

ALEKSANDRA JASIELSKA, MAŁGORZATA WOJCIECHOWSKA,
RENATA ANNA MAKSYMIOUK



POMIAR LĘKU PO PORODZIE. POLSKA WERSJA POSTPARTUM SPECIFIC ANXIETY SCALE – RESEARCH SHORT FORM

ABSTRACT. Aleksandra Jasielska, Małgorzata Wojciechowska, Renata Anna Maksymiuk, *Pomiar lęku po porodzie. Polska wersja Postpartum Specific Anxiety Scale – Research Short Form* [Measurement of anxiety after childbirth. Polish version of Postpartum Specific Anxiety Scale – Research Short Form] edited by Lucyna Bakiera, „Człowiek i Społeczeństwo” vol. LVII: *Współczesne rodzicielstwo – dylematy i wyzwania* [Contemporary parenting – dilemmas and challenges], Poznań 2024, pp. 21–41, Adam Mickiewicz University. ISSN 0239-3271, <https://doi.org/10.14746/cis.2024.57.2>.

This paper presents a study on the Polish version of the English-language scale for measuring postpartum anxiety experienced by women. It is called the *Postpartum Specific Anxiety Scale – Research Short Form* (PSAS-RSF). The work included translating the questionnaire into Polish and assessing its psychometric properties, such as reliability and accuracy, and factor analysis. The study was carried out with 92 midwives residing in the postnatal ward. The women assessed how often they experienced anxiety related to childcare and motherhood during the first year of the infant's life. The study used the 16-item PSAS-RSF questionnaire, which has four subscales. To verify the external validity of the tool, the relationship of postnatal anxiety with transdiagnostic psychological constructs such as ruminations and early childhood maladaptive schemas was examined. The results suggest significant associations between postpartum anxiety and ruminations and early childhood maladaptive schemas. It was noted that women who gave birth for the second time reported lower levels of postpartum anxiety than those who gave birth for the first time. It was observed that women who gave birth for the second time declared lower levels of postpartum anxiety than those who gave birth for the first time. The conclusion is that the Polish abbreviated Postnatal Anxiety Scale (SLP-16) version has satisfactory psychometric properties. It consists of two subscales, caregiving anxiety and maternal maladaptation, and can be successfully used to measure postpartum anxiety in research and screening studies.

Keywords: postpartum anxiety, ruminations, early maladaptive schemas, midwifery, questionnaire measurement

Aleksandra Jasielska, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Psychologii i Kognitywistyki, ul. Szamarzewskiego 89AB, 60-568 Poznań, e-mail: aleksandra.jasielska@amu.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0003-4559-0430>.

Małgorzata Wojciechowska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, ul. Polna 33, 60-535 Poznań, e-mail: malgorzata59@onet.eu, <https://orcid.org/0000-0002-6884-5865>.

Renata Anna Maksymiuk, „Psychoterapia, edukacja, badania”, prywatny gabinet psychologiczny w Lublinie, e-mail: renatamaksymiuk@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-6884-5865>.

Wprowadzenie

Ciąża, poród i połóg są wysoce specyficznym i niezwykle wymagającym okresem w życiu kobiety (Rubin, 1984). Temu znaczącemu czasowi towarzyszą złożone przeżycia emocjonalne, które charakteryzują się obecnością emocji o walencji zarówno pozytywnej, jak i negatywnej (Berrios, 2019). I być może m.in. z tego powodu ów czas określa się jako szczególnie psychicznie eksploatujący (Vesga-López i in., 2008). W krytycznym w aspekcie tematu niniejszego opracowania etapie macierzyństwa, jakim jest faza poporodowa, mogą się pojawiać doznania ambiwalentne, konfliktowe i niekiedy skrajne (Finlayson i in., 2020). Z jednej strony mama odczuwa silną radość, szczęście i miłość do swojego dziecka (Javadifar i in., 2016), z drugiej czuje się bardzo osamotniona i towarzyszyć jej może obniżony nastrój, depresja (Słomian i in., 2017) czy niepokój i obezwładniający lęk, wynikający np. z niemożności sprostania społecznym standardom kompetentnej matki (Gaboury i in., 2017). Niekiedy też pojawia się zamartwianie, np. zapewnieniem bezpieczeństwa i właściwych warunków rozwoju swojego dziecka (Kurth i in., 2014).

Wiele emocjonalnych przeżyć towarzyszących ciężarnej w końcowym okresie ciąży oraz połogu jest normatywnych, niekiedy jednak mogą się pojawić doznania o charakterze klinicznym, powodujące u niej dyskomfort. Wśród powszechnie występujących zaburzeń psychicznych wymienia się: depresję poporodową, hipomanię poporodową oraz psychozę poporodową (Heron i in., 2004). Obecnie identyfikuje się także obecność zaburzeń lękowych, zespół stresu pourazowego, zaburzenia odżywiania czy zaburzenia osobowości (Howard i in., 2014). W ocenie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2016) 20% kobiet w krajach rozwiniętych mierzy się z zaburzeniami psychicznymi w okresie poporodowym (por. Fisher i in., 2011; por. *Postpartum Support International Perinatal Mood and Anxiety*

*Disorders FACT SHEET*¹; *Perinatal Mood and Anxiety Disorders (PMADs): A Fact Sheet*²). Szacunki dotyczące występowania, najistotniejszych dla tego opracowania, zaburzeń lękowych w zależności od badania wskazują dużą rozbieżność w zakresie zachorowalności – od 2–3% do 43–45% (Fallon i in., 2016; Goodman i in., 2016). Również dane dotyczące dynamiki zaburzenia są rozbieżne. W jednym z badań uchwycono spadek częstotliwości zapadania z 18% w pierwszych czterech tygodniach po porodzie do 15% w 5–12 tygodniu (Dennis, Brown i in., 2017; Dennis, Falah-Hassani i in., 2017), w innym zaś z 34,5% w okresie do 24. tygodnia do 30,8% po upływie 24. tygodnia (Cena i in., 2021). Zaobserwowana rozbieżność może wynikać m.in. z zastosowanych narzędzi pomiarowych (np. narzędzia dedykowane vs. narzędzia do pomiaru lęku, jak STAI³) albo momentu dokonywania pomiaru (np. badania retrospektywne a badania *in statu nascendi*). Pomimo tych rozbieżności można jednak przypuszczać, że zaburzenia lękowe są równie powszechne w okresie poporodowym jak gruntownie przebadana już depresja poporodowa, szczególnie jeśli uwzględnimy fakt całego spektrum zaburzeń lękowych, jak zespół lęku uogólnionego (Buist i in., 2011), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (Russell i in., 2013) czy zespół stresu pourazowego (Beck i in., 2011).

Zaburzenia psychiczne towarzyszące ciąży i okresowi poporodowemu są identyfikowane na dwa sposoby. Z jednej strony określane są w sposób ujednolicony jako okołoporodowe zaburzenia nastroju i zaburzenia lękowe (ang. *perinatal mood and anxiety disorders* – PMADs, Byrnes, 2018) i włącza się w nie: depresję, stany lękowe OCD, PTSD i psychozy poporodowe, lub jako poporodowe zaburzenia nastroju (ang. *postnatal mood disorder* – PMDs, Matthey i in., 2003) obejmujące lęk i depresje występujące po porodzie. Z drugiej zaś strony postuluje się dokonywanie diagnostyki różnicowej między depresją poporodową a lękiem poporodowym, mimo że – jak wiadomo – zaburzenia te często współwystępują. Jednakże w kontekście okołoporodowym zaburzeniem proporcjonalnie rzadziej badanym jest właśnie lęk (Austin, 2004; Heron i in., 2004; Matthey

¹ <https://www.postpartum.net/wp-content/uploads/2014/11/PSI-PMD-FACT-SHEET.pdf> (dostęp: 5.01.2024).

² <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ah-UKewiVjdK6jvaBAxWfKRAIHQZRCfsQFnoECBoQAQ&url=https%3A%2F%2Fdbhd.georgia.gov%2Fdocument%2Fpublication%2Fperinatal-mood-and-anxiety-disorders-pmads-fact-sheet%2Fdownload&usg=AOvVaw01hjF56vzItrBGguPi-71F&opi=89978449> (dostęp: 5.01.2024).

³ <https://www.practest.com.pl/sklep/test/STAI>

i in., 2003), choć możliwe, że poporodowa depresja jest wtórna wobec lęku (Heron i in., 2004). Ponadto zarówno diagnoza (Byrnes, 2018), jak i leczenie tych zaburzeń wymagają innego postępowania (Bledsoe i Grote, 2006; Martin i Negri, 1999; Rowe i in., 2014).

Za lęk poporodowy uznaje się zespół objawów, takich jak nadmierny i uporczywy niepokój, napięcie oraz trudności z koncentracją. Niekiedy mogą pojawiać się natrętne myśli i obrazy (często zawierające treści dotyczące krzywdzenia własnego dziecka) lub napady paniki (Dennis, Brown i in., 2017; Dennis, Falah-Hassani i in., 2017). W innym badaniu (Wardrop i Popadiuk, 2013) uczestniczki opisywały następujące dolegliwości fizyczne: bóle głowy, napady paniki, trudności z oddychaniem, przyspieszone bicie serca, zmiany apetytu, zmęczenie i nadmierne pobudzenie (por. Taylor i Johnson, 2013). Wskazywały również na objawy emocjonalne: gniew, frustrację, zdenerwowanie, nadmierne reagowanie, przytłoczenie, płacz i bycie „zestresowanym”. Dodatkowo wystąpiły u nich poznawcze aspekty lęku, takie jak: sztywność, dysocjacja, zamartwianie się i nadmierna troska o dzieci. Udowodniono ponadto, że kobiety borykające się z lękiem poporodowym są mniej pewne siebie (Reck i in., 2013; Wenzel i in., 2005). Wiele badań wskazuje na negatywne skutki lęku poporodowego, które dotyczą nie tylko matki, ale także jej dziecka. Lęk poporodowy wywiera negatywny wpływ na rozwój umysłowy dziecka, jego temperament, jakość i ilość snu (Field, 1995). Ponadto może wpływać na niskie zaangażowanie społeczne noworodka (Feldman i in., 2009), jego niepokój wobec nowości (Reck i in., 2013) oraz trudności z internalizacją (Barker i in., 2011).

Podsumowując, wyniki przytoczonych badań wyraźnie sugerują, że lęk poporodowy jest zjawiskiem obecnym w doświadczeniu matek i może go przeżywać blisko co czwarta z nich oraz że wczesny okres poporodowy to czas ryzyka rozwoju zaburzeń lękowych.

Narzędzia służące do pomiaru lęku poporodowego

W związku z wagą problemu podejmowano badania, w których mierzono i/lub diagnozowano nasilenie lęku poporodowego. Przez długi czas brakowało jednak narzędzia przeznaczonego do pomiaru konkretnie tego, specyficznego rodzaju lęku. Przegląd literatury wskazuje, że badacze wykorzystywali inne, ogólne skale. Jednym z najczęściej wykorzystywanych w tym celu był Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (*State-Trait Anxiety Inventory* – STAI, Spielberger i in., 1970) (por. Dennis i in., 2013). W innych badaniach

poświęconych współwystępowaniu lęku i depresji po porodzie (Stuart i in., 1998) autorzy użyli zestawu kwestionariuszy. Do mierzenia lęku wykorzystano Inwentarz Lęku Becka (*Beck Anxiety Inventory* – BAI, Beck i in., 1988) oraz STAI. Z kolei depresję mierzono Inwentarzem Depresji Becka (*Beck Depression Inventory* – BDI, Beck i in., 1987)⁴ oraz Edynburską Skalą Depresji Poporodowej (*Edinburgh Postnatal Depression Scale* – EPDS, Cox i in., 1987). We wnioskach autorzy stwierdzili, że silna korelacja pomiędzy wynikami EPDS a wynikami STAI sugeruje, iż pierwsza z nich może być dobrym narzędziem do badań przesiewowych zarówno w kierunku lęku, jak i depresji poporodowej. Wyniki te potwierdzono w innych badaniach (por. np. Ross i in., 2003; Tuohy i McVey, 2008). Z kolei Stephen Matthey (2008) potwierdził, że EPDS zawiera w sobie podskalę składającą się z trzech pozycji (EPDS-3A), która może służyć do oceny natężenia lęku, a w kolejnych badaniach zasugerował, że EPDS i EPDS-3A pozwalają odróżnić lęk od depresji (Matthey i in., 2013). Jest to o tyle istotne, że badania nad lękiem poporodowym dostarczają dowodów, iż może on występować nie tylko niezależnie, ale i częściej niż depresja poporodowa (Wenzel i in., 2005; Paul i in., 2013). Inne badania wskazują jednak, że EPDS nie rozróżnia, czy wyniki lęku (mierzone podskalą EPDS-3A) są cechą depresji czy odrębną jednostką (Matthey i in., 2003; Ross i in., 2003).

Biorąc pod uwagę specyficzną sytuację młodych matek, które doświadczają różnego rodzaju zmian poporodowych, Victoria Fallon ze współpracownikami (2016) zauważyła, że lęk poporodowy może się cechować nieco innymi objawami, które nie są ujęte w skalach ogólnych lęku (jak STAI) i/lub skalach przeznaczonych głównie do badania depresji poporodowej (jak EPDS). Przywołuje także przykłady innych kwestionariuszy do oceny specyficznych lęków związanych z okresem ciąży, wskazując, że różnią się one od ogólnych miar lęku i depresji zarówno jakościowo, jak i ilościowo. W efekcie badań z wykorzystaniem tych kwestionariuszy uznano, że lęk specyficzny dla ciąży należy uznać za odrębny zespół, różniący się od lęku doświadczanego w innych sytuacjach życiowych (Huizink i in., 2004). W związku z tym uznano, że zasadne jest stworzenie skali mierzącej lęk w okresie poporodowym. W ostatniej dekadzie zaproponowano kilka narzędzi.

Pierwsze z nich, *Perinatal Anxiety Screening Scale* (PASS, Somerville i in., 2014), dotyczy lęków związanych z okresem okołoporodowym, a zatem ujęto w nim także np. lęki związane z porodem, które były już nieaktualne

⁴ <https://www.practest.com.pl/sklep/test/BDI-II>

w okresie po porodzie. Drugie, *Postpartum Worry Scale-Revised* (PWS-R, Moran i in., 2014), dotyczyło zamartwiania się po urodzeniu dziecka. Obie skale miały na celu wychwycenie osób z zaburzeniami lękowymi rozumianymi zgodnie z istniejącymi kryteriami diagnostycznymi. Wydaje się jednak, że ze względu na specyfikę lęku poporodowego wiele kobiet nie spełnia kryteriów diagnostycznych dla istniejącego zaburzenia lękowego, mimo że doświadczają klinicznie istotnego stopnia „zmartwienia skoncentrowanego na macierzyństwie” (Wenzel i in., 2005; Phillips i in., 2009).

Biorąc pod uwagę ograniczenia wymienionych kwestionariuszy, Fallon i współpracownicy (2016) zaproponowali nowe narzędzie – skalę mierzącą lęk specyficzny dla okresu poporodowego (*Postpartum Specific Anxiety Scale* – PSAS). Pierwsza wersja angielskojęzyczna składała się z 51 pozycji i miała czteroczynnikową strukturę. Wyniki badań potwierdziły, że narzędzie jest trafne i rzetelne, lecz ze względu na obszerność jego stosowanie było ograniczone. W kolejnym badaniu zmniejszono liczbę pozycji w PSAS, aż do uzyskania wersji składającej się z 16 pozycji – *Postpartum Specific Anxiety Scale Research Short Form* (PSAS-RSF) (Davies i in., 2021). Okazała się solidna statystycznie i rzetelna, a dodatkowo przedłużyła zastosowanie kwestionariusza do 12 miesięcy po porodzie. W obecnej chwili PSAS i PSAS-RSF wydają się najbardziej właściwymi narzędziami do badania lęku poporodowego. Potwierdzono to m.in. w opracowaniu (O’Carroll i in., 2023) przedstawiającym systematyczny przegląd 13 narzędzi używanych do oceny lęku poporodowego i ocenę ich psychometrycznych właściwości (na podstawie wyników obejmujących ponad 10 tys. osób badanych). Wśród pięciu uznanych za najlepsze, które (z różnymi ograniczeniami) uzyskały rekomendację, były cztery wersje kwestionariusza PSAS (*Postpartum Specific Anxiety Scale*, *Postpartum Specific Anxiety Scale Research Short Form*, *Postpartum Specific Anxiety Scale Research Short Form Covid*, *Postpartum Specific Anxiety Scale-Persian*) oraz Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI).

Metoda

Dla zweryfikowania właściwości psychometrycznych narzędzia w zakresie rzetelności i trafności zaplanowano:

1. obliczenie mocy dyskryminacyjnej pozycji w stosunku do wyniku ogólnego;

2. ocenę rzetelności testu – współczynniki ω McDonalda dla każdej z podskal oraz całości narzędzia;

3. sprawdzenie trafności wewnętrznej – dwie odmiany analizy czynnikowej: confirmacyjną (χ^2 , RMSEA) i eksploracyjną;

4. oszacowanie trafności zewnętrznej – podskala ruminacji z Kwestionariusza Ruminacji-Refleksyjności (KRR) (Trapnell i Campbell, 1999; polska wersja Radoń, 2014), Kwestionariusz Schematów Younga (YSQ-S3-PL) (Young, 2005; polska wersja Oettingen i in., 2018) oraz porównanie kobiet rodzących pierwszy raz z kobietami rodzącymi kolejny raz.

Wszystkie obliczenia statystyczne zostały wykonane w pakiecie JAMOWI wersja 2.3.21 do statystycznej analizy wyników badań.

Skala lęku poporodowego – wersja skrócona

Skala Lęku Poporodowego (SLP-16) w wersji skróconej (*Postpartum Specific Anxiety Scale-Research Short Form* – PSAS-RSF) służy do pomiaru matczyne go lęku o siebie i dziecko towarzyszącego mamie od dnia narodzin noworodka do ukończenia przez niemowlę pierwszego roku życia (Davies i in., 2021). Poddana spolszczeniu wersja jest skróconą wersją oryginalnego, 51-pozycyjnego kwestionariusza *Postpartum Specific Anxiety Scale* (PSAS, Fallon i in., 2016). Autorzy rekomendują wersję skróconą w szczególności do badań naukowych i przesiewowych (Davies i in., 2021). Skala składa się z 16 stwierdzeń tworzących 4 podskale, z odpowiednio 4 pozycjami każda. Przykładowe pozycje dla poszczególnych podskal prezentuje tabela 1.

Przygotowując polską wersję językową, w pierwszej kolejności dokonano tłumaczenia poszczególnych pozycji kwestionariusza (Sołtysiak, 2023). Następnie lektor języka angielskiego sprawdził tłumaczenie pod względem językowym, a w dalszej kolejności oceny tłumaczenia poszczególnych pozycji dokonał psycholog-psychoterapeuta.

Przed przystąpieniem do wypełniania skali respondentka otrzymuje polecenie wpisania wieku dziecka, którym się opiekuje. Skala dotyczy aktualnie sprawowanej opieki (nie jest to skala retrospektywna). Następnie zadaniem respondentki jest ustosunkowanie się do poszczególnych stwierdzeń. Uczestniczka badania szacuje, w jakim stopniu stwierdzenia opisują jej doświadczenia w ciągu ostatniego miesiąca. W tym celu posługuje się czterostopniową skalą Likerta, od 1 – „prawie nigdy” do 4 – „prawie zawsze”. Wyższe wyniki uzyskane w skali wskazują na silniejszy deklarowany lęk.

Tabela 1. Przykładowe pozycje PSAS-RSF

Podskale	Pozycje
1. psychospołeczne dostosowanie do macierzyństwa	<i>I have felt unable to juggle motherhood with other responsibilities.</i>
	Czuję, że nie potrafię pogodzić macierzyństwa z innymi obowiązkami.
2. niepokoje dotyczące praktycznej opieki nad dzieckiem	<i>I have worried about the length of time by baby sleeps.</i>
	Martwię się o długość snu mojego dziecka.
3. niepokoje dotyczące kompetencji macierzyńskich i kwestii przywiązania	<i>I have worried I will not know what to do when my baby cries.</i>
	Martwię się, że nie będę wiedzieć, co zrobić, kiedy moje dziecko zacznie płakać.
4. niepokoje dotyczące bezpieczeństwa i dobrobytu dziecka	<i>I have repeatedly checked on my sleeping baby.</i>
	Wielokrotnie zaglądam do śpiącego dziecka.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Davies i in., 2021; Sołtysiak, 2023.

Organizacja badania

Badanie zostało przeprowadzone w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu za zgodą dyrektora placówki. W badaniu wzięły udział położnice po porodzie fizjologicznym lub zabiegu cięcia cesarskiego, które z sali porodowej trafiły na dwie do sześciu godzin na salę poporodową, a następnie na dwie do czterech dób na oddział położniczy. Pacjentki biorące udział w badaniu otrzymały ankiety w pierwszej lub drugiej dobie po porodzie. Badanie było koordynowane przez położne.

Uczestniczki badania

Do badania przystąpiły 122 położnice, natomiast z analiz statystycznych, ze względu na braki w danych, wykluczono 30 ankiet ($N = 92$). Położnice były w wieku od 23 do 46 lat ($M = 31,2$; $SD = 5,15$). W grupie badanej znalazły się kobiety, które rodziły pierwszy raz, a także takie, dla których był to kolejny poród (od drugiego do piątego z kolei) ($M = 1,54$; $SD = 0,77$). 56% uczestniczek badania miało wykształcenie wyższe, 40% średnie, 11% zawodowe i 1% podstawowe [$\chi^2(3, N = 92) = 65$; $p < 0,001$]. 64% kobiet zadeklarowało,

że są mężatkami, 17% pannami, 5% rozwódkami, a 13%, że są w związku [$\chi^2(3, N = 92) = 75,5; p < 0,00$]. Istotna statystycznie większość kobiet, 85%, zadeklarowała, że są aktywne zawodowo, 5%, że są bezrobotne, 8%, że się uczą, a 2%, że obecnie przebywają na urlopie wychowawczym [$\chi^2(3, N = 92) = 182; p < 0,001$]. Najliczniejszy odsetek położnic zamieszkiwał wieś – 29%, a następnie miasto powyżej 100 tys. mieszkańców – 26%. W miastach do 10 tys. mieszkańców oraz 10–50 tys. mieszkańców mieszkało po 14% badanych kobiet, a 16% w miastach od 50 do 100 tys. mieszkańców [$\chi^2(4, N = 92) = 9,52; p < 0,05$].

Moc dyskryminacyjna

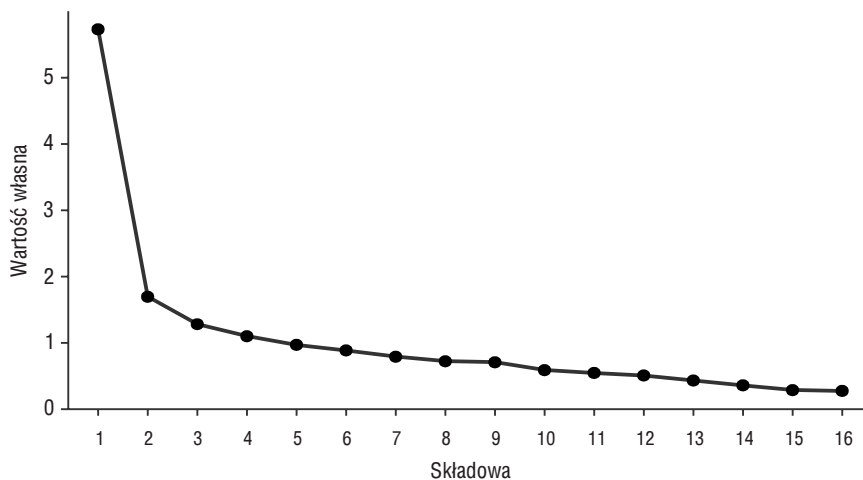
Wynik analizy mocy dyskryminacyjnej testu został obliczony z wykorzystaniem regresji logistycznej na podstawie danych zebranych w badaniu. Wartość mocy dyskryminacyjnej testu wynosi od 0,71 do 0,8 i jest zadowalająca ($p < 0,001$). Na podstawie tej analizy można wnioskować, że test ma zdolność do rozróżniania między grupami w badaniu.

Rzetelność

Rzetelność SLP-16 oszacowano na podstawie wyników uzyskanych w badanej grupie metodą wewnętrznej zgodności. Zgodność wewnętrzną oceniono z zastosowaniem współczynnika ω McDonalda. Dla całości skali ω McDonalda = 0,87. Dla poszczególnych podskal: psychospołeczne dostosowanie do macierzyństwa $\omega = 0,76$; niepokoje dotyczące praktycznej opieki nad dzieckiem $\omega = 0,6$; niepokoje dotyczące kompetencji macierzyńskich i kwestii przywiązania $\omega = 0,72$; niepokoje dotyczące bezpieczeństwa i dobrostanu dziecka $\omega = 0,72$. Wewnętrzna zgodność polskiej wersji nie odbiega od wersji oryginalnej narzędzia (podskale: $0,65 < \omega < 0,80$; całość $\omega = 0,88$; Davies i in., 2021).

Konfirmacyjna analiza czynnikowa

W wyniku przeprowadzonej konfirmacyjnej analizy czynników nie udało się potwierdzić struktury czynnikowej narzędzia oryginalnego. Kryteria dobroci dopasowania wskazały na jego brak [$\chi^2 = 146; p < 0,001$; RMSEA = 0,0732] (Sagan, 2003). Oznacza to, że zakładana czteroczynnikowa struktura opisana w literaturze przedmiotu nie jest zgodna z danymi zebranymi w badaniu. W związku z tym, że struktura czynnikowa wymagała ponownej oceny,



Rysunek 1. Wykres osypiska

Źródło: opracowanie własne.

przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową metodą głównych składowych. Do określenia liczby czynników użyto kryterium wykresu osypiska. Na tej podstawie ustalono, że należy wyodrębnić dwa czynniki, co przedstawia rysunek 1.

Oba czynniki łącznie wyjaśniają 46% wariacji wyników, przy czym pierwszy 24%, a drugi 22%. Po wykonaniu analizy z rotacją Oblimin stwierdzono, że pierwszy czynnik w przewadze ukonstytuowały podskale: niepokoje dotyczące praktycznej opieki nad dzieckiem oraz niepokoje dotyczące bezpieczeństwa i dobrobytu dziecka (w liczbie 8 pozycji) pochodzące z oryginalnego narzędzia, natomiast drugi czynnik dwie pozostałe: psychospołeczne dostosowanie do macierzyństwa oraz niepokoje dotyczące kompetencji macierzyńskich i kwestii przywiązania (7 pozycji). Ładunki czynnikowe powyżej wartości 0,3 poszczególnych pozycji oraz rzetelność wyłonionych podskal przedstawia tabela 2. Pozycja „Martwię się o długość snu mojego dziecka” nie uzyskała zadowalającego ładunku czynnikowego w żadnym czynniku, dlatego została wykluczona z dalszych analiz.

Pierwszy z wyłonionych czynników można określić jako *niepokoje opiekuńcze*. Jest to czynnik obejmujący obawy i troski, które pojawiają się u mamy, a które związane są z opieką nad dzieckiem zarówno w kontekście praktycznej opieki, jak i zagadnień związanych z bezpieczeństwem i dobrostanem dziecka. Drugi z wyłonionych czynników można nazwać

Tabela 2. Ładunki czynnikowe SLP-16

Pozycja kwestionariusza (oznaczenie oryginalnej podskali)	1	2
Czynnik 1: Niepokój opiekuńczy		
Martwię się o kwestie związane ze spożyciem mleka przez moje dziecko. (2)	0,78	
Martwię się, że moje dziecko przestanie oddychać podczas snu. (4)	0,72	
Czuję się przerażona, kiedy mojego dziecka nie ma ze mną. (4)	0,71	
Martwię się, że moje dziecko zostanie przypadkowo zranione przez coś lub kogoś innego. (4)	0,67	
Wielokrotnie zaglądam do śpiącego dziecka. (4)	0,63	
Martwię się o wdrażanie rozkładu dnia u mojego dziecka. (2)	0,57	0,35
Martwię się o wagę mojego dziecka. (2)	0,55	
Martwię się, że nie będę wiedzieć, co zrobić, kiedy moje dziecko zacznie płakać. (3)	0,46	0,39
Martwię się o długość snu mojego dziecka. (2)		<0,03
Czynnik 2: Maladaptacja macierzyńska		
Czuję, że inne osoby lepiej opiekowałyby się moim dzieckiem niż ja sama. (3)		0,77
Czuję, że nie potrafię pogodzić macierzyństwa z innymi obowiązkami. (1)		0,76
Czuję, że mam mniej kontroli nad swoim dniem niż przed narodzinami mojego dziecka. (1)		0,7
Mam negatywne myśli na temat relacji z moim dzieckiem. (3)		0,62
Martwię się o swoje finanse bardziej niż przed narodzinami mojego dziecka. (1)		0,56
Martwię się, że nie będę się wysypiać. (1)	0,29	0,48
Martwię się, że moje dziecko przejmie moje własne obawy. (3)	0,36	0,44
ω McDonalda	0,84	0,8

Źródło: opracowanie własne.

maladaptacją macierzyńską. Dotyczy on niepokoju i zamartwiania się psychospołecznym dostosowaniem do roli mamy, osobistymi kompetencjami macierzyńskimi i przywiązaniem do dziecka.

Trafność zewnętrzna. Aby zweryfikować trafność zewnętrzną, sprawdzono związek lęku poporodowego z konstruktami transdiagnostycznymi, takimi jak wczesne dezadaptacyjne schematy (WDS) oraz ruminacje, a także dokonano porównania nasilenia lęku między kobietami, które rodziły pierwszy raz, a tymi, które rodziły po raz kolejny.

Przesłanką do oczekiwania koincydencji między lękiem poporodowym a wczesnodziecięcymi dezadaptacyjnymi schematami była przesłanka mówiąca o tym, że WDS aktywują się w doświadczaniu jedynki w sytuacjach dla

niej krytycznych, silnie wzbudzających emocjonalnie, które głęboko drenują zasoby osobiste (Roediger i in., 2021). Bez wątpienia za wydarzenie o takiej charakterystyce można uznać ciążę i poród. Aktywację określonego schematu można określić jako intrapsychiczną podatność na wystąpienie lęku poporodowego. W badaniach Judit Molnár i współpracowników (2018) wykazano, że wczesne nieadaptacyjne schematy odgrywają znaczącą rolę w etiologii lęku poporodowego. Matki, które miały bardziej nasilone schematy, były znacząco bardziej podatne na doświadczanie lęku poporodowego niż kobiety, które nie miały nieadaptacyjnych schematów. Ponadto wiadomo, że podczas złożonego, psychologicznego procesu stawania się matką zachodzi reorganizacja struktury „Ja”, na którą mogą wpływać wczesne relacyjne doświadczenia kobiety, jej reprezentacje i przeżyte wspomnienia (Merle-Fishman, 2010).

Kolejną oczekiwaną zależnością sprawdzającą trafność teoretyczną narzędzia był związek lęku poporodowego z ruminacjami, rozumianymi jako nieadaptacyjny rodzaj aktywności umysłowej (przypominający myśli natrętne), polegający na analizie (tzw. przeżuwanie) zdarzeń i uczuć o negatywnych konsekwencjach (Radoń, 2014). Obecnie ruminacje uznaje się za ważny objaw transdiagnostyczny towarzyszący różnym zaburzeniom psychicznym, w szczególności depresyjnym i lękowym (McLaughlin i Nolen-Hoeksema, 2011). Ten pasywny typ myślenia utrzymujący koncentrację uwagi na doświadczeniach negatywnych zidentyfikowano m.in. w zaburzeniach lęku uogólnionego (Fresco i in., 2002; Harrington i Blankenship, 2002), w lęku społecznym (Mellings i Alden, 2000) czy PTSD (Nolen-Hoeksema i Morrow, 1991). Co istotne, ruminacje są bardziej nasilone u kobiet w wieku 20–25 lat (Radoń, 2014). Dodatkowo z badań Leonarda Carlucciego i współpracowników (2018) wiadomo, że domeny schematu związane z odrzuceniem i odłączeniem, nadmierną czujnością i zahamowaniem oraz upośledzoną autonomią mediują zależność między koruminacją a lękiem jako cechą i lękiem poznawczym. Z kolei w powiązaniu między koruminacjami a lękiem somatycznym pośredniczyły domeny związane z odrzuceniem i odłączeniem oraz osłabioną autonomią.

Uzyskane związki między dyskutowanymi konstruktami przedstawia tabela 3. Wszystkie korelacje są istotne statystycznie, dodatnie, w przeważającej mierze umiarkowane silne lub silne. To potwierdza zakładane występowanie współzależności między lękiem poporodowym a ruminacjami i wczesnodziecięcymi schematami dezadaptacyjnymi.

Zaobserwowane zależności sugerują, że nawykowe myślenie pod postacią ruminacji czy WDS mogą niejako predysponować kobietę czy wzmacniać u niej lęk poporodowy. To, co może świadczyć na korzyść wyłonionej

Tabela 3. Związek między lękiem poporodowym a ruminacjami i domenami wczesnych dezadaptacyjnych schematów u położnic oraz transformacja Fishera r-do-z

Zmienne		Lęk poporodowy	Niepokój opiekuńczy	Maladaptacja macierzyńska	Z
Ruminacje		0,51***	0,41***	0,55***	–
Domeny schematów	Rozłączenie i odrzucenie	0,47***	0,34***	0,57***	–1,76*
	Oslabiona autonomia i brak dokonań	0,53***	0,39***	0,62***	–2,09*
	Uszkodzone granice	0,45***	0,34***	0,54***	–1,67*
	Nakierowanie na innych	0,42***	0,29**	0,57***	–2,33**
	Nadmierna czujność i zahamowanie	0,49***	0,36***	0,6***	–2,11**

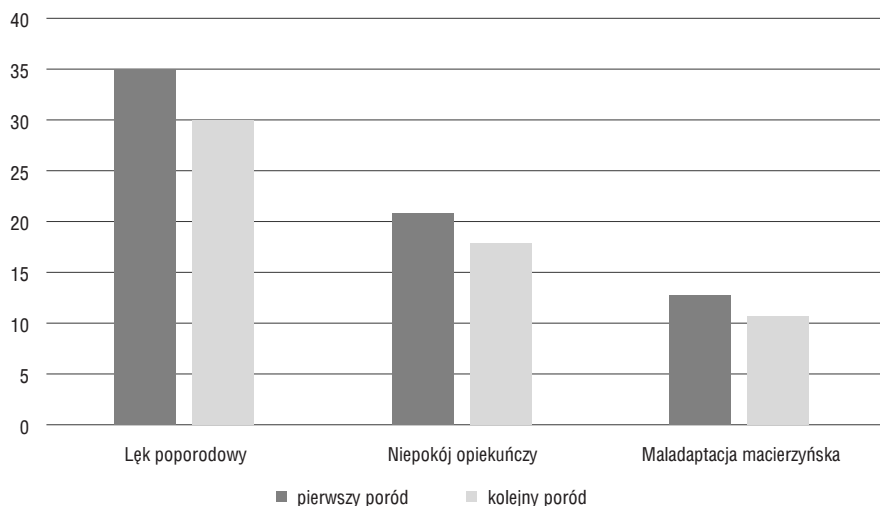
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Źródło: opracowanie własne.

dwuczynnikowej struktury tego konstrukt i narzędzia, to istotnie silniejsze związki domen WDS z maladaptacją macierzyńską niż z niepokojem opiekuńczym, co potwierdzają, zaprezentowane także w tabeli 3, transformacje Fishera r-do-z. Taki stan rzeczy można uznać za potwierdzenie faktu, że WDS dotyczą negatywnych wzorców myślenia i zachowania z okresu dzieciństwa rodzącej, przez co silniej korespondują z jej tożsamością i samostanowieniem jako mamy, a słabiej z opieką nad noworodkiem.

Założono, że lęk poporodowy u położnic, które rodziły kolejny raz ($n = 39$), będzie niższy niż u tych, które rodziły po raz pierwszy ($n = 49$)⁵. W celu sprawdzenia tej hipotezy przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji w planie dla grup niezależnych. Uzyskano statystycznie istotny efekt liczby porodów dla: (1) lęku poporodowego $F(1, 85,7) = 7,72$; $p < 0,001$; kobiety rodzące kolejny raz deklarowały niższe natężenie lęku poporodowego ($M = 29,8$; $SD = 7,91$) niż kobiety rodzące pierwszy raz ($M = 35$; $SD = 9,35$); (2) niepokoju opiekuńczego $F(1, 85,7) = 5,56$; $p < 0,05$; kobiety rodzące kolejny raz deklarowały niższe nasilenie niepokoju opiekuńczego ($M = 18,3$; $SD = 4,99$) niż pierworódki ($M = 21,3$; $SD = 7,23$); (3) maladaptacji macierzyńskiej $F(1, 85,7) = 6,23$; $p < 0,05$; deklarowane

⁵ Cztery respondentki nie odpowiedziały na tę pozycję kwestionariusza socjodemograficznego.



Rysunek 2. Nasilenie lęku poporodowego, niepokoju opiekuńczego oraz maladaptacji macierzyńskiej w grupie kobiet rodzących pierwszy raz i grupie kobiet rodzących kolejny raz

Źródło: opracowanie własne.

niższe nasilenie maladaptacji macierzyńskiej przez kobiety rodzące kolejny raz ($M = 11,7$; $SD = 3,85$) niż pierworódek ($M = 13,6$; $SD = 11,7$) (rys. 2).

Obliczona dodatkowo korelacja między zmiennymi pokazała słabe ujemne związki między liczbą porodów a (1) lękiem poporodowym ($\rho = -0,29$; $p < 0,01$), (2) niepokojem opiekuńczym ($\rho = -0,23$; $p < 0,05$) i (3) maladaptacją macierzyńską ($\rho = -0,29$; $p < 0,01$). Stwierdzone zależności wskazują, że doświadczenie w roli mamy obniża podatność na przeżycie silnego lęku po urodzeniu kolejnego dziecka. Wynika to prawdopodobnie z macierzyńskiego „eksperctwa” i być może większej pewności siebie w opiece nad dziećmi. Doświadczenie macierzyńskie może pozytywnie wpływać na psychikę kobiety, przyczyniając się do obniżenia lęku i niepokoju oraz lepszego przystosowania do kolejnych wymagań macierzyństwa.

Podsumowanie

Studia nad polskojęzyczną wersją skróconej Skali Lęku Poporodowego korespondują z ogłoszoną przez WHO i UNICEF „Globalną Strategią na Rzecz Zdrowia Kobiet, Dzieci i Młodzieży na lata 2016–2030”. Podkreśla

ona znaczenie opieki poporodowej nad matkami i dziećmi dla położenia kresu zgonom, którym można zapobiec, oraz zapewnienia zdrowia i dobrostanu⁶. Dzięki dotychczasowej pracy udało się przygotować zadowalający pod względem wskaźników psychometrycznych odpowiednik oryginalnego narzędzia dostosowany do kultury i języka polskiego (Sołtysiak, 2023; Jasielska i Wojciechowska, 2023). Wyniki przeprowadzonych analiz właściwości psychometrycznych skali, takich jak rzetelność, analiza czynnikowa i trafność, pokazują, że narzędzie jest miarodajne i nie utraciło swojej psychometrycznej wartości. Rozwiązanie dwuczynnikowe, które wyłoniło się na podstawie eksploracyjnej analizy czynnikowej, oddaje prawdopodobnie specyfikę lęku poporodowego odczuwanego przez polskie mamy bądź też – z tego powodu, że badano położnice – udało się uchwycić wysoce specyficzną postać lęku ujawniającą się tuż po narodzinach dziecka, który wraz z upływem czasu ulega zmianom.

Przeprowadzone badanie budzi jednak niedosyt. Specyfika badanego konstruktowi uniemożliwia ustalenie, istotnej z punktu widzenia adaptacji skali, stabilności bezwzględnej metodą test-retest, w odstępie np. dwóch tygodni. Jest to niemożliwe dlatego, że odczuwany niepokój ma, jak się wydaje, dużą dynamikę i zmienia się nawet w rytmie wewnątrzdobowym. Z kolei brak dopasowania modelu konfirmacyjnej analizy czynnikowej niekoniecznie oznacza, że narzędzie spolszczone jest niewłaściwie. Zaobserwowana rozbieżność może wynikać z niewystarczającej liczby uczestniczek badania (rekomendowana liczba w literaturze przedmiotu to $N = 200$; MacCallum i in., 1999: 84), z różnic między badaną populacją a populacją, na której bazował model oryginalny, a także innych czynników, które mają wpływ na strukturę czynnikową w badanych danych. Wydaje się, że najistotniejsza w kontekście zgłoszonych powyżej uwag jest homogeniczność badanej grupy. SLP-16 jest dedykowana mamom do pierwszego roku życia ich dziecka. Słabością procedury badawczej było zatem to, co paradoksalnie było też atutem, czyli zrekrutowanie wysoce unikatowej, specyficznego grupy badanej, tj. mam do 48 godzin po porodzie przebywających w szpitalu. Wydaje się, że wykluczenie wspomnianych zmiennych (zwiększenia liczebności czy heterogeniczności) może być cennym wkładem w dalsze badania psychometryczne narzędzia.

⁶ „Protect the promise: 2022 progress report on the Every Woman Every Child Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health (2016–2030)”. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF), 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240060104> (dostęp: 13.10.2023).

Z drugiej strony zadowalające wydają się zależności zaobserwowane podczas weryfikacji trafności teoretycznej narzędzia, które wskazują dalsze potencjalne obszary penetracji badawczych. Być może w przyszłości uda się np. udowodnić, że niezaspokojone podstawowe potrzeby odpowiadające za ukształtowanie się wczesnych nieadaptacyjnych schematów ponownie aktywują się w okresie okołoporodowym czy podczas budowania przywiązania mamy z noworodkiem i mają znaczący wpływ na etiologię lęku poporodowego (Molnár i in., 2018). Z kolei słabe związki lęku z liczbą porodów sugerują, że ten drugi czynnik może być tylko jednym z wielu chroniących przed doznawanym niepokojem.

Podsumowując, uzyskane wyniki są obiecujące i wskazują, że SLP-16 może być z powodzeniem stosowana w badaniach, np. jako krótkie narzędzie przesiewowe. W zastosowaniu klinicznym natomiast skala może być użyta jedynie do wstępnej diagnozy. I jak się wydaje, jest to ważny krok w rozwijaniu badań naukowych i praktyki społecznej w polskim środowisku psychologii parentologicznej. Możliwość szybkiego pomiaru lęku u matki może bowiem pomóc w lepszym zrozumieniu przebiegu, charakteru, czynników poprzedzających i skutków lęku w pierwszym roku po urodzeniu i w konsekwencji – podjęcia szybkich interwencji.

Liczymy na to, że przygotowane narzędzie jest wystarczające, by zintensyfikować badania mające na celu dokładniejsze określenie częstości występowania, zrozumienie przebiegu, identyfikację czynników ryzyka oraz określenie skutecznych metod leczenia lęku poporodowego. Wydaje się nam, że aby złagodzić negatywne konsekwencje poporodowych zaburzeń lękowych dla kobiet i ich rodzin, uzasadnione jest zwrócenie większej uwagi klinicznej na to zaburzenie (por. zalecenia WHO dotyczące opieki nad matką i noworodkiem w celu zapewnienia pozytywnych doświadczeń poporodowych⁷).

Literatura

- Austin, M.-P. (2004). Antenatal Screening and Early Intervention for „Perinatal” Distress, Depression and Anxiety: Where to from here? *Archives of Women’s Mental Health*, 7(1), 1–6. <https://doi.org/10.1007/s00737-003-0034-4>
- Barker, E.D., Jaffee, S.R., Uher, R., Maughan, B. (2011). The Contribution of Prenatal and Postnatal Maternal Anxiety and Depression to Child Maladjustment. *Depression and Anxiety*, 28(8), 696–702. <https://doi.org/10.1002/da.20856>

⁷ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352658> (dostęp: 14.10.2023). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1987). *Beck Depression Inventory*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Beck, C.T., Gable, R.K., Sakala, C., Declercq, E.R. (2011). Posttraumatic Stress Disorder in New Mothers: Results from a Two-Stage U.S. National Survey. *Birth*, 38(3), 216–227. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.2011.00475.x>
- Berrios, R. (2019). What Is Complex/Emotional About Emotional Complexity? *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01606>
- Bledsoe, S.E., Grote, N.K. (2006). Treating Depression During Pregnancy and the Postpartum: A Preliminary Meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 16(2), 109–120. <https://doi.org/10.1177/1049731505282202>
- Buist, A., Gotman, N., Yonkers, K.A. (2011). Generalized Anxiety Disorder: Course and Risk Factors in Pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 131(1–3), 277–283. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.003>
- Byrnes, L. (2018). Perinatal Mood and Anxiety Disorders. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(7), 507–513. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2018.03.010>
- Carlucci, L., D’Ambrosio, I., Innamorati, M., Saggino, A., Balsamo, M. (2018). Co-rumination, Anxiety, and Maladaptive Cognitive Schemas: When Friendship Can Hurt. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 133–144. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S144907>
- Cena, L., Gigantesco, A., Mirabella, F., Palumbo, G., Trainini, A., Stefana, A. (2021). Prevalence of Maternal Postnatal Anxiety and Its Association with Demographic and Socioeconomic Factors: A Multicentre Study in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 737666. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.737666>
- Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Davies, S.M., Christiansen, P., Harrold, J.A., Silverio, S.A., Fallon, V. (2021). Creation and Validation of the Postpartum Specific Anxiety Scale Research Short-Form (PSAS-RSF). *Archives of Women’s Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01114-7>
- Dennis, C.-L., Brown, H.K., Falah-Hassani, K., Marini, F.C., Vigod, S.N. (2017). Identifying Women at Risk for Sustained Postpartum Anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 213, 131–137. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.013>
- Dennis, C.L., Coghlan, M., Vigod, S. (2013). Can we Identify Mothers at-risk for Postpartum Anxiety in the Immediate Postpartum Period Using the State-Trait Anxiety Inventory? *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 1217–1220. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.049>
- Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K., Shiri, R. (2017). Prevalence of Antenatal and Postnatal Anxiety: Systematic Review and Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(05), 315–323. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>
- Fallon, V., Halford, J.C.G., Bennett, K.M., Harrold, J.A. (2016). The Postpartum Specific Anxiety Scale: Development and Preliminary Validation. *Archives of Women’s Mental Health*, 19(6), 1079–1090. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0658-9>

- Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal Depression and Anxiety Across the Postpartum Year and Infant Social Engagement, Fear Regulation, and Stress Reactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(9), 919–927. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b21651>
- Field, T.M. (1995). Psychologically Depressed Parents. W: M.H. Bornstein (red.), *Handbook of Parenting*, t. 4: *Applied and Practical Parenting* (ss. 85–99). Mahwah, NJ–London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Finlayson, K., Crossland, N., Bonet, M., Downe, S. (2020). What Matters to Women in the Postnatal Period: A Meta-synthesis of Qualitative Studies. *PLOS ONE*, 15(4), e0231415. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231415>
- Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., Holmes, W. (2011). Prevalence and Determinants of Common Perinatal Mental Disorders in Women in Low- and Lower-middle-income Countries: A Systematic Review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2), 139–149H. <https://doi.org/10.2471/blt.11.091850>
- Fresco, D.M., Frankel, A.N., Mennin, D.S., Turk, C.L., Heimberg, R.G. (2002). Distinct and Overlapping Features of Rumination and Worry: The Relationship of Cognitive Production to Negative Affective States. *Cognitive Therapy and Research*, 26(2), 179–188. <https://doi.org/10.1023/A:1014517718949>
- Gaboury, J., Capaday, S., Somera, J., Purden, M. (2017). Effect of the Postpartum Hospital Environment on the Attainment of Mothers' and Fathers' Goals. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(1), 40–50. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.08.008>
- Goodman, J.H., Watson, G.R., Stubbs, B. (2016). Anxiety Disorders in Postpartum Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 203, 292–331. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.033>
- Harrington, J.A., Blankenship, V. (2002). Ruminative Thoughts and Their Relation to Depression and Anxiety. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(3), 465–485. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00225.x>
- Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J., Glover, V. (2004). The Course of Anxiety and Depression Through Pregnancy and the Postpartum in a Community Sample. *Journal of Affective Disorders*, 80(1), 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.004>
- Howard, L.M., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T., Stein, A., Milgrom, J. (2014). Non-psychotic Mental Disorders in the Perinatal Period. *The Lancet*, 384(9956), 1775–1788. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61276-9)
- Huizink, A.C., Mulder, E.J.H., Robles de Medina, P.G. Visser, G.H.A., Buitelaar, J.K. (2004). Is Pregnancy Anxiety a Distinctive Syndrome? *Early Human Development*, 79(2), 81–91. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014>
- Jasielska, A., Wojciechowska, M. (2023). *Wczesne dezadaptacyjne schematy oraz ruminalcje jako predyktory lęku poporodowego u położnic*. III Ogólnopolska Konferencja Parentologiczna „Współczesne rodzicielstwo – dylematy i wyzwania”, 21–22 czerwca 2023 r., Poznań.
- Javadifar, N., Majlesi, F., Nikbakht, A., Nedjat, S., Montazeri, A. (2016). Journey to Motherhood in the First Year After Child Birth. *Journal of Family & Reproductive Health*, 10(3), 146–153.

- Kurth, E., Kennedy, H.P., Zemp Stutz, E., Kesselring, A., Fornaro, I., Spichiger, E. (2014). Responding to a Crying Infant – You do not learn it overnight: A Phenomenological Study. *Midwifery*, 30(6), 742–749. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.017>
- Martin, P.R., Negri, L.M. (1999). *Treating Postnatal Depression: A Psychological Approach for Health Care Practitioners*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Matthey, S. (2008). Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to Screen for Anxiety Disorders. *Depression & Anxiety*, 25(11), 926–931. <https://doi.org/10.1002/da.20415>
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., Kavanagh, D.J. (2003). Diagnosing Postpartum Depression in Mothers and Fathers: Whatever Happened to Anxiety? *Journal of Affect Disorder*, 74(2), 139–147. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00012-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00012-5)
- Matthey, S., Fisher, J., Rowe, H. (2013). Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to Screen for Anxiety Disorders: Conceptual and Methodological Considerations. *Journal of Affective Disorder*, 146(2), 224–230. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.09.009>
- MacCallum, R.C., Widaman, K.F., Zhang, S., Hong, S. (1999). Sample Size in Factor Analysis. *Psychological Methods*, 4(1), 84–99. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.1.84>
- McLaughlin, K.A., Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a Transdiagnostic Factor in Depression and Anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 186–193. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.006>
- Mellings, T.M., Alden, L.E. (2000). Cognitive Processes in Social Anxiety: The Effects of Self-focus, Rumination and Anticipatory Processing. *Behaviour Research and Therapy*, 38(3), 243–257. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00040-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00040-6)
- Merle-Fishman, C. (2010). An Integrative Psychotherapy of Postpartum Adjustment. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 1(2), 29–47.
- Molnár, J., Kósa, K., Fekete, Z., Münnich, Á. (2018). Postpartum Anxiety and Intrapsychic Vulnerability Reflected by Early Maladaptive Schemas. *European Journal of Mental Health*, 13(1), 70–81. <https://doi.org/10.5708/EJMH.13.2018.1.6>
- Moran, T.E., Polanin, J.R., Wenzel, A. (2014). The Postpartum Worry Scale-revised: An Initial Validation of a Measure of Postpartum Worry. *Archives Women's Mental Health*, 17, 41–48. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0380-9>
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. (1991). A Prospective Study of Depression and Post-traumatic Stress Symptoms After a Natural Disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115–121. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>
- Oettingen, J., Chodkiewicz, J., Mącik, D., Gruszczyńska, E. (2018). Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ-S3-PL). *Psychiatria Polska*, 52(4), 707–718. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/76541>
- O'Carroll, J., Kazuo, A.N.D.O., Romy, Y.U.N., Panelli, D., Nicklin, A., Kennedy, N., ..., Sultan, P. (2023). A Systematic Review of Patient-reported Outcome Measures Used in Maternal Postpartum Anxiety. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 101076. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2023.101076>
- Paul, I.M., Downs, D.S., Schaefer, E.W., Beiler, J.S., Weisman, C.S. (2013). Postpartum Anxiety and Maternal–Infant Health Outcomes. *Pediatrics*, 131, e1218–e1224. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2147>
- Phillips, J., Sharpe, L., Matthey, S., Charles, M. (2009). Maternally Focused Worry. *Archives Women's Mental Health*, 12, 409–418. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0091-4>

- Radoń, S. (2014). Kwestionariusz Ruminacji-Refleksyjności (polska adaptacja *The Rumination-Reflection Questionnaire*). *Psychoterapia*, 2(169), 61–72.
- Reck, C., Müller, M., Tietz, A., Möhler, E. (2013). Infant Distress to Novelty is Associated with Maternal Anxiety Disorder and Especially with Maternal Avoidance Behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4), 404–412. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.03.009>
- Roediger, E., Stevens, B.A., Brockman, R. (2021). *Kontekstualna terapia schematów. Integracyjne podejście do zaburzeń osobowości, dysregulacji emocjonalnej i funkcjonowania w relacjach*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Ross, L.E., Gilbert Evans, S.E., Sellers, E.M., Romach, M.K. (2003). Measurement Issues in Postpartum Depression part 1: Anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6(1), 51–57. <https://doi.org/10.1007/s00737-002-0155-1>
- Rowe, H.J., Calcagni, S.C., Galgut, S., Michelmore, J., Fisher, J.R.W. (2014). Self-management of Mild to Moderate Anxiety in Women Who Have Recently Given Birth: Development and Acceptability of a Theoretically Sound Complex Intervention. *International Journal of Mental Health Promotion*, 16(5), 308–319. <https://doi.org/10.1080/14623730.2014.964050>
- Rubin, R. (1984). *Maternal Identity and the Maternal Experience*. New York: Springer.
- Russell, E.J., Fawcett, J.M., Mazmanian, D. (2013). Risk of Obsessive-Compulsive Disorder in Pregnant and Postpartum Women. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(04), 377–385. <https://doi.org/10.4088/jcp.12r07917>
- Sagan, A. (2003). *Model pomiarowy satysfakcji i lojalności*. Kraków: StatSoft Polska.
- Slomian, J., Emonts, P., Vigneron, L., Acconcia, A., Glowacz, F., Reginster, J.Y., Oumourgh, M., Bruyère, O. (2017). Identifying Maternal Needs Following Childbirth: A Qualitative Study Among Mothers, Fathers and Professionals. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). DOI: 10.1186/s12884-017-1398-1
- Sołtyśiak, K. (2023). *Wybrane uwarunkowania lęku poporodowego u kobiet*. Niepublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii i Kognitywistyki UAM, Poznań.
- Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, M., Byrne, S., Coo, S., Doherty, D., Page, A.C. (2014). The Perinatal Anxiety Screening Scale: Development and Preliminary Validation. *Archives of Women's Mental Health*, 17, 443–454. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0425-8>
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (1970). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Stuart, S., Couser, G., Schilder, K., O'Haran, M.W., Gorman, L. (1998). Postpartum Anxiety and Depression: Onset and Comorbidity in a Community Sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 420–424. <https://doi.org/10.1097/00005053-199807000-00006>
- Taylor, J., Johnson, M. (2013). The Role of Anxiety and Other Factors in Predicting Postnatal Fatigue: From Birth to 6 Months. *Midwifery*, 29(5), 526–534. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.04.011>
- Tuohy, A., McVey, C. (2008). Subscales Measuring Symptoms of Non-specific Depression, Anhedonia, and Anxiety in the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Clinical Psychology*, 47(2), 153–169. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2008.tb00463.x>

- Trapnell, P.D., Campbell, J.D. (1999). Private Self-consciousness and the Five-factor Model of Personality: Distinguishing Rumination from Reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 284–304. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.2.284>
- Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B.F., Hasin, D.S. (2008). Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 805–815. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.805>
- Wardrop, A.A., Popadiuk, N.E. (2013). Women's Experiences with Postpartum Anxiety: Expectations, Relationships, and Sociocultural Influences. *The Qualitative Report*, 18(3), 1–24. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2013.1564>
- Wenzel, A., Haugen, E.N., Jackson, L.C., Brendle, J.R. (2005). Anxiety Symptoms and Disorders at Eight Weeks Postpartum. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(3), 295–311. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.04.001>
- WHO (2016). *Gender and Women's Mental Health*. World Health Organization.
- WHO (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive post-natal experience*. World Health Organization.
- Young, J. (2005). *Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3)*. New York: Cognitive Therapy Center.