

Style radzenia sobie ze stresem u kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka

The styles of coping with stress in women with normal and highly compromised pregnancy

*Aleksandra Rutkowska, **Agnieszka Rolińska, ***Wojciech Kwaśniewski,
Marta Makara-Studzińska, **Anna Kwaśniewska

*Gabinet Psychologiczny Aleksandra Rutkowska w Lublinie

**Samodzielna Pracownia Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

***Zakład Immunologii Medycznej i Immunoterapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

****Katedra i Klinika Położnictwa i Patologii Ciąży Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Wstęp: Ciąża zagrożona stanowi dla kobiety źródło wielu negatywnych emocji, zwłaszcza jeśli wymusza hospitalizację, co sprzyja powstawaniu stresu i może niekorzystnie wpłynąć na proces leczenia. Przedmiotem badań było określenie stylów radzenia sobie ze stresem u kobiet w ciąży zagrożonej i prawidłowej.

Materiał: Badania przeprowadzono w grupie 111 kobiet w okresie od marca 2008 do stycznia 2010. Kryteria włączenia pacjentek do badań były następujące: 1) pierwszotka, 2) wiek ciążowy do 32 tygodnia trwania ciąży. Grupa badana: 61 kobiet hospitalizowanych w Klinice Położnictwa i Patologii Ciąży Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z nieprawidłowym, patologicznym przebiegiem ciąży. Grupa kontrolna: 50 kobiet w ciąży prawidłowej. Wszystkie kobiety miały około 28 lat, pochodziły z Lublina bądź okolic, w większości były mężatkami z wyższym lub średnim wykształceniem.

Metody: Dla określenia i porównania preferowanych stylów radzenia sobie ze stresem w obu grupach badanych użyto Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS.

Wyniki: Preferowanym stylem radzenia sobie w obu grupach okazał się SSZ (styl skoncentrowany na zadaniu). Nie stwierdzono różnicy istotnej statystycznie pomiędzy grupami. Drugi w kolejności styl radzenia sobie to SSU (skoncentrowany na unikaniu) - tu stwierdzono różnicę statystyczną na poziomie tendencji $p=(0,09)$ na korzyść grupy badanej w składowej tego stylu, czyli ACZ (angażowanie się w czynności zastępcze), co oznacza, że pacjentki hospitalizowane w oddziale patologii ciąży, częściej niż w ciąży prawidłowej, unikały konfrontacji z sytuacją trudną angażując się w czynności inne niż koncentracja na problemie. Kolejny (pod względem wysokości wyników średnich surowych) styl w obu grupach to SSE (styl skoncentrowany na emocjach). Tu nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupami.

Omówienie wyników: W obu badanych grupach kobiety wybierają styl skoncentrowany na zadaniu prawie tak samo często, jak skoncentrowany na unikaniu. Być może świadczy to o ambiwalencji emocjonalnej kobiet w ciąży. Częściej w grupie kobiet hospitalizowanych z powodu zagrożeń ciąży występuje tendencja do uciekania od problemu poprzez zajmowanie uwagi czynnościami zastępczymi.

Wnioski: 1. Ciąża zagrożona nie wpływa istotnie na konfrontację kobiet z sytuacją stresową. 2. Fakt hospitalizacji w ciąży wysokiego ryzyka może mieć wpływ na zmniejszenie tendencji do konfrontacji z sytuacją stresową oraz nasilenie reakcji ucieczkowych poprzez angażowanie się w czynności zastępcze.

Summary

Introduction: Compromised pregnancy is a source of a lot of negative emotions for a woman, especially if it makes hospitalization necessary, which may cause stress and unfavorably influence the treatment process. The subject of the study was defining the styles of coping with stress in women with compromised and normal pregnancy.

Material: The study was conducted in a group of 111 women in the period from March 2008 to January 2010. The criteria according to which patients were included in the study were the following: 1) primipara; 2) the stage of pregnancy – up to the 32nd week. The study group: 61 women hospitalized at the Obstetrics and Compromised Pregnancy Clinic of the Lublin Medical University with an abnormal, pathological course of pregnancy. The control group: 50 women with a normal course of pregnancy. All the women were about 28 years old and came from Lublin or the vicinity; they were mostly married, with higher or secondary education.

Methods: In order to define and compare the preferred styles of coping with stress in both groups the Coping in Stress Situations Questionnaire (CISS) was used.

Results: The preferred style of coping in both groups was the TOS (task-oriented style). No statistically significant difference was found between the groups. The second most frequent style of coping was the AOS (avoidance-oriented style) – here a statistical difference was found in a component of this style, that is ESA (engaging in substitute activities), at the level of tendency $p=(0.09)$, to the advantage of the studied group, which

means that the patients hospitalized at the Obstetrics and Compromised Pregnancy Clinic more often than the ones with normal pregnancy avoided confrontation with the difficult situation by engaging in activities other than concentrating on the problem. The next (with respect to the level of results of raw averages) style in both groups was the EOS (emotion-oriented style). Here no statistically significant differences between the groups were found.

Discussion of the results: In both studied groups the women choose the style oriented to the task almost as frequently as the style oriented to avoidance. This may prove emotional ambivalence in pregnant women. In the group of women hospitalized because of a threat to the pregnancy, the tendency occurs to escape the problem by engaging in substitute activities.

Conclusions: 1. Compromised pregnancy does not significantly influence the women's confrontation with the stress situation. 2. The fact of hospitalization in a highly compromised pregnancy may have influence on a lessening of the tendency to confront the stress-inducing situation and intensification of escape reactions by engaging in substitute activities.

Słowa kluczowe: ciąża zagrożona, stres, ciąża prawidłowa

Key words: compromised pregnancy, stress, normal pregnancy

Wstęp

Ciąża zagrożona, ciąża wysokiego ryzyka, zwłaszcza wiążąca się z koniecznością długotrwałej hospitalizacji, staje się często dla kobiety przyczyną odczuwania wielu negatywnych emocji, jakie na ogół nie mają miejsca w ciąży fizjologicznej o prawidłowym przebiegu. Jest to np. permanentny lęk o życie dziecka, myśli i wątpliwości dotyczące diagnozy, również usilna potrzeba wsparcia ze strony otoczenia. [1,2,3]. Izolacja w szpitalu nie tylko ogranicza kontakty kobiety z najbliższymi oraz jej otoczeniem społecznym, ale wyłącza ją z codziennie wykonywanych zajęć, pracy zawodowej, realizacji planów czy zainteresowań, w zamian dając zbyt dużo czasu na myślenie i przymusową bezczynność [4]. Fakt hospitalizacji wymusza zarówno zależność od innych osób, jak też podporządkowanie się dyrektywom personelu. Może to stwarzać oprócz wzmożonego napięcia emocjonalnego także tendencję do nadmiernej koncentracji na objawach, hipochondryzacji oraz tzw. „regresu psychologicznego”, co tym bardziej utrudnia przystosowanie się [5,6].

W literaturze poświęconej zagadnieniu stresu przyjęło się łączenie ze stresem dodatkowych pojęć, a mianowicie: proces, strategia i styl radzenia sobie ze stresem. Można uznać, że styl jest to względnie trwałe i charakterystyczne dla jednostki, (o ile strategię są specyficzne dla sytuacji stresogennej to style są specyficzne dla podmiotu). Innymi słowy, styl radzenia sobie ze stresem wyraża funkcjonowanie osobowości w działaniu [7]. Badacze opisują kilka strategii, którymi posługują się kobiety w ciąży zagrożonej, aby uporać się z permanentnym lękiem, poczuciem zagrożenia życia dziecka, stanem niepewności itp. [8]. Jedną ze strategii jest „unikanie”, mechanizm obronny stwierdzony

zwłaszcza u kobiet przewlekłe chorych, stosowany zwłaszcza w początkowej fazie ciąży. Unikanie dzieje się na pograniczu świadomości, podświadomości oraz procesów percepcyjnych. Kobieta nie dopuszcza do świadomości pełnej informacji na temat stanu, w jakim się znajduje. Inaczej mówiąc, skonfrontowanie się z pełną informacją o stanie rzeczy byłoby dla niej zbyt trudne, dlatego woli tego unikać. Inny mechanizm to „efekt słodkich winogron”. Pacjentki posługujące się tą strategią wykorzystują pozytywne wspomnienia z własnego życia i życia znajomych, by budować pozytywne myślenie, w trudnej sytuacji, w jakiej się znalazły. Charakterystyczne wypowiedzi tych pacjentek to „wszystko będzie dobrze”, „jakoś to będzie”, „przedtem nic się nie stało to teraz też nic nie może się stać” itp. Kolejna strategia, którą zauważono to „poczucie kontroli i poczucie wpływu na sytuację”. Grupa pacjentek, które stosowały ten sposób radzenia sobie, usilnie potrzebowała pogłębiania informacji o swoim stanie zdrowia, gromadzenia danych, przestrzegania zaleceń lekarza (w przypadku np. cukrzycy). Wydaje się, że w ten sposób osiągały one względny spokój i poczucie panowania nad sytuacją. W wymienionych badaniach stwierdzono także inne strategie radzenia sobie z ciążą powikłaną, jako sytuacją trudną – jak np. medytacja czy modlitwa [8].

Material

Wszystkie zakwalifikowane do badań pacjentki wyraziły zgodę na udział w anonimowych badaniach. Badane pacjentki, wyrażając zgodę na przeprowadzenie badań, zostały dokładnie poinformowane o celu przeprowadzanych badań, jak również o sposobie prawidłowego ich wykonania. Testy psychologiczne wykonywały samodzielnie, w dowolnym dla siebie czasie.

Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie na przeprowadzenie badań.

Grupę kontrolną stanowiło 50 kobiet, u których ciąża przebiegała prawidłowo. Były to głównie słuchaczki szkół rodzenia zlokalizowanych na terenie miasta Lublin. Szczegółowym kryterium włączenia pacjentek do grupy kontrolnej był prawidłowy, fizjologiczny przebieg ciąży.

Do grupy badanej zakwalifikowano 61 kobiet hospitalizowanych w Klinice Położnictwa i Patologii Ciąży Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Szczegółowym kryterium włączenia pacjentek do grupy badanej był nieprawidłowy, patologiczny przebieg ciąży, obecność czynników ryzyka, ciąży wysokiego ryzyka. Szczegółowe przyczyny hospitalizacji pacjentek z grupy badanej przedstawiono w tabeli poniżej (Tab.1).

Wykazano, iż największą liczbę pacjentek z grupy badanej hospitalizowano w oddziale patologii ciąży z powodu poronienia zagrażającego, co stanowi wartość procentową ok.33%. Kolejna pod względem liczebności to grupa kobiet hospitalizowanych z powodu zagrożenia porodem przedwczesnym (ok. 30%). Kolejno 4 pacjentki hospitalizowano z powodu cukrzycy ciążowej (ok. 7%) zdecydowanie mniej liczne przyczyny hospitalizacji to np. małowodzie, infekcja dróg moczowych, cholestaza ciążowa (po ok. 5%), pojedyncze pacjentki hospitalizowano z powodu nadciśnienia tętniczego indukowanego ciążą czy też trombocytopenii zgodnie z tab. 1. (wartości mniejsze niż 4%).

Średnia wieku w obu badanych grupach nie różniła się statystycznie i wyniosła 27,4 (SD $\pm$ 4.97)

dla grupy badanej i 28,13 (SD $\pm$ 4,04) dla grupy kontrolnej, $p=0,15$.

Zdecydowana większość kobiet hospitalizowanych z powodu zagrożenia ciąży określiła swoje miejsce zamieszkania jako miasto pow. 50 tys. mieszkańców. Kolejno, blisko 29% pochodziło z terenów wiejskich, natomiast ok. 21% zadeklarowało miejsce zamieszkania, jako miasto do 50 tys. mieszkańców. W grupie kontrolnej, największa liczba badanych kobiet rekrutowała się z terenu miasta o liczebności powyżej 50 tysięcy mieszkańców (66%). Kolejno pod względem liczebności uplasowała się grupa kobiet z terenów wiejskich (20%). Najmniej liczna grupa ochotniczek w tej grupie to ciężarne z miejscowości do 50. tys. (14%). Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy obiema grupami pod względem miejsca zamieszkania.

W aspekcie stanu cywilnego, zdecydowana większość (aż prawie 83%) spośród hospitalizowanych kobiet stanowiły mężatki. Znacznie mniej, bo 6 kobiet określiło swój stan cywilny jako „panna” (ok. 9,9%). 5 pacjentek deklaroowało, że pozostają w związku nieformalnym (ok. 8,2%). Analogicznie w grupie kontrolnej aż 94% stanowiły mężatki. Dwie kobiety deklaroowały, iż pozostają w związku nieformalnym (4%), natomiast jedna oświadczyła że jest panną (2%). Pod względem stanu cywilnego badane grupy również nie różniły się statystycznie. Ponad połowa kobiet grupy badanej posiadała wykształcenie wyższe (ok. 54%). Niewiele mniej (ok. 41%) określiła swój poziom wykształcenia jako średnie. Dwie pacjentki twierdziły, iż

Tab.1. Przyczyna hospitalizacji pacjentek z grupy badanej

Diagnoza	N	%
poronienie zagrażające	20	32,79
poród przedwczesny zagrażający	18	29,51
cukrzyca ciążowa	4	6,56
małowodzie	3	4,92
infekcja dróg moczowych	3	4,92
nadciśnienie tętnicze	3	4,92
cholestaza ciążowa	2	3,28
małopłytkowość	2	3,28
IUGR- wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu płodu	2	3,28
niewydolność cieśniowo – szyjkowa	1	1,64
kamica nerkowa	1	1,64
torbiel jajnika	1	1,64
łożysko przodujące	1	1,64

posiadają wykształcenie zawodowe (3,27), jedna z kobiet w grupie badanej stwierdziła, że posiada wykształcenie podstawowe (ok. 1,7 %). Podobnie w grupie kontrolnej, najwięcej kobiet posiadała wykształcenia wyższe (76%). Na drugim miejscu znalazła się podgrupa kobiet o wykształceniu średnim (22%). Zaledwie jedna kobieta (2%) określiła swoje wykształcenie jako podstawowe. W grupie kontrolnej nie znalazły się ciężarne posiadające wykształcenie zawodowe. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupami w wymiarze wykształcenia

Większość kobiet w grupie badanej deklarowała, iż pracuje umysłowo (prawie 60%). Spora liczba spośród nich (około 30%) zaznaczyła, że obecnie nie są one zatrudnione. Kolejno 10 kobiet określiło rodzaj wykonywanej pracy, jako fizyczna (ok. 16,4%). Jedna spośród badanych kobiet opisała rodzaj wykonywanej pracy jako „rolnik” (1,67%). Analogicznie największa liczba kobiet w grupie kontrolnej określiła, że pracuje umysłowo (70%). Sporo, bo aż 24 % w tej grupie zadeklarowało, że nie są obecnie zatrudnione. Trzy spośród badanych zaznaczyło, iż pracuje fizycznie (6%). Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pod względem rodzaju wykonywanej pracy w obu grupach kobiet.

Pod względem średniej wieku ciąży w tygodniach, w obu badanych grupach wynik nie różnił się statystycznie i wynosił 22,18 (SD+ 8,38) dla grupy badanej i 23,68 (SD+ 7,21) dla grupy kontrolnej.

Metoda

Aby dokładnie określić, jakie style radzenia sobie ze stresem preferują kobiety w ciąży zagrożonej i czy różnią się od stylów radzenia sobie kobiet w ciąży prawidłowej, użyto Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS.

Autorzy Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) wyróżniają trzy podstawowe style radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Pierwszy z nich SSZ (styl skoncentrowany na zadaniu), określa sposób radzenia sobie polegający na podejmowaniu zadań. Styl ten charakteryzuje osoby, które w sytuacji stresowej wykazują tendencję do rozwiązywania problemów poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. Przede wszystkim próbują one rozwiązać problem. Drugi rodzaj stylu to SSE (styl skoncentrowany na emocjach). Osoby preferujące ten styl radzenia sobie, w sytuacji stresowej koncentrują się głównie na sobie i przeżywanych emocjach negatywnych, takich

jak złość, napięcie, poczucie winy. Te osoby mogą mieć tendencję do fantazjowania, czy myślenia życzeniowego, co jednak nie jest korzystne w sytuacji poczucia stresu [7]. Trzeci wyróżniony styl to SSU (styl skoncentrowany na unikaniu). Unikanie należy rozumieć jako wystrzeganie się myślenia i doświadczania sytuacji stresowej. Autorzy metody wyszczególniają dwie formy, jakie może przybierać ta strategia: ACZ (angażowanie się w czynności zastępcze), jak np. nadmierne objadanie się, myślenie o rzeczach przyjemnych, sen itp. Druga forma to PKT (poszukiwanie kontaktów towarzyskich).

Kwestionariusz CISS, składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, podejmowanych przez ludzi w sytuacji stresu. Obok każdego stwierdzenia umieszczone są cyfry od 1 do 5, określające częstotliwość, z jaką dana aktywność jest podejmowana w sytuacjach trudnych. Zadaniem badanego jest ustosunkowanie się do każdego stwierdzenia poprzez zakreślenie cyfry określającej częstotliwość podejmowanej aktywności.

Metoda zawiera trzy skale, odnoszące się do poszczególnych stylów radzenia sobie ze stresem. Pierwsza z nich to skala „styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ)”. Określa styl radzenia sobie, polegający na podejmowaniu zadań. Osoby uzyskujące w tej skali wysokie wyniki mają tendencję do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. Druga skala to „styl skoncentrowany na emocjach” (SSE). Dotyczy ona osób, które w sytuacjach stresowych na ogół koncentrują się na własnych przeżyciach emocjonalnych jak złość, poczucie winy, napięcie. Tu sposobem radzenia może być też myślenie życzeniowe i Fantazjowanie. Tego typu działania mają na celu redukcję napięcia emocjonalnego, ale mogą też spowodować przygnębienie i powiększyć poczucie stresu. Trzecia z kolei skala to „styl skoncentrowany na unikaniu” (SSU). Określa ona styl właściwy dla osób, które w sytuacjach stresowych mają tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania tej sytuacji. Styl ten może przyjmować dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ) np. poszukiwanie przyjemnych przeżyć, objadanie się lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT) [7]. W procesie opracowywania wyników badań, jak również opisywania grupy badawczej i kontrolnej, użyto operacji statystycznej pakietu MS Statistica: Test t Studenta (statystyka parametryczna) służąca do określenia różnic między średnimi w dwóch grupach niezależnych.

Tab. 3. Porównanie preferowanych stylów radzenia sobie ze stresem w grupie badanej i kontrolnej. Wyniki surowe i przeliczone (w stenach)

Zmienna	Testy t; Grupująca: Rodzaj badanej grupy						
	Grupa 1: badana			Grupa 2 kontrolna			
	Średnia badana	Średnia kontrolna	Sten badana	Sten kontr	t	df	p
SSZ	57,49	58,32	6	6	-0,54	109	0,589
SSE	41,59	41,74	5	5	-0,08	109	0,934
SSU	44,75	41,74	5	5	1,41	109	0,160
ACZ	20,25	18,40	6	5	1,68	109	0,096
PKT	17,52	17,18	6	6	0,52	109	0,603

Wyniki

Poniżej zestawiono wyniki surowe i przeliczone (w stenach) dla każdej ze skal CISS w grupie badanej i kontrolnej.

SSZ - styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu, SSE- styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach, SSU - styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na unikaniu, ACZ - angażowanie się w czynności zastępcze, PKT - poszukiwanie kontaktów towarzyskich, p - istotność statystyczna, t- test „t”, kolor szary oznacza różnicę na poziomie tendencji, gdzie $p = (0,09)$

Zgodnie z zestawieniem, preferowany styl radzenia sobie ze stresem w obu grupach to SSZ (styl skoncentrowany na zadaniu). Nie stwierdzono różnicy istotnej statystycznie pomiędzy grupą badaną a kontrolną. Drugi w kolejności preferowany styl radzenia sobie to SSU (styl skoncentrowany na unikaniu). W tym przypadku stwierdzono różnicę statystyczną na poziomie tendencji $p = (0,09)$ na korzyść grupy badanej w składowej tego stylu, czyli ACZ (angażowanie się w czynności zastępcze). Oznacza to, że pacjentki hospitalizowane w oddziale patologii ciąży, częściej niż w ciąży prawidłowej, unikają konfrontacji z sytuacją trudną angażując się w czynności inne niż koncentracja na problemie. Kolejny (pod względem wysokości wyników średnich surowych) styl wybierany w obu grupach to SSE (styl skoncentrowany na emocjach). W tym przypadku nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupami. Stosunkowo wysoki wynik obie grupy uzyskały w PKT (poszukiwanie kontaktów towarzyskich). Możliwa jest interpretacja, iż podobnie kobiety w ciąży zagrożonej, jak prawidłowej odczuwają potrzebę kontaktów towarzyskich i dążą do nich w sytuacji stresu. W tym wymiarze nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupami.

Omówienie wyników

Założenie, iż ciąża zagrożona stanowi sytuację nową, trudną – implikuje konieczność indywidualnej konfrontacji z tą rzeczywistością. Zdaniem badaczy, sposób funkcjonowania osobowości odzwierciedla się bezpośrednio również w reakcji na sytuację stresową. Im bardziej stabilna osobowość, tym bardziej konstruktywny styl radzenia sobie ze stresem [9,10].

Zarówno w grupie badanej, jak i kontrolnej najczęściej deklarowany styl radzenia sobie ze stresem to SSZ, czyli styl skoncentrowany na zadaniu. Oznacza to, że wszystkie kobiety w sytuacji stresowej nie unikają konfrontacji z problemem, ale podejmują szereg działań, aby go rozwiązać. Mogą to być działania natury poznawczej, aby zebrać więcej informacji i naturze problemu, lub próby wpłynięcia na sytuację w sposób konstruktywny, ułatwiający konfrontację [7]. Sposób radzenia sobie z sytuacją stresową poprzez orientację na działanie i poszukiwanie informacji uważa się za prawdopodobnie najbardziej skuteczny. Podejmowana przez osobę aktywność wpływa korzystnie na jej dobrostan psychiczny, zmniejsza też poczucie porażki i chroni przed depresją [11,10]. Według wielu uczonych styl radzenia sobie ze stresem zorientowany na zadanie, czyli konstruktywne rozwiązanie problemu – musi zostać poprzedzony uporaniem się z napięciem emocjonalnym. Zarówno napięcie emocjonalne wywołane sytuacją trudną, jak i dalsze skoncentrowanie się na emocjach powoduje chaos i utrudnienia w percepcji problemu. Należy uznać, iż napięcie emocjonalne zawsze pojawia się w sytuacji stresowej, która wymaga dostosowania. Efektywne zaś zmniejszenie napięcia stwarza możliwość rozpoznania problemu i racjonalnego rozwiązania go [12,13,14].

Drugi w kolejności preferowany w obu grupach styl radzenia sobie ze stresem to skon-

centrowany na emocjach (SSE), wybierany niemal równolegle ze stylem skoncentrowanym na unikaniu (SSU). Oba te style rzadziej i znacznie mniej skutecznie prowadzą do konstruktywnego uporania się z problemem [7]. W przypadku (SSE) jednostka nie podejmuje działań w kierunku rozwiązania problemu, ani efektywnego zmniejszenia odczuwanego napięcia lecz koncentruje się na przeżywanych negatywnych emocjach. W przypadku natomiast (SSU) osoba wystrzega się konfrontacji z sytuacją trudną poprzez czynności odwracające uwagę od problemu. Skala ta dzieli się na dwie składowe (ACZ)-angażowanie czynności zastępczych i PKT- poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) wybierany jest jako drugi w obu badanych grupach, jednak nieznacznie częściej (nie jest to różnica istotna statystycznie) w grupie kobiet z ciążą zagrożoną. Różnica istotna statystycznie na poziomie tendencji ($p=0,09$) ujawniła się natomiast w (ACZ) na korzyść grupy badanej. Oznacza to, że mimo iż najczęściej w obu grupach wybierany jest styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu, to jednak kobiety w ciąży zagrożonej, częściej niż w ciąży prawidłowej, w sytuacji stresu angażują się w czynności zastępcze takie jak sen, oglądanie telewizji, objadanie się. O ile niniejsze badania tylko częściowo potwierdzają występowanie stylu skoncentrowanego na unikaniu w ciąży wysokiego ryzyka, to istnieją Doniesienia określające ten styl jako charakterystyczny dla kobiet w ciąży zagrożonej [15].

Wnioski

1. Ciąża zagrożona nie wpływa istotnie na konfrontację kobiet z sytuacją stresową.
2. Fakt hospitalizacji w ciąży wysokiego ryzyka może mieć wpływ na zmniejszenie tendencji do konfrontacji z sytuacją stresogenną oraz nasilenie reakcji ucieczkowych poprzez angażowanie się w czynności zastępcze.

Piśmiennictwo

1. Ciesielski M., Michałek M., Szlapo E., Ścisłowicz K. Typy osobowości a zaburzenia emocjonalne u kobiet z patologicznym przebiegiem ciąży. *Wiad. Lek.*, 1994; XLVII(1-2): 25-30.
2. Kwaśniewska A., Kraczkowski J., Wartacz E., Robak J., Semczuk M. Ocena lęku oraz analiza struktury osobowości kobiet zagrożonych porodem przedwczesnym i porodem po terminie. *Post. Psychiatr. Neur.*, 1996; 5: 185-193.

3. Pawełczyk A., Cypryk K., Bielawska-Batorowicz E. Poziom lęku i więź emocjonalna z dzieckiem w okresie ciąży u kobiet zdrowych i z cukrzycą ciążową. *Diabetol. Pol.*, 1999; 6(3): 189-192.
4. Kędziora S. Stres i radzenie sobie ze stresem przez kobiety ciężarne z niepowodzeniami położniczymi. W: Słomko Z., Brębowicz G., Gadzinowski J. i in. red., *Kliniczna perinatologia i ginekologia. Suplement XIII, Poród Naturalny.*, Tychy: 1996, s. 183-187.
5. Michałek E., Ciesielski M. Dynamika objawów nerwicowych u pacjentek z patologicznym przebiegiem ciąży powikłanym nerwicą jako efekt psychoterapii relaksacyjno-regulatywnej. *Przegl. Psychol.*, 1986; 29(4): 1081-1087.
6. Łuczak-Wawrzyniak J., Pisarski T. Możliwości psychoprofilaktycznego przygotowania do porodu kobiet w ciąży po niepowodzeniach położniczych. W: Słomko Z., Brębowicz G., Gadzinowski J. i in. red., *Kliniczna perinatologia i ginekologia. Suplement XIII, Poród Naturalny.*, Tychy: 1996, s. 135-138.
7. Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. CISS. Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych; Warszawa: 2007.
8. Bogucka G., Pietrzak B., Marianowski L. Sposoby radzenia sobie z sytuacją trudną u pacjentek oddziału patologii ciąży. W: Słomko Z., Brębowicz G., Gadzinowski J. i in. red., *Kliniczna perinatologia i ginekologia. Suplement XIII, Poród Naturalny.*, Tychy: 1996, s. 174-177.
9. Barańska M. Psychologiczne aspekty ciąży i porodu wysokiego ryzyka. Rodzina i Prokreacja. W: Chazan B. red., *Materiały Konferencji Popowo 8-9 grudnia 1994.*, Instytut Matki i Dziecka, s. 66-71.
10. Czapieński J. Szczęście – złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych. W: Kofta M., Szustrowa T. red., *Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice z psychologii osobowości.* PWN; Warszawa: 2001, s. 266-304.
11. Heszen-Niejodek I. Radzenie sobie z konfrontacją stresową. Wybrane zagadnienia. *Nowiny Psychologiczne*, 1992; 1-2: 13-26.
12. Kubacka-Jasiecka D. Z psychologii zmagania się ze stresem. Zachowania psychopatologiczne jako formy zmagania się ze stresem. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego MCLXVIII. Prace Psychologiczne*, 1995; 12: 27-46.
13. Sędek G. Jak ludzie radzą sobie z sytuacjami na które nie ma rady? W: Kofta M., Szustrowa T. red., *Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice z psychologii osobowości.* PWN; Warszawa: 2001, s. 226-247.
14. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Fundacja IPN; Warszawa: 2005.
15. Semczuk M., Steuden S., Szymona K. Ocena nasilenia i struktury stresu u rodziców w przypadkach ciąży wysokiego ryzyka. *Gin. Pol.*, 2004; 75(6): 418-424.

Adres do korespondencji

Aleksandra Rutkowska
Gabinet Psychologiczny Aleksandra Rutkowska
w Lublinie
ul. Agatowa 15/32, 20-571 Lublin