyńskich dla występowania depresji u kobiet w ciąży i po porodzie (Przybyła-Basista i in., 2020), była to również zmienna, która weszła do modelu badawczego w mojej pracy doktorskiej (por. Ilska, 2020). W badaniach własnych, przeprowadzonych we współautorstwie z dr hab. H. Przybyłą-Basistą, koncentrowałam się również na znaczeniu kultury wizualnej w kształtowaniu się rodzicielstwa w okresie ciąży (Ilska i Przybyła-Basista, 2015), znaczeniu wsparcia partnera dla psychologicznego dobrostanu ciężarnych (Ilska i Przybyła-Basista, 2017), czy satysfakcji seksualnej ciężarnych w ciążach prawidłowych i wysokiego ryzyka (Ilska i in., 2018). W ramach badań prowadzonych wielośrodkowo i interdyscyplinarnie opublikowałam we współautorstwie artykuł analizujący jakość życia pacjentek po wielokrotnych cięciach (Ilska i in., 2022), artykuł analizujący międzynarodowe porównania występowania depresji i lęku u kobiet ciężarnych w trakcie pandemii COVID-19 (Lobel i in., 2022) oraz artykuł prezentujący międzynarodowe badania dotyczące właściwości psychometrycznych (w tym analizy Rasch) narzędzia do oceny stresu pandemicznego w ciąży (PREPS; Riquelme-Gallego i in., 2024).

Jestem autorką dwóch monografii naukowych (Ilska, 2020; Brandt-Salmeri i in., 2024). Pierwsza z nich jest monografią naukową, podoktorską i opisuje teoretyczne i empiryczne dowody na znaczenie stresu prenatalnego i zasobów indywidualnych ciężarnej takich jak *ego-resiliency*, postawy prenatalne, otrzymywane wsparcie partnera dla dobrostanu psychicznego w ujęciu eudajmonistycznym (Ilska, 2020). W książce przedstawiłam nowatorskie, oparte o dorobek psychologii pozytywnej, ujęcie problematyki ciąży i tworzącego się rodzicielstwa, przy uwzględnieniu dwóch perspektywy: ciąży prawidłowej oraz ciąży wysokiego ryzyka. Opierałam się na szerokim przeglądzie literatury, przytaczając najnowsze badania, prezentując jednocześnie badania własne oraz ich potencjał praktyczny.

W drugiej monografii napisanej we współautorstwie z dr Brandt-Salmeri i dr Kołodziej-Zaleską, Prof. UŚ (2024) postawiłyśmy sobie za cel opisanie obecnego stanu wiedzy na temat zdrowia psychicznego kobiet w ciąży i po porodzie oraz zaprezentowanie specyficznych dla tego okresu metod diagnozy i pomiaru różnych aspektów zdrowia psychicznego. Opisane w książce narzędzia pomiaru to zarówno autorskie adaptacje kwestionariuszy anglojęzycznych do warunków polskich, jak i również przegląd metod już obecnych w Polsce w przestrzeni badań i praktyki klinicznej.

sześć publikacji z obszaru psychologii rodziny

Pracując na Uniwersytecie Śląskim, w Zakładzie Psychologii Rozwoju Człowieka i Rodziny w Cyklu Życia razem z współpracownikami podejmowałam się różnych aktywności naukowych związanych z projektami z obszaru psychologii rodziny. Badania dotyczyły znaczenia zaangażowania w rolę dziadków dla poczucia ich dobrostanu (Kołodziej-Zaleska i Ilska, 2015) czy znaczenie zaangażowania dziadków w pomoc rodzinom oraz opiekę nad wnukami (Ilska i Kołodziej-Zaleska, 2016). Analizowaliśmy znaczenie mitów małżeńskich dla życia pary i rodziny (Kołodziej-Zaleska i Ilska, 2017). Prowadziliśmy również badania dotyczące sytuacji psychologicznej osób rozwiedzionych: ich statusu socjoekonomicznego w okresie porozwodowym (Kołodziej-Zaleska i Ilska, 2016), kryzysu rozwodowego i analizy doświadczanych zmian życiowych z nim związanych (Kołodziej-Zaleska i in., 2019), czy znaczenia poczucia własnej wartości i statusu inicjatora procesu rozwodowego dla wzrostu potraumatycznego osób po rozwodzie (Kołodziej-Zaleska i in., 2024).

- **cztery publikacje z obszaru pomiaru zasobów indywidualnych jednostki**

Kontynuując zainteresowania naukowe własne i współautorów w ramach współpracy w Zakładzie Psychologii Rozwoju Człowieka i Rodziny w Cyklu Życia, Uniwersytet Śląski angażowałam się w projekty związane z adaptacją testów psychologicznych do pomiaru zasobów indywidualnych jednostki lub oceny ich użyteczności w różnych populacjach badawczych. Jako współautor dokonałam adaptacji testów do pomiaru satysfakcji seksualnej u kobiet (SSS-W-R15, Ilska i in., 2017) i wsparcia otrzymywanego od partnera (SIRS-R, Ilska i Przybyła-Basista, 2019). Opublikowałam we współautorstwie również tekst analizujący znaczenie dobrostanu psychicznego w sytuacjach różnych kryzysów indywidualnych (Ilska i Kołodziej-Zaleska, 2018) czy wyzwań pomiarowych cechy jednostki, jaką jest *ego-resiliency* w sytuacji mierzenia się z różnymi kryzysami (Kołodziej-Zaleska i in., 2023). Zaadaptowane narzędzia zostały wykorzystane przez nasz zespół badawczy w kolejnych projektach naukowych.

- **trzy publikacje z obszaru psychoonkologii**

Najnowszą ścieżką naukową podejmowaną przeze mnie jest psychologiczna analiza funkcjonowania pacjentów onkologicznych, związana z rozwojem moich kompetencji jako psychologa praktyka w obszarze psychologii klinicznej. Prace koncentrowały się na analizie znaczenia obrazu ciała u kobiet po leczeniu raka piersi (Brandt-Salmeri i in., 2019), roli stylów radzenia sobie ze stresem dla trajektorii zmian odczuwanego stresu u pacjentów trakcie leczenia onkohematologicznego (Pawełczak-Szastok, in., 2024) oraz zmian w

jakości życia pacjentów w trakcie leczenia onkohematologicznego (Pawelczak-Szastok, in., 2025).

Pełne zestawienie dorobku publikacyjnego znajduje się w wykazie osiągnięć naukowych.

1. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej.

Staże naukowe:

- I. **Odbyłam dwa staże naukowe.** Pierwszy na Wydziale Zdrowia, Uniwersytetu w Grenadzie, w Hiszpanii, opieka naukowa: prof. Rafael Caparros-Gonzalez (wrzesień 2023), w trakcie którego realizowałam działania naukowe związane z dwoma projektami naukowymi: 1/ „Znaczenie jakości snu u kobiet w ciąży dla zdrowia i rozwoju noworodka – przegląd literatury” oraz 2/ „Znaczenie stresu prenatalnego dla zdrowia i rozwoju dziecka”. Podczas stażu część aktywności naukowej poświęciłam na zdobycie kompetencji współpracy w zespołach międzynarodowych dotyczącej badań nad snem u osób dorosłych, międzykulturowych porównań występowania zjawisk zagrażających zdrowiu psychicznemu wśród kobiet ciężarnych (np. zachowań i intencji suicydalnych), oraz umiejętności pracy nad artykułami typu „*systematic review*” dotyczący zjawiska bezsenności u kobiet w ciąży.

Drugi staż odbyłam w Katedrze i Oddziale Klinicznym Położnictwa i Ginekologii Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, opieka naukowa: prof. dr hab. n.med. Wojciech Cnota (luty 2023 – listopad 2023), gdzie realizowałam projekt naukowy pt. „Rola filmu edukacyjnego dla lęku przed cięciem cesarskim” (działanie naukowe finansowe przez NCN, w ramach konkursu MINIATURA 6, nr referencyjny 2022/06/X/HS6/00850). Projekt został ukończony, a wyniki prac naukowych raportowane były na konferencji naukowej w Dreźnie.

oraz

Jeden staż kliniczno-naukowy. W ramach Specjalizacji z Psychologii Klinicznej odbyłam 3 miesięczny staż w Państwowym Instytucie Badawczym, Oddział w Gliwicach, w Klinice Transplantacji Szpiku i Onkohematologii. W ramach tego stażu nawiązałam współpracę naukową z dr n. med. Martą Pawelczak – Szastok i prof. dr hab. n. med. Sebastianem Gieblem w wyniku której został zaplanowany i zrealizowany projekt naukowy „Jakość życia u pacjentów onkologicznych w trakcie leczenia onkohematologicznego”. W wyniku

prac naukowych powstały do tej pory dwie publikacje (Pawełczak-Szastok i in., 2024; Pawełczak-Szastok i in., 2025). Wyniki badań były raportowane na trzech konferencjach naukowych. Kolejne publikacje są planowane.

Współpraca naukowa z ośrodkami polskimi i międzynarodowymi:

- II. Od 2015 roku pracuję w Szpitalu Miejskim w Rudzie Śląskiej, Klinika Perinatologii, Ginekologii i Położnictwa Śląskiego Uniwersytetu Medycznego jako psycholog. Obowiązki zawodowe łączę z działalnością naukową na oddziale, nawiązałam bowiem stałą współpracę naukową z prof. dr hab. Wojciechem Cnotą i jego zespołem. Obszar badawczy realizowany w ramach tej aktywności dotyczy zdrowia psychicznego kobiet w okresie okołoporodowym. Do chwili obecnej zrealizowałam w zespole interdyscyplinarnym sześć projektów. We wszystkich byłam kierownikiem, inicjatorem planów badawczych, osobą odpowiedzialną za metodologię, analizy statystyczne i przygotowywanie manuskryptów do druku. Współuczestniczyłam też w zbieraniu danych. W ramach tej współpracy powstało sześć publikacji (Ilska i in., 2015; Ilska i in., 2018; Gregor i in., 2019; Ilska i in., 2020; Ilska i in., 2021; Ilska i in., 2022).
- III. Od 2020 roku mam stałą współpracę naukową z Narodowym Instytutem Onkologii w Gliwicach - obszar badawczy dotyczy psychologicznego funkcjonowania pacjentów onkologicznych, współpraca z dr n.med. Martą Pawełczak-Szastok (Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii) i dr n.med. Anną Syska-Bielak (Brest Unit). W ramach współpracy zrealizowano już jeden projekt badawczy „Jakość życia pacjentów w trakcie leczenia onkohematologicznego”. Kolejne dwa projekty są realizowane w chwili obecnej: „Wzrost potraumatyczny i jego wyznaczniki u pacjentów po leczeniu onkohematologicznym” oraz „Jakość życia pacjentek w trakcie leczenia raka piersi”. W ramach tej współpracy powstały dwie publikacje (Pawełczak-Szastok i in., 2024; Pawełczak-Szastok i in., 2025).
- IV. Współpracowałam z międzynarodowymi ośrodkami naukowymi, w ramach wspólnych projektów naukowych:
 - 3/ 2020-2022: I COPE („Doświadczenia ciężarnych w trakcie pandemii COVID-19) kierowanego przez z prof. Marci Lobel (The Stony Brook University, USA), jako Team Lider Polska, co zaowocowało pięcioma publikacjami (Ilska i in., 2021; Ilska i in., 2021; Ilska i in., 2022; Lobel i in., 2022; Riquelme-Gallego, i in., 2025).
 - 4/ 2022-2024: SONNOMAMMA („Zaburzenia snu matki w okresie ciąży i pierwszego roku po narodzinach dziecka i ich wpływ na sen i rozwój dziecka”) pod kierownictwem

Prof. Luigi Grassi (Università di Ferrara, Włochy) w roli wykonawcy. Publikacje są w trakcie przygotowania. Wyniki badań były raportowane na trzech konferencjach naukowych.

- V. Od listopada 2023 roku jestem członkiem komitetu zarządzającego akcji COST (Europejski Program Współpracy w Dziedzinie Badań Naukowo-Technicznych) – TREASURE (CA22114 - *Maternal Perinatal Stress and Adverse Outcomes in the Offspring: Maximising infants' development*). Jest to międzynarodowa sieć badawcza zrzeszająca naukowców, praktyków, klinicystów z całego świata (głównie z krajów europejskich) zajmująca się zdrowiem psychicznym ciężarnych i jego wpływem na rozwój noworodka.
- W ramach działalności naukowej w programie uczestniczę w pracach dwóch grup roboczych: G1 (*Maximizing our understanding of maternal perinatal psychological and physiological stress – Conceptualization*) i G3 (*Improving assessment approaches in perinatal maternal stress through psychological and biological measures*).

2. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę.

- Pracując na stanowisku naukowo - dydaktycznym w Instytucie Psychologii, UŚ prowadzę wykłady, ćwiczenia, laboratoria oraz seminaria magisterskie zarówno wśród studentów psychologii stacjonarnej i niestacjonarnej. Wszystkie zajęcia są autorskie. Zaprojektowałam i wdrożyłam fakultatywny przedmiot Psychologia Prokreacji (wykłady, ćwiczenia), realizowany przeze mnie na studiach stacjonarnych i niestacjonarnych. Jestem autorem sylabusów i programu nauczania kilku kursów psychologii. Sprawowałam opiekę naukową (w ramach tutoringu) nad dwoma wybitnymi studentkami. Byłam opiekunem roku studentów psychologii studiów niestacjonarnych. Jestem promotorem oraz recenzentem prac magisterskich z dyscypliny psychologia oraz promotorem pomocniczym jednego doktoratu w dziedzinie psychologia.
- Prowadziłam aktywność popularyzatorską (szkolenia, wykłady, warsztaty) dla różnych grup odbiorców np. uczestników Śląskiego Festiwalu Nauki, pracowników Centrum Informacji Naukowej i Biblioteki Akademickiej (CINiBA), studentów psychologii zrzeszonych w Studenckim Kole Psychoterapii i Treningu Psychologicznego, kobiet ciężarnych w trakcie Szkoły Rodzenia czy pracowników zawodów medycznych (lekarzy, położne, pielęgniarki) z tematyki zdrowia psychicznego kobiet w okresie okołoporodowym, komunikacji z pacjentem, komunikacji w organizacji itp. Udzielałam się aktywnie w przekazywaniu wiedzy o zdrowiu psychicznym kobiet, w tym o wynikach badań własnych

w różnych mediach popularnych np. Gazeta Uniwersytecka UŚ; Śląski Badawczy; Śląskie Nauki Społeczne; Nauka w Polsce; Forum Akademickie; <http://healthxchange.sg/>; www.futurity.org; www.todayuknews.com; <https://publicnewstime.com/>; <http://medicalxpress.com/>; <https://www.newswise.com/>.

- Angażuję się aktywnie w obowiązki organizacyjne na Uniwersytecie Śląskim. Od 2020 roku jestem Przewodniczącą Zespołu ds. Promocji Naukowej Instytutu Psychologii odpowiedzialną za media społecznościowe i stronę internetową Instytutu Psychologii oraz komunikację naukową z innymi podmiotami; od 2022 roku jestem Członkiem Rady Naukowej Instytutu Psychologii Uniwersytetu Śląskiego; w latach 2018-2020 byłam Planistą w Instytucie Psychologii UŚ, Zakład Psychologii Rozwoju Człowieka; w latach 2012-2015 byłam Członkiem, Koła Naukowego Doktorantów na wydziale Pedagogiki i Psychologii.

3. Oprócz kwestii wymienionych w pkt. 1-6, wnioskodawca może podać inne informacje, ważne z jego punktu widzenia, dotyczące jego kariery zawodowej.

Mogę poszczycić się aktywnością związaną z pozyskiwaniem środków na prowadzenie badań na arenie krajowej. W latach 2022-2023 byłam kierownikiem projektu finansowanego przez NCN (Miniatura 6, nr referencyjny 2022/06/X/HS6/00850). W latach 2020-2025 byłam kierownikiem pięciu projektów finansowanych ze środków statutowych Instytutu Psychologii, Uniwersytetu Śląskiego. W latach 2017-2019 byłam wykonawcą projektu finansowanego ze środków statutowych Zakładu Psychologii Rozwoju Człowieka i Badań nad Rodziną, Instytutu Psychologii, Uniwersytetu Śląskiego. W 2014 roku byłam kierownikiem projektu finansowanego z dotacji celowej na prowadzenie badań naukowych lub prac rozwojowych i zadań z nimi związanych, służących rozwojowi młodych naukowców oraz uczestników studiów doktoranckich, finansowanych w wewnętrznym trybie konkursowym Uniwersytetu Śląskiego.

Od 2022 roku jestem współzałożycielem i członkiem PREPARE-LAB (Pregnancy- Parenthood Lab) działającym na Uniwersytecie Śląskim. W Laboratorium prowadzone są badania psychospołecznych aspektów zdrowia reprodukcyjnego kobiety i mężczyzny, w tym okresu ciąży, porodu i pierwszych trzech lat po narodzinach dziecka. Koncentrują się na stresie, radzeniu sobie, zasobach jednostki i ich wpływie na zdrowie psychiczne i fizyczne kobiet i mężczyzn w tym okresie.

Uzyskałam nagrody i stypendia w ramach działalności naukowej na Uniwersytecie Śląskim: w roku 2023r. - Nagroda II stopnia Rektora Uniwersytetu Śląskiego za wyniki w pracy naukowej, w latach 2021r - 2023r. - Dodatki projakościowy przyznany przez Rektora Uniwersytetu Śląskiego za efekty działalności naukowej w 2022r., w 2021r. i w 2020r.; w roku 2021 byłam beneficjentką konkursu „Otwarty Dostęp” zorganizowanego w ramach programu Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach „Inicjatywa Doskonałości Badawczej”.

Przed uzyskaniem stopnia doktora uzyskałam w 2011/2012 r. Stypendium naukowe dla najlepszych doktorantów przyznane przez Uniwersytet Śląski oraz w latach 2021/2013; 2013/2014; 2015/2016 Stypendium naukowe – projakościowe przyznawane przez Uniwersytet Śląski dla najlepszych doktorantów.

Inne:

W 2023 roku ukończyłam 4 letnie szkolenie specjalizacyjne i uzyskałam dyplom Specjalisty Psychologii Klinicznej.

Michalina Iłska
.....
(podpis wnioskodawcy)

Bibliografia

- Adams, S. S., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: A study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(10), 1238–1246. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x>
- Ahmad, M., & Vismara, L. (2021). The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Women's Mental Health during Pregnancy: A Rapid Evidence Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7112. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137112>
- Arante, F. O., Tabb, K. M., Wang, Y., & Faisal-Cury, A. (2020). The Relationship Between Postpartum Depression and Lower Maternal Confidence in Mothers with a History of Depression During Pregnancy. *Psychiatric Quarterly*, 91(1), 21–30. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09673-w>
- Austin, M.-P., Tully, L., & Parker, G. (2007). Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 101(1–3), 169–174. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.11.015>
- Aydemir, S., & Onan, N. (2020). The Relationship Between Maternal Self-confidence and Postpartum Depression in Primipara Mothers: A Follow-Up Study. *Community Mental Health Journal*, 56(8), 1449–1456. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00588-6>
- Bączyk, G., Cebulska, V., Koźlak, V., Michalak, M., Bajek, A., & Marcinkowski, J. (2011). Poziom lęku przedporodowego u kobiet w ciąży Anxiety levels of pregnant women in pre-delivery period. *Probl Hig Epidemiol*, 92(4), 774–777.
- Bassi, M., Delle Fave, A., Cetin, I., Melchiorri, E., Pozzo, M., Vescovelli, F., & Ruini, C. (2017). Psychological well-being and depression from pregnancy to postpartum among primiparous and multiparous women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(2), 183–195. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1290222>
- Betran, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J. J., & Gülmezoglu, A. M. (2016). WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(5), 667–670. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>
- Bielawska-Batorowicz. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Wydawnictwo naukowe “Śląsk.”
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 28(1), 3–8. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.08.006>
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349–361. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.349>
- Brandt-Salmeri, I., Iłska, K., Kołodziej-Zaleska (2024). *Zdrowie psychiczne kobiet w ciąży i po porodzie – metody diagnozy dla badaczy i praktyków*. Difin
- Bussi eres, E. L., Tarabulsy, G. M., Pearson, J., Tessier, R., Forest, J. C., & Gigu ere, Y. (2015). Maternal prenatal stress and infant birth weight and gestational age: A meta-analysis of prospective studies. In *Developmental Review* (Vol. 36, pp. 179–199). Mosby Inc. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.04.001>
- Buttner, M. M., O'Hara, M. W., & Watson, D. (2012). The Structure of Women's Mood in the Early Postpartum. *Assessment*, 19(2), 247–256. <https://doi.org/10.1177/1073191111429388>
- Bullock, C. B., & Pridham, K. F. (1988). Sources of maternal confidence and uncertainty and perceptions of problem-solving competence. *Journal of Advanced Nursing*, 13(3), 321–329. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1988.tb01425.x>
- Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social Support, Infant Temperament, and Parenting Self-Efficacy: A Mediation Model of Postpartum Depression. *Child Development*, 57(6), 1507. <https://doi.org/10.2307/1130428>
- Chrzan-D etko , M., & Walczak-Kozłowska, T. (2020). Antenatal and postnatal depression – Are Polish midwives really ready for them? *Midwifery*, 83, 102646. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102646>
- Delle Fave, A., Pozzo, M., Bassi, M., & Cetin, I. (2013). A longitudinal study on motherhood and well-being: Developmental and clinical implications. *TERAPIA PSICOL GICA*, 31(1), 21–33.
- Demissie, D. B., & Bitew, Z. W. (2021). Mental health effect of COVID-19 pandemic among women who are pregnant and/or lactating: A systematic review and meta-analysis. *SAGE Open Medicine*, 9, 205031212110261. <https://doi.org/10.1177/20503121211026195>
- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Wigert, H., Hessman, E., S j blom, H., & Sparud-Lundin, C. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth*, 32(2), 99–111. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.004>
- Dulude, D., B langer, C., Wright, J., & Sabourin, S. (2002). High-risk pregnancies, psychological distress, and dyadic adjustment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20(2), 101–123. <https://doi.org/10.1080/02646830220134612>
- Dunkel Schetter, C. (2011). Psychological Science on Pregnancy: Stress Processes, Biopsychosocial Models, and Emerging Research Issues. *Annual Review of Psychology*, 62(1), 531–558. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130727>
- Dunkel Schetter, C., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141–148. <https://doi.org/10.1097/YCO.0B013E3283503680>

- Dunkel-Schetter, C., Gurung, R., Lobel, M., & Wardawa, P. (2000). Stress processes in pregnancy and birth: psychological, biological, and sociocultural influences. In T. Brum & T. Revenson (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 495–518). Hillsdale.
- Eisenach, J. C., Pan, P. H., Smiley, R., Lavand'homme, P., Landau, R., & Houle, T. T. (2008). Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain*, 140(1), 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.07.011>
- East, P. L., Matthews, K. L., & Felice, M. E. (1994). Qualities of adolescent mothers' parenting. *Journal of Adolescent Health*, 15(2), 163–168. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(94\)90544-4](https://doi.org/10.1016/1054-139X(94)90544-4)
- Fawcett, E. J., Fairbrother, N., Cox, M. L., White, I. R., & Fawcett, J. M. (2019). The Prevalence of Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Multivariate Bayesian Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 80(4), 0–0. <https://doi.org/10.4088/JCP.18R12527>
- Gausia, K., Ryder, D., Ali, M., Fisher, C., Moran, A., & Koblinsky, M. (2012). Obstetric Complications and Psychological Well-being: Experiences of Bangladeshi Women during Pregnancy and Childbirth. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 30(2). <https://doi.org/10.3329/jhpn.v30i2.11310>
- Gebuz, G., Kaźmierczak, M., Gierszewska, M., Mieczkowska, E., Banaszkiewicz, M., & Wróbel-Bania, A. (2015). Fear of childbirth in the third trimester of pregnancy and its correlation with the condition of neonate. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 21(1), 39–44. <https://doi.org/10.5604/20834543.1142357>
- Gjerdingen, D. K., & Center, B. A. (2003). First-Time Parents' Prenatal to Postpartum Changes in Health, and the Relation of Postpartum Health to Work and Partner Characteristics. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 16(4), 304–311. <https://doi.org/10.3122/jabfm.16.4.304>
- Gourounti, C., Karpathiotaki, N., & Vaslamatzis, G. (2015). Psychosocial stress in high risk pregnancy. *International Archives of Medicine*. <https://doi.org/10.3823/1694>
- Gregor, K., Banaś, E., Malec, M., Iliska, M., Jagielska, A., Rak, K., Czuba, B., & Cnota, W. (2019). Lęk porodowy – czynniki ryzyka oraz jego wpływ na przebieg porodu, położu oraz stan noworodka. *Ginekologia i Położnictwo*, 51(1).
- Hall, W. A., Hauck, Y. L., Carty, E. M., Hutton, E. K., Fenwick, J., & Stoll, K. (2009). Childbirth Fear, Anxiety, Fatigue, and Sleep Deprivation in Pregnant Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(5), 567–576. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01054.x>
- Hannah, P., Adams, D., Lee, A., Glover, V., & Sandler, M. (1992). Links Between Early Post-partum Mood and Post-natal Depression. *British Journal of Psychiatry*, 160(6), 777–780. <https://doi.org/10.1192/bjp.160.6.777>
- Hardy-Fairbanks, A. J., Lauria, M. R., Mackenzie, T., & McCarthy, M. (2013). Intensity and Unpleasantness of Pain Following Vaginal and Cesarean Delivery: A Prospective Evaluation. *Birth*, 40(2), 125–133. <https://doi.org/10.1111/birt.12039>
- Heszen, I., & Sęk, H. (2012). *Psychologia Zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe, PWN.
- Horwitz, S. M., Briggs-Gowan, M. J., Storfer-Isser, A., & Carter, A. S. (2009). Persistence of Maternal Depressive Symptoms throughout the Early Years of Childhood. *Journal of Women's Health*, 18(5), 637–645. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1229>
- Hofberg, K., & Brockington, I. (2000). Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *British Journal of Psychiatry*, 176(JAN.), 83–85. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.1.83>
- Huizink, A. C., Menting, B., Oosterman, M., Verhage, M. L., Kunseler, F. C., & Schuengel, C. (2014). The interrelationship between pregnancy-specific anxiety and general anxiety across pregnancy: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 35(3), 92–100. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.944498>
- 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>
- Iliska, M., & Przybyła-Basista, H. (2014). Measurement of women's prenatal attitudes towards maternity and pregnancy and analysis of their predictors. *Health Psychology Report*, 2(3), 176–188. <https://doi.org/10.5114/hpr.2014.45300>
- Iliska, M., & Przybyła-Basista, H. (2017). Partner support as a mediator of the relationship between prenatal concerns and psychological well-being in pregnant women. *Health Psychology Report*, 5(4), 285–295. <https://doi.org/10.5114/hpr.2017.68235>
- Iliska, M., & Przybyła-Basista, H. (2020). The role of partner support, ego-resiliency, prenatal attitudes towards maternity and pregnancy in psychological well-being of women in high-risk and low-risk pregnancy. *Psychology, Health & Medicine*, 25(5), 630–638. DOI: [10.1080/13548506.2020.1737718](https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1737718)
- Iliska, M. (2020). *Ciąża prawidłowa i wysokiego ryzyka. Dobrostan psychiczny i jego wyznaczniki*. Difin.
- Iliska, M., Brandt-Salmeri, A., & Kołodziej-Zaleska, A. (2020a). Effect of prenatal distress on subjective happiness in pregnant women: The role of prenatal attitudes towards maternity and ego-resiliency. *Personality and Individual Differences*, 163, 110098. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110098>

- Ilska, M., Banaś, E., Gregor, K., Brand-Salmeri, A., Ilski, A., & Cnota, W. (2020b). Vaginal delivery or caesarean section - severity of early symptoms of postpartum depression and assessment of pain in Polish women in the early puerperium. *Midwifery*, 102731. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102731>
- Ilska, M., Brandt-Salmeri, A., Kołodziej-Zaleska, A., Banaś, E., Gelner, H., & Cnota, W. (2021a). Factors associated with fear of childbirth among Polish pregnant women. *Scientific Reports*, 11(1), 4397. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-83915-5>
- Ilska, M., Kołodziej-Zaleska, A., Brandt-Salmeri, A., Preis, H., & Lobel, M. (2021b). Pandemic-related pregnancy stress assessment—Psychometric properties of the Polish PREPS and its relationship with childbirth fear. *Midwifery*, 96, 102940. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102940>
- Ilska, M., Kołodziej-Zaleska, A., Brandt-Salmeri, A., Preis, H., & Lobel, M. (2021c). Pandemic Stress and Its Correlates among Pregnant Women during the Second Wave of COVID-19 in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11140. <https://doi.org/10.3390/IJERPH182111140>
- Ilska, M., Brandt-Salmeri, A., Kołodziej-Zaleska, A., Preis, H., Rehbein, E., & Lobel, M. (2022). Anxiety among pregnant women during the first wave of the COVID-19 pandemic in Poland. *Scientific Reports*, 12(1), 8445. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-12275-5>
- Ilska, M., Brandt-Salmeri, A., Kołodziej-Zaleska, A. (2025). Adaptive and maladaptive profiles in mothers of infants – a cross-sectional study on the meaning of self-confidence and mental health. *Midwifery*, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104320>
- Isaacs, N. Z., & Andipatin, M. G. (2020). A systematic review regarding women's emotional and psychological experiences of high-risk pregnancies. *BMC Psychology*, 8(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00410-8>
- Jaeschke, R. R., Dudek, D., Topór-Mądry, R., Drozdowicz, K., Datka, W., Siwek, M., & Rybakowski, J. (2016). Postpartum depression: bipolar or unipolar? Analysis of 434 Polish postpartum women. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39(2), 154–159. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-1983>
- Juczyński, Z., & Ogińska-Bulik, N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Pracownia Testów Psychologicznych.
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Kim, T. H., Connolly, J. A., & Tamim, H. (2014). The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 162. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-162>
- Kokubu, M., Okano, T., & Sugiyama, T. (2012). Postnatal depression, maternal bonding failure, and negative attitudes towards pregnancy: a longitudinal study of pregnant women in Japan. *Archives of Women's Mental Health*, 15(3), 211–216. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0279-x>
- Kołodziej-Zaleska, A., & Przybyła-Basista, H. (2018). Ego-resiliency as a personal resource— An assessment instrument and its use in interdisciplinary research. *Psychological Journal*, 24(1), 159–170. <https://doi.org/https://doi.org/10.14691/CPPJ.24.1.159>
- Kosińska-Kaczyńska, K., Horosz, E., Wielgoś, M., & Szymusik, I. (2008). Zaburzenia afektywne u położnic w pierwszym tygodniu po porodzie – analiza rozpowszechnienia i czynników ryzyka. *Ginekologia Polska*, 79, 182–185.
- Kossakowska-Petrycka, K., & Wakęcka-Matyja, K. (2007). Psychologiczne uwarunkowania występowania depresji poporodowej u kobiet w ciąży o przebiegu prawidłowym i ciąży wysokiego ryzyka. *Ginekologia Polska*, 78, 544–548.
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and Postpartum Maternal Psychological Distress and Infant Development: A Systematic Review. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(5), 683–714. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0291-4>
- Krajewska-Kuś, E., Wróblewska, K., Kruszewa, R., Szpakow, A., Kuś, W., Baranowska, A., Jankowiak Barbara, Krajewska, K., Kondzior, D., Lewko, J., Łukaszuk, C., Rolka, H., Klimaszewska, K., Kowalczyk, K., & Gołębiowska, A. (2008). Ocena zaufania pacjent-lekarz z zastosowaniem skali Anderson i Dedrick. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 89(3), 414–418.
- Kurpas, D., Sapilak, B., & Steciwko, A. (2006). Ocena satysfakcji pacjenta dializowanego jako wykładnik jakości opieki długoterminowej świadczonej w praktyce lekarza rodzinnego. *Problemy Lekarskie*, 45(3), 99–100.
- Kuryś, K. (2010). *Urodzenie pierwszego dziecka jako wydarzenie krytyczne w życiu kobiet i mężczyzn*. Wydawnictwo Impuls.
- Lachance-Grzela, M., & Bouchard, G. (2009). Marital status, pregnancy planning, and role overload: A mediated-moderation model of parenting satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 23(5), 739–748. <https://doi.org/10.1037/a0016378>
- Lewandowski, R. (2011). Zaufanie w ochronie zdrowia. *Współczesne Zarządzanie*, 1, 88–96.
- Lobel, M., Cannella, D. L., Graham, J. E., DeVincent, C., Schneider, J., & Meyer, B. A. (2008). Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology*, 27(5), 604–615. <https://doi.org/10.1037/a0013242>

- Lobel, M., Preis, H., Mahaffey, B., Schaal, N. K., Yirmiya, K., Atzil, S., Reuveni, I., Balestrieri, M., Penengo, C., Colli, C., Garzitto, M., Driul, L., Ilksa, M., Brandt-Salmeri, A., Kołodziej-Zaleska, A., Caparros-Gonzalez, R. A., Castro, R. A., La Marca-Ghaemmaghami, P., & Meyerhoff, H. (2022). Common model of stress, anxiety, and depressive symptoms in pregnant women from seven high-income Western countries at the COVID-19 pandemic onset. *Social Science & Medicine*, 315, 115499. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2022.115499>
- Lukasse, M., Ryding, E. L. (2014). Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 5(3), 99–106. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.007>
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A Measure of Subjective Happiness: Preliminary Reliability and Construct Validation. *Social Indicators Research*, 46(2), 137–155. <https://doi.org/10.1023/A:1006824100041>
- Madar, A. (2013). Maternal Attitudes and Beliefs Scale: Development and Piloting. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78, 415–419. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.04.322>
- Mascarello, K. C., Horta, B. L., & Silveira, M. F. (2017). Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Revista de Saúde Pública*, 51. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000389>
- Mirzadeh, M., & Khedmat, L. (2020). Pregnant women in the exposure to COVID-19 infection outbreak: the unseen risk factors and preventive healthcare patterns. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 1–2. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1749257>
- Moameri, H., Ostadghaderi, M., Khatooni, E., & Doosti-Irani, A. (2019). Association of postpartum depression and cesarean section: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 7(3), 471–480. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2019.02.009>
- Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E. L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section - A cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(7), 807–813. <https://doi.org/10.1080/00016340902998436>
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Sparud-Lundin, C., Wigert, H., & Begley, C. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/S12884-018-1659-7/TABLES/3>
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- Osis, M. J. D., Pádua, K. S., Duarte, G. A., Souza, T. R., & Faundes, A. (2001). The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(S1). [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00518-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00518-5)
- Pancer, S. M., Pratt, M., Hunsberger, B., & Gallant, M. (2000). Thinking Ahead: Complexity of Expectations and the Transition to Parenthood. *Journal of Personality*, 68(2), 253–279. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00097>
- Pires, R., Araújo-Pedrosa, A., & Canavarro, M. C. (2014). Examining the Links Between Perceived Impact of Pregnancy, Depressive Symptoms, and Quality of Life During Adolescent Pregnancy: The Buffering Role of Social Support. *Maternal and Child Health Journal*, 18(4), 789–800. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1303-0>
- Preis, H., Mahaffey, B., Heiselman, C., & Lobel, M. (2020a). Pandemic-related pregnancy stress and anxiety among women pregnant during the coronavirus disease 2019 pandemic. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 2(3), 1–3. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1801625>
- Preis, H., Mahaffey, B., Heiselman, C., & Lobel, M. (2021a). The impacts of the COVID-19 pandemic on birth satisfaction in a prospective cohort of 2,341 U.S. women. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 35(5), 458–465. <https://doi.org/10.1016/J.WOMBI.2021.10.004>
- Preis, H., Mahaffey, B., Lobel, M. (2020b). Psychometric Properties of the Pandemic-Related Pregnancy Stress Scale (PREPS). *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41(3), 191–197. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1801625>
- Preis, H., Mahaffey, B., & Lobel, M. (2021b). The role of pandemic-related pregnancy stress in preference for community birth during the beginning of the COVID-19 pandemic in the United States. *Birth*, 48(2), 242–250. <https://doi.org/10.1111/birt.12533>
- Putyński, L., Paciorek, M. (2008). Kwestionariusz lęku porodowego (KLP II) wersja zrewidowana - konstrukcja i właściwości psychometryczne. *Folia Psychologica*, 12, 129–133.
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Riquelme-Gallego, B., Ordoñez-Carrasco, J. L., Suárez-Yera, C., Rojas-Tejada, A. J., Preis, H., Lobel, M., Mahaffey, B., Castro, R. A., Atzil, S., Balestrieri, M., Brandt-Salmeri, A., Colli, C., Driul, L., Garzitto, M., Ilksa, M., Kołodziej-Zaleska, A., Marca-Ghaemmaghami, P. La, Meyerhoff, H., Penengo, C., ... Caparros-Gonzalez, R. A. (2024). Assessment of Pandemic-Related Pregnancy Stress from Seven Western Countries using Rasch analyses. *Journal of Psychiatric Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.12.045>
- Rini, C. K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P. D., & Sandman, C. A. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*, 18(4), 333–345. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.18.4.333>

- Rondung, E., Thomtén, J., & Sundin, Ö. (2016). Psychological perspectives on fear of childbirth. In *Journal of Anxiety Disorders* (Vol. 44, pp. 80–91). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.007>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryding, E. L., Lukasse, M., Parys, A. S. Van, Wangel, A. M., Karro, H., Kristjansdottir, H., Schroll, A. M., Schei, B., Temmerman, M., Steingrimsdóttir, T., Tabor, A., & Laanpere, M. (2015). Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: A cohort study in six European countries. *Birth*, 42(1), 48–55. <https://doi.org/10.1111/birt.12147>
- Ryding, E. L., Wirfelt, E., Wängborg, I. B., Sjögren, B., & Edman, G. (2007). Personality and fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86(7), 814–820. <https://doi.org/10.1080/00016340701415079>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., & Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression: A longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(1), 39–45. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2001.800108.x>
- Sjögren, B., & Thomassen, P. (1997). Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76(10), 948–952. <https://doi.org/10.3109/00016349709034907>
- Stapleton, L. R. T., Schetter, C. D., Westling, E., Rini, C., Glynn, L. M., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of Family Psychology*, 26(3), 453–463. <https://doi.org/10.1037/a0028332>
- Storksen, H. T., Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth; The relation to anxiety and depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(2), 237–242. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01323.x>
- Sun, F., Zhu, J., Tao, H., Ma, Y., & Jin, W. (2020). A systematic review involving 11,187 participants evaluating the impact of COVID-19 on anxiety and depression in pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 42(2), 91–99. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1857360>
- Suzuki, K., Minai, J., & Yamagata, Z. (2007). Maternal negative attitudes towards pregnancy as an independent risk factor for low birthweight. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 33(4), 438–444. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2007.00557.x>
- Szymona-Pałkowska, K. (2005). *Psychologiczna analiza doświadczeń rodziców w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*. . Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Scroggins, J. K., Ledbetter, L. S., Jones-Hepler, B., Brandon, D., & Reuter-Rice, K. (2023). Postpartum symptom clusters in birthing individuals: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(15–16), 4419–4440. <https://doi.org/10.1111/jocn.16494>
- Sepa, A., Frodi, A., & Ludvigsson, J. (2004). Psychosocial correlates of parenting stress, lack of support and lack of confidence/security. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(2), 169–179. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2004.00392.x>
- Shorey, S., Yin, C., Chee, I., Ng, E. D., Chan, Y. H., Wai, W., Tam, S., & Chong, S. (2018). *Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
- Tseng, Y. F., Hsu, M. T., & Chen, Y. J. (1998). Maternal confidence at infant discharge: comparing preterm and fullterm groups. *J Nurs Res*, 63, 180–190.
- Thapa, S. B., Mainali, A., Schwank, S. E., & Acharya, G. (2020). Maternal mental health in the time of the COVID-19 pandemic. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(7), 817–818. <https://doi.org/10.1111/aogs.13894>
- Tomfohr-Madsen, L. M., Racine, N., Giesbrecht, G. F., Lebel, C., & Madigan, S. (2021). Depression and anxiety in pregnancy during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 300, 113912. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2021.113912>
- Wan, M. W., & Green, J. (2009). The impact of maternal psychopathology on child–mother attachment. *Archives of Women's Mental Health*, 12(3), 123–134. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0066-5>
- Wan, M. W., Sharp, D. J., Howard, L. M., & Abel, K. M. (2011). Attitudes and adjustment to the parental role in mothers following treatment for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 131(1–3), 284–292. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.009>
- Walker, L. O., Crain, H., & Thompson, E. (1986). Maternal role attainment and identity in the postpartum period: stability and change. *Nursing Research*, 35(2), 68–71.
- Woods, S. M., Melville, J. L., Guo, Y., Fan, M.-Y., & Gavin, A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(1), 61.e1-61.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.07.041>

Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 19(2), 84–97. <https://doi.org/10.3109/01674829809048501>