

Analiza struktury osobowości u kobiet w pierwszej ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka

The analysis of the personality structure in primiparas with normal and high-risk pregnancy

Aleksandra Rutkowska¹, Agnieszka Kowalska¹,
Marta Makara – Studzińska¹, Anna Kwaśniewska²

¹Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

²Katedra i Klinika Położnictwa i Patologii Ciąży Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Wstęp: Osobowość to zespół niepowtarzalnych, indywidualnych dla jednostki cech - , które przejawiają się automatycznie w każdej sferze funkcjonowania psychologicznego człowieka. Celem pracy było wykazanie, czy istnieje wpływ ciąży zagrożonej na strukturę osobowości kobiet.

Materiał i metody: Grupa badana to 61 kobiet hospitalizowanych w Klinice Położnictwa i Patologii Ciąży Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z nieprawidłowym, patologicznym przebiegiem pierwszej ciąży, grupę kontrolną stanowiło 50 kobiet, z prawidłowym przebiegiem pierwszej ciąży. Do oceny struktury osobowości badanych kobiet użyto testu NEO-PI-R Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae., opartego na pięcioczynnikowej teorii osobowości.

Wyniki: W obu grupach osobowość kobiet jest stabilna. Kobiety w ciąży prawidłowej, mają tendencję bardziej do odczuwania i poszukiwania emocji pozytywnych, częściej też wykazują optymizm. Różnica istotna statystycznie ($p=0,04$) na korzyść grupy kontrolnej dotyczy sfery aktywności życiowej. Określa to kobiety w ciąży prawidłowej jako bardziej skłonne do podejmowania działań nowych, preferowania zmienności i różnorodności.

Omówienie wyników: Fakt pierwszej ciąży zagrożonej, poza różnicą w odczuwaniu na płaszczyźnie emocji, co prawdopodobnie wiąże się z hospitalizacją, nie wpływa znacząco destrukcyjnie na strukturę osobowości hospitalizowanych kobiet. Struktura osobowości na poziomie podstawowych tendencji (czyli cech), nie ulega zmianie pod wpływem zaistnienia ciąży zagrożonej.

Wnioski: 1. Stan zagrożenia ciąży u kobiet może zmniejszać tendencję do przeżywania emocji pozytywnych oraz generować emocje negatywne. 2. Kobiety w ciąży wysokiego ryzyka są mniej skłonne do podejmowania nowych, działań i poszukiwania wrażeń, niż kobiety w ciąży prawidłowej. 3. Ciąża wysokiego ryzyka, jeśli jest pierwsza, nie powoduje destrukcyjnych, istotnych statystycznie zmian w strukturze osobowości kobiety.

Słowa kluczowe: ciąża prawidłowa, ciąża zagrożona, osobowość

Abstract

Introduction: Personality is a set of unique, individual characteristics which manifest themselves automatically in every sphere of a person's psychological activity. The aim of the study was to determine whether or not high-risk pregnancy influences the personality structure of women.

Material and methods: The research group consisted of 61 women hospitalized at the Department of Obstetrics and Pathology of Pregnancy of Medical University in Lublin who were diagnosed with an abnormal, pathological course of their first pregnancy. The clinical control group consisted of 50 primiparas with normal pregnancy. To assess the personality structure of the women involved in the research, the test of Paul T. Costa Jr and Robert R. McCrae's NEO-PI-R was used, based on the Five Factor Model of personality.

The results: The personality of women from both aforementioned groups was deemed stable. The women with a normal pregnancy show a bigger tendency to experience and seek positive emotions; they also demonstrate optimism more often. A statistically significant difference ($p=0.04$) in favour of the control group concerns the sphere of everyday activities. It characterizes the women with a normal pregnancy as more likely to undertake novel actions and to prefer changeability and diversity.

The discussion of the results: The fact that a woman's first pregnancy is high-risk does not have a significant destructive influence on her personality structure, except for a difference in experiencing emotions, which is probably linked to her hospitalization. The personality structure on the level of basic tendencies (or characteristics) is not subject to change under the influence of a high-risk pregnancy.

Conclusions: 1. A high-risk pregnancy can reduce the tendency to experience positive emotions and it can generate negative emotions. 2. Women with a high-risk pregnancy are less likely to undertake novel actions and seek thrills than women with a normal pregnancy. 3. If a high-risk pregnancy is a woman's first pregnancy, it does not cause destructive, statistically significant changes in her personality structure.

Keywords: pregnancy, pregnancy complications, personality

Wstęp

Osobowość definiuje się, jako zespół niepowtarzalnych, indywidualnych dla jednostki cech - aspektów zachowania, które przejawiają się automatycznie w każdej sferze funkcjonowania psychologicznego człowieka. Są to raczej trwałe właściwości osoby, które pozwalają obserwatorowi na odróżnienie danej jednostki od innych [1]. Znaczący przedmiot posługują się także terminem „osobowość” w znaczeniu zbioru pojęć opisowych, które charakteryzują badaną osobę w kategoriach zmiennych bądź wymiarów [2]. Tak rozumiana ocena osobowości definiowana jako „teoria cech”, znalazła uporządkowanie w jednym z najczęściej stosowanych pięcioczynnikowym modelu osobowości (PTO) Paula T. Costy Jr. i Roberta R. McCrae [3,4].

Okres ciąży to nie tylko szereg zmian fizjologicznych. Jest to także czas, w którym psychika kobiety dostosowuje się do złożonych procesów natury biologicznej, jakie dzieją się w niej związku z zaistnieniem ciąży. Istotne pod względem przystosowania psychologicznego jest również zaistnienie w nowej roli społecznej; kobiety – matki [5,6,7]. O ile ciąża prawidłowa prawdopodobnie nie zostawia widocznego śladu w osobowości kobiety - przyjmując za autorami koncepcji, że struktura osobowości ma charakter trwały- to można przypuszczać, że być może istnieje ryzyko negatywnego wpływu na osobowość ciąży powikłanej.

Można rozważać taką możliwość, gdyż stan zagrożenia ciąży, zwłaszcza w sytuacji pobytu w szpitalu, stanowi duży wysiłek adaptacyjny dla osobowości. Istnieje konieczność konfrontacji z uczuciami, jakie na ogół nie mają miejsca w ciąży niezagrożonej. Jest to np. permanentny lęk o życie dziecka, myśli i wątpliwości dotyczące diagnozy, potrzeba wsparcia ze strony otoczenia, presja rodziny, zwłaszcza w pierwszej ciąży, dawanie „dobrych rad”, szukanie „winnych” stanu rzeczy i tak dalej. Wszystkie te sygnały docierające do ciężarnej z zewnątrz, zawsze zostawiają w jej psychice ślad emocjonalny, z którym musi się sama uporać [5,8,9,10,11,12]. Niejednokrotnie też źródłem negatywnych emocji staje się dla niej porównywanie z innymi kobietami, które urodziły zdrowe dzieci, bez zagrożeń i powikłań [10].

Jak wspomniano, osobowość człowieka dorosłego charakteryzuje się swoistą stałością na przestrzeni życia. Potocznie mówiąc, ludzie pozostają tacy sami w znaczeniu cech jakie posiadają, może zmienić się jedynie poziom zaangażowania (bieżące plany, zmartwienia, czy sposób postrzegania siebie). Trwałe dyspozycje, czyli cechy osobowości, pozwalają jednostkom na dostosowanie się do poszczególnych etapów życia oraz konfrontowanie z sytuacjami kryzysowymi [4].

W koncepcji autorów pięcioczynnikowego modelu osobowości (PTO) pierwszym ze składowych struktury osobowości jest „neurotyczność”(N). Jest to czynnik ma-

jący ścisły związek z przystosowaniem. Pozwala na odróżnienie osób stabilnych emocjonalnie, przystosowanych od nieprzystosowanych i nie zrównoważonych emocjonalnie. Osoby o wysokim poziomie neurotyczności w toku całego życia wykazują ogólne nieprzystosowanie. W sytuacji stresu posługują się one nieskutecznymi strategiami radzenia sobie np. są wybuchowe, impulsywne, wrogo nastawione, bierne, czy samooskarżające się [4]. Ponadto z neurotycznością wiąże się ogólna tendencja do odczuwania emocji negatywnych, jak smutek, strach, zakłopotanie, poczucie winy, wstręt itp. Na ogół wysoki poziom neurotyczności charakteryzuje osoby o niskim poczuciu bezpieczeństwa, słabej kontroli impulsów, jak też niejednokrotnie obecne symptomy nerwicowe [3].

Drugi czynnik osobowości to „ekstrawertyczność” (E). Osoby ekstrawertyczne są na ogół towarzyskie, prospołeczne, dobrze czują się wśród innych. Ponadto są asertywni, serdeczni, pogodnie usposobieni. Przeciwnie introvertycy, czyli osoby mniej ekstrawertyczne, cechują się dystansem w relacjach z innymi, powściągliwością w relacjach zawodowych oraz potrzebą niezależności [3].

Kolejny wymiar osobowości to „Otwartość na doświadczenie” (O). Osoby o dużym nasileniu tej cechy są bardziej od innych ciekawe świata. Są pomysłowe, urozmaicają codzienność przykładając wagę do obecnych w życiu wrażeń. Przeciwnie, osoby z drugiego bieguna tej cechy charakteryzują się węższymi zainteresowaniami, mniejszą potrzebą wrażeń i nowości oraz konserwatywnością w postawie.

Czwarty z wymiarów osobowości to „ugodowość” (U). Ma on bezpośredni związek z relacjami interpersonalnymi. Osoba o dużym nasileniu w obszarze tej cechy spostrzega się jako altruistę, gotowego do pomocy innym i wierzącego, że także zasługuje na ich pomoc. Osoba konfliktowa cechuje się natomiast egocentryzmem, sceptycyzmem w stosunku do innych, jest także pełna wątpliwości, co do intencji innych [3].

Ostatni z omawianych wymiarów to „sumiennosc” (S). Osoby o wysokim poziomie tej cechy odnoszą sukcesy zawodowe, czy sportowe, mają one duże poczucie obowiązku. Jednak skrajny wymiar tej cechy to pracaoholizm, nadmierna dbałość o porządek, a nawet zachowania kompulsyjne [3].

Pięć wyżej omówionych wymiarów osobowości wywiera wpływ na dążenia osobiste, postawy, dokonywane wybory. Znaczenie dla ogólnie rozumianego zachowania się osoby, ma także sytuacja biologiczna, wpływy zewnętrzne, sposób postrzegania otaczającego świata, przekonania i osobiste doświadczenia, czy obraz siebie. [3,4].

Materiał i metody

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).

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. Wszystkie zakwalifikowane do badań pacjentki wyraziły zgodę na udział w anonimowych badaniach. Zostały one również 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.

Tab. 1. Przyczyna hospitalizacji pacjentek z grupy badanej

Diagnoza	N	%
poronienie zagrażające	20	32,78
poród przedwczesny zagrażający	18	29,5
cukrzyca ciążowa	4	6,55
małowodzie	3	4,92
infekcja dróg moczowych	3	4,91
nadciśnienie tętnicze	3	4,91
cholestaza ciążowa	2	3,27
małopłytkowość	2	3,27
IUGR- wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu płodu	2	3,27
niewydolność cięśniowo – szyjkowa	1	1,63
kamica nerkowa	1	1,63
torbiel jajnika	1	1,63
łożysko przodujące	1	1,64

Największą liczbę pacjentek z grupy badanej hospitalizowano w oddziale patologii ciąży z powodu poronienia zagrażającego, ok.33%. Kolejno grupa kobiet z rozpoznaniem zagrożenia porodem przedwczesnym (ok. 30%). Następnie 4 pacjentki hospitalizowano z powodu cukrzycy ciążowej (ok. 7%). Zdecydowanie mniej liczne przyczyny leczenia to np. małowodzie, czy infekcja dróg moczowych, cholestaza ciążowa (po ok. 5%). Pojedyncze pacjentki, przebywały w klinice z powodu nadciśnienia tętniczego indukowanego ciążą czy też trombocytopenii, zgodnie z zestawieniem powyżej (wartości mniejsze niż 4%).

Średnia wieku w obu badanych grupach nie różniła się statystycznie i wyniosła 27,4 (SD±4.97) dla grupy badanej i 28.13 (SD±4.04) dla grupy kontrolnej, $p=0,15$.

Większość kobiet w grupie mieszkała w mieście pow. 50 tys. mieszkańców (31%). Kolejno, blisko 29%

pochodziło z terenów wiejskich, natomiast ok. 21 % mieszkało w mieście do 50 tys. mieszkańców. W grupie kontrolnej, największa liczba kobiet pochodziła z terenu miasta o liczebności powyżej 50 tysięcy mieszkańców (66%). Kolejno pod względem liczebności uplasowała się grupa kobiet z terenów wiejskich (20%). Najmniej ochotniczek w tej grupie to ciężarne z miejscowości do 50. tys. (14%). Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy obiema grupami pod względem miejsca zamieszkania.

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 zadeklarowało, że pozostają w związku nieformalnym (ok. 8,2%). Analogicznie w grupie kontrolnej aż 94% stanowiły mężatki. Dwie kobiety pozostawały w związku nieformalnym (4%), 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%) posiadała średnie. Dwie pacjentki określiły swoje wykształcenie na poziomie zawodowym (3,27), jedna kobieta w grupie badanej posiadała wykształcenie podstawowe (ok. 1,7 %). Podobnie w grupie kontrolnej, najwięcej kobiet zadeklarowało wykształcenie wyższe (76%). Mniej, bo (22%) miało wykształcenie średnie. Jedna z nich (2%) określiła swoje wykształcenie jako podstawowe. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupami w wymiarze wykształcenia.

Prawie 60% kobiet w grupie badanej pracowała umysłowo. Sporo z nich (około 30%), w momencie badania nie było zatrudnionych. Kolejno 10 kobiet pracowało fizycznie (ok. 16,4%). Jedna spośród badanych kobiet pracowała jako „rolnik” (1,67%). Analogicznie w grupie kontrolnej największa liczba kobiet określiła, że pracuje umysłowo (70%). 24 % w tej grupie nie było nigdzie zatrudnionych. Trzy z nich pracowały fizycznie (6%). Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pod względem rodzaju wykonywanej pracy w obu grupach kobiet.

Średni wiek ciąży w tygodniach, w obu badanych grupach nie różnił się statystycznie i wynosił 22,18 (SD±8,38) dla grupy badanej i 23,68 (SD±7,21) dla grupy kontrolnej.

W celu oceny struktury osobowości badanych kobiet, jak również oceny ewentualnego wpływu ciąży zagrożonej na strukturę osobowości pacjentek, użyto testu NEO-PI-R Paula T. Costy Jr i Roberta R. Mc Crae. Metoda ta oparta została na wyżej opisanej pięcioczynnikowej teorii osobowości [3]. Omawiany inwentarz NEO-PI-R składa się z 240 twierdzeń i umożliwia pomiar pięciu czynników osobowości czyli: neurotyczność (N), ekstrawertyczność (E), otwartość na doświadczenie (O), ugodowość (U), sumienność (S). Każdy z wymienionych

czynników, zawiera składniki podrzędne, których pomiar daje szczegółowy opis cech.

W procesie opracowywania wyników użyto pakietu MS Statistica: Test t Studenta (statystyka parametryczna) – statystyka do porównywania różnic między średnimi w dwóch grupach niezależnych.

Wyniki

Obie badane grupy nie różnią się na poziomie istotnym statystycznie w pierwszym z badanych wymiarów, czyli neurotyczności (N) (Tab. 2). Zarówno wartości średnie w podskalach, jak też uzyskane wyniki przeliczone mieszczą się w przedziale średnim [3]. Oznacza to, że obie badane grupy cechuje poziom lęku uogólnionego na poziomie średnim. Nie mają one tendencji do reagowania w sposób impulsywny i niekontrolowany. Nie są one jednak zrelaksowane i spokojne (o czym świadczyłyby wyniki niskie w N1). Wymiar N2 pokazuje, iż w obu grupach nie ma wyraźnej tendencji do przeżywania głębokiej frustracji, poczucia gniewu i nadmiernego rozgoryczenia. W przypadku N2 tendencja ta utrzymuje się na poziomie górnej granicy średniej (6 sten), co oznacza że zarówno kobiety przebywające w oddziale patologii ciąży, jak też w ciąży prawidłowej mogą doświadczać okazjonalnie stanów większego pobudzenia emocjonalnego o znaku negatywnym, jednak nie ma na to wpływu fakt zagrożenia ciąży. Podobnie przedstawia się interpretacja wymiarów N3, N4, N5 i N6 (Tab. 2). Zarówno kobiety w ciąży zagrożonej, jak też w grupie porównawczej uzyskały wyniki średnie w podskalach badających depresyjność, nadwrażliwość, impulsywność, czy nadmierny samokrytycyzm. Oznacza to, iż na poziomie cech nie przejawiają one tendencji do nadmiernego doświadczenia poczucia winy, beznadziejności i samotności [3]. Ponadto badane kobiety można określić, jako zdolne do konstruktywnego radzenia sobie ze stresem N6, z emocjami zakłopotania N4, jak też kontrolujące i panujące nad gwałtownie pojawiającymi się potrzebami jak np. zjedzenie czegoś niezdrowego (a potem żałowanie tego).

W drugim z badanych (Tab. 3) wymiarów ekstrawersja (E) osoby badane różnią się jedynie w w podskali E6 (emocje pozytywne), $p=0,07$. Różnica jednego stena w wartości przeliczonej występuje w tej skali na korzyść grupy kontrolnej. Oznacza to, iż osoby w ciąży prawidłowej częściej i intensywniej doznają emocji pozytywnych, takich jak radość pogoda ducha, czy zachwyt, niż kobiety przebywające w oddziale patologii ciąży z powodu jej zagrożenia. Te drugie mogą też nieco częściej popadać w gorszy nastrój, podobnie jak mogą przejawiać tendencję do bardziej pesymistycznego patrzenia w przyszłość [3]. W wymiarach E1, E2 i E4 i E3 uzyskane wyniki surowe i przeliczone kształtują się w obu grupach na poziomie średnim, bez różnic istotnych statystycznie. Określa to

badane osoby, jako raczej serdeczne i poszukujące bliskich relacji z innymi ludźmi. Odnajdują one również satysfakcję z kontaktów towarzyskich z innymi osobami (E1, E2). Ponadto obie badane grupy charakteryzuje średni wynik w skali określającej aktywność życiową (E4, E5), co można zinterpretować jako tendencję do prowadzenia raczej spokojnego i zrównoważonego trybu życia.

Otwartość (Tab. 4), to wymiar osobowości, który ukazuje najwięcej różnic na poziomie wartości średnich, przeliczonych, jak też w przypadku O4 (Działania) na poziomie istotnym statystycznie pomiędzy obiema grupami ($p=0,04$). Różnica ta określa grupę kontrolną jako bardziej skłoną do podejmowania działań nowych, i ciekawych, preferowanie zmienności i różnorodności [3]. Różnica na poziomie tendencji ($p=0,04$) występuje również w podskali O3 (uczucia), na korzyść grupy kontrolnej (występuje też różnica jednego stena w wynikach przeliczonych). Oznacza to, że grupa kontrolna w stopniu większym niż badana skłonna jest do odczuwania emocji pozytywnych, poszukiwania ich i doceniania ich roli. Grupa badana w mniejszym stopniu cechuje się poszukiwaniem nowych wrażeń i emocji. Wydaje się, że dla kobiet hospitalizowanych z powodu zagrożonej ciąży, nieco mniejsze znaczenie ma bogaty świat doznań. Wynik ten oznacza też mniejszą otwartość na własne odczucia wewnętrzne w grupie badanej [3]. W podskalach O5 (idee) i O1 (wyobrażenia) także mamy do czynienia z różnicą jednego stena na korzyść grupy kontrolnej. Wydaje się zatem, że kobiety w ciąży prawidłowej nieco bardziej skłaniają się ku pozytywnym wyobrażeniom, pozytywnym myślom i optymizmowi. Są one też bardziej twórcze i bardziej ciekawe intelektualnie (O5). W obu grupach nie występują różnice w podskalach O2 (estetyka) i O6 (wartości). Uzyskane wyniki kształtują się analogicznie na poziomie średnim. Wydaje się więc, iż zarówno kobiety w ciąży zagrożonej, jak i prawidłowej nie różnią się pod względem gotowości na tolerowanie wartości innych niż wyznawane, jak też pod względem otwartości na sztukę, piękno, wartości estetyczne.

Analiza czwartego z badanych wymiarów osobowości (U) ugodowość (Tab. 5), dla obu grup kształtuje się na poziomie średnim, bez różnic istotnych statystycznie we wszystkich podskalach. Świadczy to o tym, iż obie grupy kobiet tak samo pozytywnie skłaniają się ku relacjom z innymi. Uważają one, iż inni ludzie przedstawiają sobą wartość, są raczej skłonne obdarzać innych zaufaniem. Mają one też szacunek do samych siebie, nie są ani uległe, ani nazbyt dominujące w relacjach społecznych (U1, U5, U4). Ponadto obie grupy badane cechuje na ogół skłonność do szczerości i prostolinijności, bez tendencji do manipulowania innymi (U2). Są one także wrażliwe na trudności życiowe innych osób i na ogół skłonne do pomocy (U3, U6).

Tab. 2. Zestawienie wartości średnich dla grupy badanej i kontrolnej w podskalach wymiaru neurotyczności (N). Wyniki surowe i wartości przeliczone (w stenach)

Zmienna	Testy t; Grupująca: Rodzaj badanej grupy Grupa 1: badana Grupa 2 kontrolna						
	Średnia badana	Sten badana	Średnia kontrolna	t	Sten kontr.	df	p
N1 Lęk	16,91	5	17,08	-0,15	5	109	0,891
N2 Agresywna wrogość	13,37	6	13,16	0,25	6	109	0,991
N3 Depresyjność	14,78	5	15,22	-0,4	5	109	0,685
N4 Nadmierny samokrytycyzm	18,29	6	17,1	1,28	6	109	0,202
N5 Impulsywność	16	5	16,58	-0,77	5	109	0,448
N6 Nadwrażliwość	13,9	5	12,62	1,22	5	109	0,221

Tab. 3. Zestawienie wartości średnich dla grupy badanej i kontrolnej w podskalach wymiaru ekstrawersji (E). Wyniki surowe i wartości przeliczone (w stenach)

Zmienna	Testy t; Grupująca: Rodzaj badanej grupy Grupa 1: badana Grupa 2 kontrolna						
	Średnia badana	Sten badana	Średnia kontrolna	t	Sten kontr.	df	p
E1 Serdeczność	21,18	5	22,24	-1,28	6	109	0,002
E2 Towarzystwość	17,72	5	18,48	-0,77	5	109	0,004
E3 Asertywność	13,79	5	15,24	-1,65	6	109	0,001
E4 Aktywność	18,44	5	18,80	-0,46	5	109	0,006
E5 Poszukiwanie doznań	12,66	4	13,36	-0,77	4	109	0,004
E6 Emocje pozytywne	19,34	4	20,80	-1,81	5	109	0,001

Tab. 4. Zestawienie wartości średnich dla grupy badanej i kontrolnej w podskalach wymiaru otwartości (O). Wyniki surowe i wartości przeliczone (w stenach)

Zmienna	Testy t; Grupująca: Rodzaj badanej grupy Grupa 1: badana Grupa 2 kontrolna						
	Średnia badana	Sten badana	Średnia kontrolna	Sten kontr.	t	df	p
O1 Wyobraźnia	16,38	4	17,44	5	-1,36	109	0,176
O2 Estetyka	17,30	5	18,58	5	-1,26	109	0,210
O3 Uczucia	19,26	4	20,56	5	-1,95	109	0,050
O4 Działania	16,15	5	17,54	6	-2,08	109	0,040
O5 Idee	17,50	4	18,14	5	-0,77	108	0,441
O6 Wartości	18,66	5	19,50	5	-1,20	109	0,233

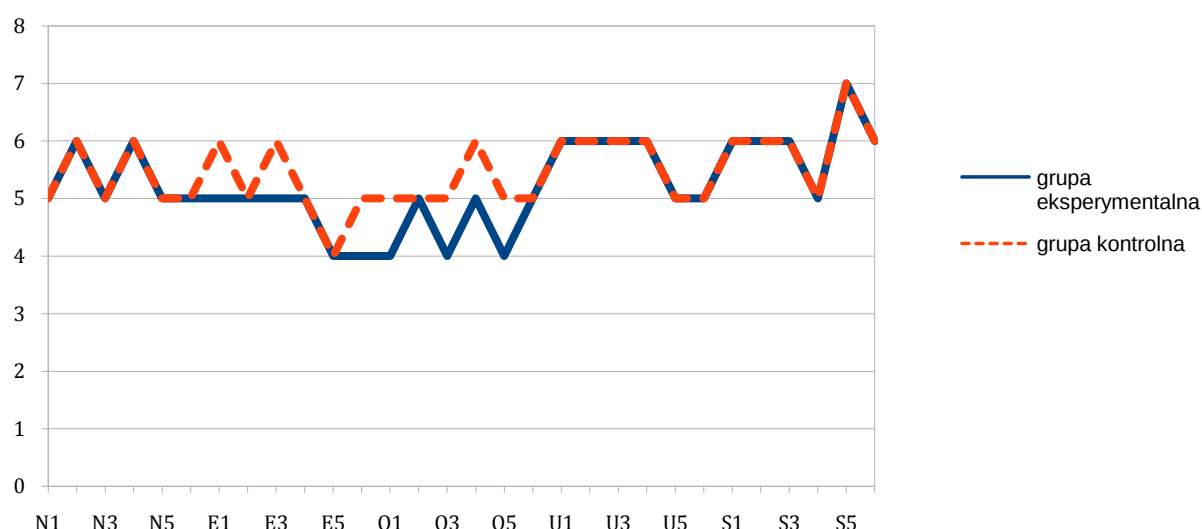
Tab. 5. Zestawienie wartości średnich dla grupy badanej i kontrolnej w podskalach wymiaru ugodowości (U). Wyniki surowe i wartości przeliczone (w stenach)

Zmienna	Testy t; Grupująca: Rodzaj badanej grupy Grupa 1: badana Grupa 2 kontrolna						
	Średnia badana	Średnia kontrolna	Sten badana	Sten kontr.	t	df	p
U1 Zaufanie	18,07	19,08	6	6	-1,16	109	0,248
U2 Prostolinijność	20,38	20,48	6	6	-0,14	109	0,889
U3 Altruizm	21,64	21,42	6	6	0,29	109	0,769
U4 Ustępliwość	17,10	16,94	6	6	0,20	109	0,845
U5 Skromność	19,08	19,76	5	5	-0,74	109	0,458
U6 Skłonność do rozczulania się	18,28	18,06	5	5	0,34	109	0,736

Tab. 6. Zestawienie wartości średnich dla grupy badanej i kontrolnej w podskalach wymiaru sumienności (S). Wyniki surowe i wartości przeliczone (w stenach)

Zmienna	Testy t; Grupująca: Rodzaj badanej grupy						
	Grupa 1: badana		Grupa 2 kontrolna		t	df	p
	Średnia badana	Średnia kontrolna	Sten badana	Sten kontr.			
S1 Kompetencja	20,16	20,30	6	6	-0,18	109	0,856
S2 Skłonność do porządku	22,02	22,16	6	6	-0,17	109	0,862
S3 Obowiązkowość	22,59	22,98	6	6	-0,50	109	0,620
S4 Dążenie do osiągnięć	20,20	20,82	5	5	-0,87	109	0,384
S5 Samodyscyplina	21,10	21,38	7	7	-0,34	109	0,732
S6 Rozwaga	16,97	16,90	6	6	0,09	109	0,932

Wykres 1. Porównanie wartości przeliczonych (steny) podskal składowych pięciu wymiarów osobowości w grupie badanej i kontrolnej



Ostatni z wymiarów osobowości (S) sumienność także w porównaniu obu badanych grup nie wskazuje na różnice istotne statystycznie, jak również na poziomie wyników średnich i przeliczonych (Tab. VI). Zastanawia fakt, iż w obu grupach badane kobiety uzyskały wysoki wynik w podskali (S) samodyscyplina, średni (górną granicę średniej) natomiast w skalach (S1) kompetencja, (S2) skłonność do porządku, (S3) obowiązkowość, (S4) dążenie do osiągnięć, (S6) rozwaga oraz niższy wynik średni w podskali (S4) dążenie do osiągnięć. Wydaje się zatem, że obie badane grupy cechuje silne zdeterminowanie w dążeniu do wyznaczonych sobie celów, pomimo napotykanego trudności (S5). Cechuje je motywacja i zadaniowość, a także sumienność i obowiązkowość (S3). Ponadto obie grupy kobiet charakteryzują się pilnością, starannością wykonywanych zadań, jak też tendencją do podejmowania na ogół przemyślanych decyzji (S4, S6). Wszystkie badane kobiety cechuje też skuteczność w działaniu i raczej ugruntowane poczucie własnej wartości (S1) [3].

Na wykresie 1 zamieszczono graficzną reprezentację uzyskanych wyników w obu grupach, czyli profil oso-

owości dla obu grup badanych. Na wykresie zamieszczono wszystkie omówione wyżej rozbieżności w wynikach uzyskanych dla grupy badanej i kontrolnej dla każdej podskali kwestionariusza NEO-PI-R w wynikach przeliczonych (stenu).

Omówienie wyników

Jak ustalono w pierwszej fazie badań, grupy kobiet (badana i kontrolna) nie różnią się między sobą istotnie statystycznie pod względem wieku (ok. 29 lat), stanu cywilnego, wykształcenia oraz wykonywanego zawodu. Jednolitość grup pod tym względem, dała możliwość trafnej oceny ewentualnych różnic w strukturze osobowości pomiędzy nimi.

Zarówno w grupie badanej, jak i kontrolnej osobowość kobiet wydaje się być stabilna. Prawdopodobne jest, iż wpływ na to ma fakt stosunkowo młodego wieku badanych kobiet, jak też nie przebytych dotychczas niepowodzeń położniczych, co stanowiło podstawowe kryterium kwalifikacji do badań. Wielu badaczy zauważa bowiem destrukcyjny wpływ przebytych wcześniej ciąż i poronień

oraz konsekwencji emocjonalnych z tym związanych na strukturę osobowości, w kierunku jej destabilizacji i wzmożonej neurotyczności a nawet zaburzeń depresyjnych i nerwicowych [5,13,14,15]. Również destrukcyjne działanie na osobowość może mieć długotrwała choroba przewlekła towarzysząca ciąży, czego nie stwierdzono w badanych grupach [16]. W przypadku omawianych badań, kobiety w obu grupach po raz pierwszy doświadczały ciąży tak prawidłowej, jak zagrożonej, stan struktury osobowości uchwyciono jednorazowym badaniem – nie stwierdzając tym samym istotnego, destrukcyjnego wpływu ciąży zagrożonej na osobowość.

Prawdopodobne zasoby psychologiczne badanych kobiet, to brak tendencji w obu grupach do przeżywania głębokich frustracji, poczucia gniewu, czy rozgoryczenia. W obu grupach nie stwierdzono także tendencji do negatywnego postrzegania siebie, wszystkie kobiety również posiadają zdolność do konstruktywnego radzenia sobie ze stresem (N),(N6). W obu grupach nie można także stwierdzić ich osobowościowo uwarunkowanej skłonności do popadania w nadmierne stany lękowe, co z pewnością utrudniałoby adaptację do sytuacji trudnej, jaką jest ciąża zagrożona(N1) [3,17].

Ponadto obie badane grupy wydają się szukać wsparcia w obszarze relacji społecznych (U), (E). Zarówno kobiety w ciąży zagrożonej, jak i w ciąży prawidłowej charakteryzują się pozytywnym stosunkiem do innych osób, który przejawia się w zaufaniu (U1), prostolinijności (U2), szacunkiem również do siebie, bez tendencji do dominacji nad innymi i manipulacji (U5). To określa obie badane grupy jako raczej serdeczne, poszukujące kontaktów z ludźmi i czerpiące z nich satysfakcję (E1, E2, E3, E4, E5). Wyjaśnia to jednocześnie różnicę statystyczną na poziomie tendencji ($p=0,07$) na korzyść grupy kontrolnej w wymiarze (E6) pozytywne emocje. Wiąże się ona prawdopodobnie z faktem aktualnego skupienia uwagi badanych kobiet na zagrożeniu ciąży [5,8,9,10]. Potwierdza to też wynik w skali Otwartość (O). Podwymiar (O3) uczucia, wskazuje na różnice na poziomie tendencji ($p=0,05$) na korzyść grupy kontrolnej. Oznacza to, że kobiety w ciąży prawidłowej, w stopniu większym niż w ciąży zagrożonej, skłonne są do odczuwania emocji pozytywnych, poszukiwania ich i doceniania ich roli. Różnica istotna statystycznie ($p=0,04$) na korzyść grupy kontrolnej w podskali (O4) działania określa grupę kontrolną jako bardziej skłoną do podejmowania działań nowych, i ciekawych, preferowanie zmienności i różnorodności [3]. Grupa badana w mniejszym stopniu cechuje się poszukiwaniem nowych wrażeń i emocji. Jest to jednak zbyt mała różnica, żeby wskazywała na temperamentalną predyspozycję kobiet w ciąży zagrożonej do odczuwania permanentnie negatywnych emocji i niezadowolenia z życia [3]. Tym samym wydaje się słuszne odniesienie wyniku do

sytuacji koniecznego odizolowania pacjentek w procesie leczenia, braku możliwości przebywania w warunkach domowych, bezpiecznych i w otoczeniu bliskich [18].

Z uwagi na wiek i wykształcenie badanych kobiet, obie grupy znalazły się w zbliżonej sytuacji rozwoju zawodowego. Większość kobiet posiadała wyższe wykształcenie i pracowała umysłowo. Potwierdza to wynik uzyskany w skali Sumienność (S), nie różniący statystycznie grup. Obie badane grupy uzyskały wysoki wynik w podskali (S) samodyscyplina, średni (górną granicę średniej) natomiast w skalach (S1) kompetencja, (S2) skłonność do porządku, (S3) obowiązkowość, (S6) rozważa oraz niższy wynik średni w podskali (S4) dążenie do osiągnięć. Wydaje się zatem, że obie badane grupy cechuje silne zdeteterminowanie w dążeniu do wyznaczonych sobie celów, pomimo napotykanych trudności (S5). Cechuje je motywacja i zadaniowość, a także sumienność i obowiązkowość (S3). Ponadto obie grupy kobiet charakteryzują się pilnością, starannością wykonywanych zadań, jak też tendencją do podejmowania na ogół przemyślanych decyzji (S4, S6). Wydaje się, że powyższe cechy mogą być bardzo pomocne w dostosowaniu do sytuacji kryzysowej [3]. W warunkach ciąży wysokiego ryzyka, jak też leczenia szpitalnego bardzo istotna jest samodyscyplina, zadaniowość, czy zdeteterminowanie w dążeniu do celu. Posiadanie tych cech niewątpliwie ułatwia współpracę z lekarzem, wypełnianie zaleceń położnej, na przykład zakazu wstawania z łóżka, co bywa trudne do zniesienia.

Stabilność struktury osobowości, jest prawdopodobnie silnym zasobem psychologicznym badanych kobiet. Można to stwierdzić biorąc pod uwagę liczne podejścia naukowe określające zasoby psychologiczne, jako potencjał tkwiący zarówno w człowieku, jak i otoczeniu [19].

Fakt ciąży zagrożonej, poza różnicą w odczuwaniu na płaszczyźnie emocji (E6 i O3) nie wpływa znacząco destrukcyjnie na strukturę osobowości hospitalizowanych kobiet [20]. Mimo iż omawianych wyników nie potwierdzają wszyscy badacze problemu [21] to jednak autorzy koncepcji osobowości, jako zespołu cech, również skłaniają się ku tezie, iż struktura osobowości na poziomie podstawowych tendencji (czyli cech), nie ulega istotnej zmianie na przestrzeni życia, gdy już zostanie ona ustabilizowana, co następuje w wieku ok. 30 lat [3,4].

Wnioski

1. Stan zagrożenia ciąży u kobiet może zmniejszać tendencję do przeżywania emocji pozytywnych oraz generować emocje negatywne.
2. Kobiety w ciąży wysokiego ryzyka są mniej skłonne do podejmowania nowych, działań i poszukiwania wrażeń, niż kobiety w ciąży prawidłowej.

3. Ciąża wysokiego ryzyka, jeśli jest pierwsza, nie powoduje destrukcyjnych, istotnych statystycznie zmian w strukturze osobowości kobiety.

Podziękowania

Autorzy kierują wyrazy szczególnej wdzięczności na ręce Zespołu Katedry i Kliniki Położnictwa i Patologii Ciąży Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, za otwartość i serdeczną pomoc w przeprowadzeniu badań.

References

1. Millon T., Davis R. Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie. Warszawa; Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne: 2005.
2. Hall C S, Lindzey G. Teorie osobowości. Warszawa; Wydawnictwo Naukowe PWN: 2001.
3. Siuta J. Inwentarz osobowości Neo -Pi- R, Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae. Warszawa; Pracownia Testów Psychologicznych; 2006.
4. McCrae R, Costa P. Osobowość dorosłego człowieka. Perspektywa teorii pięcioczynnikowej. Kraków; Wydawnictwo WAM: 2005.
5. Bielawska - Batorowicz E. Ciąża i poród w świetle badań psychologicznych. Przegląd Psychologiczny, 1987; 30 (3): 680-693.
6. Lichtenberg-Kokoszka E. Ciąża zagadnieniem biomedycznym i psychopedagogicznym. Kraków; Oficyna wydawnicza „Impuls”: 2008.
7. Bogucka G., Pietrzak B., Marianowski L. Sposoby radzenia sobie z sytuacją trudną u pacjentek oddziału patologii ciąży. Kliniczna perinatologia i ginekologia. Suplement XIII, Poród Naturalny, Słomko Z, Brębowicz G, Gadzinowski J [i wsp.], Tychy 1996: 174-177.
8. Beisert M. Psychologiczne skutki zaburzeń w pełnieniu małżeńskiej funkcji prokreacyjnej. W: Kornas- Biela D. red., Z zagadnień psychologii prokreacyjnej. Lublin; RW KUL; 1982: 117-143.
9. Kędziora S. Stres i radzenie sobie ze stresem przez kobiety ciężarne z niepowodzeniami położniczymi. Kliniczna perinatologia i ginekologia. Suplement XIII, Poród Naturalny, Słomko Z, Brębowicz G, Gadzinowski J [i wsp.], Tychy 1996: 183-187.
10. Ciesielski M., Michałek M., Szlapo E., Ścisłowicz K. Typy osobowości a zaburzenia emocjonalne u kobiet z patologicznym przebiegiem ciąży, Wiad. Lek., 1994; 57 (1-2): 25- 30.
11. Kwaśniewska A., Kraczkowski J., Wartacz E., [i wsp.]. Ocena lęku oraz analiza struktury osobowości kobiet zagrożonych porodem przedwczesnym i porodem po terminie. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 1996; 5: 185-193.
12. Pawełczyk A., Cypriak K., Bielawska - Batorowicz E., Poziom lęku i więzi emocjonalna z dzieckiem w okresie ciąży u kobiet zdrowych i z cukrzycą ciążową. Diabetol. Pol. 1999; 6 (3): 189-192.
13. Michałek E. Ciesielski M., Dynamika objawów nerwicznych u pacjentek z patologicznym przebiegiem ciąży powikłanym nerwicą, jako efekt psychoterapii relaksacyjno - regulatywnej. Przegląd Psychologiczny, 1986; 30 (4): 1081-1086.
14. Sędek G. Jak ludzie radzą sobie z sytuacjami na które nie ma rady? W: Kofta M., T. Szustrowa red., Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice z psychologii osobowości. Warszawa; PWN: 2001, s. 226- 247.
15. Rymaszewska J. Dolna M. Grzyboś M. Kiejna A. Zaburzenia psychiczne okołoporodowe - epidemiologia, etiologia, klasyfikacja, leczenie. Ginekol. Pol., 2005; 76(4): 323-328.
16. Semczuk M., Steuden S., Szymona K. Ocena nasilenia i struktury stresu u rodziców w przypadkach ciąży wysokiego ryzyka. Ginekol. Pol., 2004; 75(6): 418- 424.
17. Tataj - Puzyna Urszula. Jak położna może wpłynąć na zmniejszenie lęku przed porodem? Położ. Nauka Prakt. 2011; (2): 58-62.
18. Libera A., Oleszczuk J. Psychological aspects of high risk pregnancy vs. Psychical support. Ann Univ Mariae Curie-Skłodowska [med]; 2006 (61) (1): 576-580.
19. Ratajczak Z. Stres - radzenie sobie - koszty psychologiczne. W: Heszen - Niejodek I, Ratajczak Z., red. Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. Katowice; 2000 s. 65-87.
20. Wiklund I., Edman G., Larsson C., Andolf E. First - time mothers and changes in personality in relation to mode of delivery. J Adv Nurs. 2009 Aug; 65(8): 1636-1644
21. Kraczkowski J., Szymona K., Smoleń A. i wsp. Osobowość kobiet z ciążą fizjologiczną i zagrożoną w koncepcji Wielkiej Piątki. Ginekol. Pol., 2003; 74 supl. 2: 109-138.

Correspondence address

Aleksandra Rutkowska
Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego UM w Lublinie
ul. Chodźki 15, 20-093 Lublin,
tel. 692 508112,
fax: 81/ 7186592
e-mail adresse: alexa_r@wp.pl