



Złożenie pracy online:
2026-02-23 17:21:34
Kod pracy:
18080/51976/CloudA

Agnieszka Romanowicz

(nr albumu: 26139)

Praca magisterska

Związek umiejscowienia kontroli z nasileniem objawów depresyjnych u ojców dzieci do 3. roku życia

The Correlation Between Locus of Control and Depressive Symptom Severity in Fathers of Children Under Three Years of Age

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-
Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr n. med. Magdalena Sikora

Pragnę złożyć serdeczne podziękowania Pani Promotor za inspirację oraz cenne wskazówki merytoryczne.

Dziękuję mojej rodzinie za wsparcie i wyrozumiałość w trakcie pisania pracy magisterskiej. Na zakończenie pragnę docenić własną konsekwencję i zaangażowanie w realizację całego projektu badawczego.



Streszczenie

Depresja w okresie wczesnego ojcostwa jest coraz częściej rozpoznawanym problemem zdrowia psychicznego mężczyzn, mającym potencjalnie istotne konsekwencje zarówno dla samych ojców, jak i dla rozwoju emocjonalnego i społecznego ich dzieci oraz funkcjonowania całej rodziny. Pomimo rosnącej świadomości, problem ten pozostaje nadal niedoszacowany i niedostatecznie diagnozowany w praktyce klinicznej. Celem niniejszej pracy było zbadanie związku między nasileniem objawów depresyjnych a umiejscowieniem kontroli oraz wsparciem emocjonalnym u ojców dzieci do 3. roku życia. W badaniu wzięło udział 435 ojców, którzy wypełnili Skalę Depresji Becka (BDI), Skalę Umiejscowienia Kontroli Rottera (LOC) w adaptacji R. Drwala oraz kwestionariusz oceniający postrzegane wsparcie emocjonalne od partnerki. Analizy wykazały, że wyższe wewnętrzne umiejscowienie kontroli wiązało się z niższym nasileniem objawów depresyjnych, natomiast zewnętrzne LOC korelowało z wyższym poziomem objawów depresji. Ponadto większe wsparcie emocjonalne otrzymywane od partnerki było związane z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych u ojców. Wyniki te podkreślają znaczenie zarówno poczucia kontroli, jak i wsparcia emocjonalnego w utrzymaniu zdrowia psychicznego młodych ojców oraz wskazują na potrzebę uwzględnienia tych czynników w działaniach profilaktycznych, diagnostyce klinicznej oraz programach wsparcia rodzin w okresie wczesnego rodzicielstwa.

Słowa kluczowe

Depresja, depresja mężczyzn, BDI, Inwentarz Depresji Becka, umiejscowienie kontroli, Skala Umiejscowienia Kontroli, LOC, wsparcie emocjonalne, depresja ojców,

Abstract

Depression during early fatherhood is an increasingly recognized mental health issue among men, with potentially significant consequences for the fathers themselves, as well as for the emotional and social development of their children and the functioning of the family as a whole. Despite growing awareness, this problem remains underrecognized and insufficiently diagnosed in clinical practice. The aim of this study was to examine the relationship between the severity of depressive symptoms, locus of control, and emotional support among fathers of children up to three years of age. The study included 435 fathers who completed the Beck Depression Inventory (BDI), the Rotter Locus of Control Scale (LOC) in the adaptation by R. Drwal, and a questionnaire assessing perceived emotional support from their partner. Analyses revealed that higher internal locus of control was associated with lower severity of depressive symptoms, whereas external LOC correlated with higher levels of depressive symptoms. Moreover, greater emotional support received from the partner was linked to lower depressive symptom severity in fathers. These findings highlight the importance of both perceived control and emotional support in maintaining mental health in young fathers and underscore the need to consider these factors in preventive interventions, clinical assessment, and family support programs during early parenthood.

Keywords

Depression, Male depression, BDI, Beck Depression Inventory, Locus of Control, LOC, Emotional support, Paternal depression,



Wstęp	3
Rozdział 1. Teorie umiejscowienia kontroli	5
1.1 Wprowadzenie	5
1.2. Teoria umiejscowienia kontroli Juliana B. Rottera	5
1.3 Teoria wyuczonej bezradności Martina Seligmana	7
1.4. Poczucie własnej skuteczności - teoria Alberta Bandury	8
Rozdział 2. Depresja - ujęcia teoretyczne i kontekst ojcostwa	10
2.1 Wprowadzenie	10
2.2 Rozpoznanie depresji i jej klasyfikacja według DSM5 i ICD-11	11
2.2.1 ICD-11.....	11
2.2.2 DSM-5.....	12
2.3 Biopsychospołeczne ujęcie depresji.....	13
2.3.1 Model biologiczny	13
2.3.2 Model psychologiczny.....	17
2.3.3 Model społeczny	22
2.4 Depresja u mężczyzn i młodych ojców	23
2.4.1 Wprowadzenie	23
2.4.2 Depresja poporodowa u mężczyzn - diagnostyka, czynniki ryzyka	23
2.4.4 Tradycyjny model ojcostwa - zmiany.....	27
2.5 Znaczenie wsparcia społecznego i emocjonalnego w kontekście depresji	28
Rozdział 3 – Metodologia badań	30
3.1 Wprowadzenie	30
3.2 Pytania i hipotezy badawcze	30
3.3 Procedura badania	34
3.4 Charakterystyka narzędzi badawczych.....	34
3.4.1 Inwentarz depresji Becka (BDI-II)	35
3.4.2 Skala Poczucia Kontroli (LOC).....	36
3.4.3 Kwestionariusz własny	36
3.5 Charakterystyka grupy badanej.....	37
Rozdział 4 – Analiza i interpretacja wyników.....	42



4.1 Prezentacja wyników	42
4.1.1 Statystyki opisowe	42
4.1.2 Rozkład wyników dla poszczególnych zmiennych	44
4.1.3 Rozkład wyników dla kwestionariusza własnego	45
4.2 Weryfikacja hipotez.....	48
Rozdział 5. Dyskusja.....	59
5.1 Ograniczenia badania	67
Zakończenie.....	69
Bibliografia	71
Spis tabel.....	75
Spis ilustracji	76
Załączniki.....	77



Wstęp

Depresja w okresie wczesnego ojcostwa stanowi coraz częściej zauważany problem kliniczny i społeczny. Młodzi ojcowie, wchodząc w nowe role rodzinne i tożsamościowe, muszą mierzyć się z licznymi wyzwaniami, mogącymi wpływać na ich zdrowie psychiczne, funkcjonowanie w rodzinie oraz relacje z dzieckiem. Warto zaznaczyć, że na przestrzeni lat rola ojca w tym kontekście uległa znacznym przemianom. Współczesne ojcostwo wiąże się nie tylko z funkcją utrzymania rodziny, lecz także z aktywnym uczestnictwem w opiece nad dzieckiem i skupieniu na budowaniu więzi emocjonalnej. Pomimo rosnącej świadomości znaczenia zdrowia psychicznego mężczyzn w tym okresie życia, liczba badań poświęconych czynnikom chroniącym i czynnikom ryzyka depresji w tej grupie jest znacznie ograniczona.

Celem pracy jest zbadanie związku między umiejscowieniem kontroli a nasileniem objawów depresyjnych u ojców dzieci do 3 roku życia. W pracy analizowane są zarówno czynniki ryzyka, jak i mechanizmy chroniące przed nasileniem objawów depresji - w tym poziom umiejscowienia kontroli, który może wpływać na poczucie skuteczności i kompetencji w roli ojca. Dodatkowo zastosowano ankietę własną, w której badani odpowiadali na pytania dotyczące wsparcia emocjonalnego. Pytania dotyczyły zarówno wsparcia ze strony partnerki, jak i innych mężczyzn - ojców. Badani informowali również o własnych potrzebach w zakresie wsparcia oraz o tym w jaki sposób odbierają dostępne wsparcie w okresie wczesnego ojcostwa.

Praca składa się z pięciu rozdziałów. Pierwszy przedstawia przegląd literatury, a w tym koncepcje teoretyczne dotyczące umiejscowienia kontroli, poczucia własnej skuteczności oraz wyuczonej bezradności. Drugi rozdział poświęcony został depresji, ze szczególnym uwzględnieniem okresu wczesnego ojcostwa. Przedstawiono w nim biopsychospołeczne ujęcie zaburzenia, znaczenie wsparcia społecznego oraz specyfikę depresji mężczyzn, a w tym depresji w mężczyzn w okresie poporodowym oraz jej kulturowe i społeczne uwarunkowania. Rozdział trzeci zawiera opis metodologii badań własnych, w tym charakterystykę grupy badanej oraz zastosowane narzędzia. Czwarty rozdział obejmuje prezentację i analizę wyników badań w kontekście teorii psychologicznych, a ostatni, piąty skupia się na dyskusji wyników i ograniczeń badania.

Prezentowane w pracy badania mają na celu przyjrzenie się zdrowiu psychicznemu ojców małych dzieci oraz zwróceniu uwagi na specyficzne trudności z jakimi mierzą się w okresie wczesnego rodzicielstwa. Połączenie przeglądu literatury z badaniami własnymi ma



przyczynić się do lepszego rozumienia nie tylko depresji poporodowej mężczyzn, ale i wyzwań jakie stoją przed współczesnymi ojcami i wskazania potencjalnych obszarów wsparcia psychologicznego.



Rozdział 1. Teorie umiejscowienia kontroli

1.1 Wprowadzenie

Funkcjonowanie jednostki w codziennym życiu jest w dużej mierze zdeterminowane sposobem w jaki postrzega ona siebie i swoje działania. Różne koncepcje w psychologii próbują wyjaśnić w jaki sposób ludzie interpretują sukcesy i porażki, jakie znaczenie przypisują swoim zdolnościom oraz w jaki sposób te interpretacje wpływają na ich motywację i zachowanie.

W tym kontekście najistotniejsze wydają się cztery podejścia psychologiczne: teoria umiejscowienia kontroli Juliana B. Rottera, teoria wyuczonej bezradności Martina Seligmana oraz koncepcja poczucia własnej skuteczności Alberta Bandury. Choć każdą z tych teorii różni perspektywa - łączy zainteresowanie mechanizmami wpływającymi na to jak człowiek spostrzega swoją sprawczość i skutki swoich działań.

1.2. Teoria umiejscowienia kontroli Juliana B. Rottera

Koncepcja umiejscowienia kontroli (locus of control) Juliana B. Rottera jest jednym z głównych elementów teorii uczenia się społecznego. Pojęcie to opiera się na rozróżnieniu źródła kontroli nad swoim życiem, a precyzyjniej - w jakim stopniu jednostka postrzega wyniki swoich działań jako zależne od siebie, własnych wysiłków, decyzji czy kompetencji, a w jakim stopniu od czynników zewnętrznych, takich jak przypadek czy działania innych ludzi (Spielman i in., 2020).

Rotter opisuje poczucie kontroli jako względnie stałą, zgeneralizowaną cechę osobowości, która formuje się w toku rozwoju człowieka - poprzez powtarzające się doświadczenia życiowe. Uważał, że ludzie różnią się sposobem interpretowania rezultatów działań - zależnych od nich samych lub od czynników zewnętrznych. Jeżeli jednostka spostrzega, że wzmocnienia pojawiają się w następstwie jej zachowania lub wynikają z jej stałych cech, mówimy o poczuciu kontroli wewnętrznej. Gdy natomiast rezultaty działań są interpretowane jako efekt przypadku, przeznaczenia, szczęścia czy działań innych osób, mamy do czynienia z poczuciem kontroli zewnętrznej (Rotter, 1966).



W tym ujęciu poczucie kontroli to przede wszystkim oczekiwanie czy własne działania przyniosą przewidywane skutki, czy też wynik zależy od czynników pozostających poza jednostką. Nie jest to oczekiwanie odnoszące się do jednej sytuacji, ale raczej utrwalony wzorec przewidywań. Rotter podkreślał, że takie przekonania powstają stopniowo, w toku doświadczeń życiowych i z czasem tworzą stałą cechę osobowości, która mieści się na kontinuum od wewnętrznego do zewnętrznego umiejscowienia kontroli. Oznacza to, że badacz traktował umiejscowienie kontroli jako wymiar ciągły, a nie jako dwie odrębne kategorie, co oznacza, że każda osoba umiejscawia się między biegunem wewnętrznym a zewnętrznym (Rotter, 1966).

Liczne badania pokazują, że osoby charakteryzujące się wewnętrznym LOC mają większe poczucie wpływu na swoje życie. Wierzą, że ich działania mają znaczenie, chętniej podejmują samodzielne decyzje i bardziej ufają własnym możliwościom. Dodatkowo obserwuje się u nich wyższe aspiracje i częstsze oczekiwanie sukcesu, co sprzyja inicjatywie i aktywności (Drwał, 1978). Wyniki długotrwałych analiz wskazują, że dzieci w wieku 10 lat o bardziej wewnętrznym umiejscowieniu kontroli, w wieku 30 lat cechowały się lepszym zdrowiem fizycznym i psychicznym (Gale i in., 2008). W tym kontekście warto zaznaczyć, że LOC wpływa nie tylko na stan zdrowia, ale także na sposób, jaki jednostka podejmuje działania profilaktyczne i lecznicze. Osoby o wewnętrznym poczuciu umiejscowienia kontroli częściej angażują się w zachowania wspierające zdrowie, wykazują większą odpowiedzialność za swoje decyzje i traktują zdrowie jako wartość, na którą mają wpływ (Nowicki i in., 2017).

Z kolei osoby z zewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli częściej przejawiają pasywność, niepewność, niższą wiarę w swoje kompetencje oraz trudności w podejmowaniu decyzji. Mogą również silniej odczuwać stres i częściej stosują strategie wypierania problemów, co jak pokazują badania, sprzyja rozwijaniu się objawów depresji (Drwał, 1978). W obszarze zdrowia, zewnętrzne LOC wiąże się z ignorowaniem symptomów i przypisywaniem odpowiedzialności za zdrowie czynnikom zewnętrznym, a co za tym idzie - mniejszą aktywnością prozdrowotną. Dodatkowo osoby te częściej pozostają bierne wobec zaleceń lekarskich. Takie długotrwałe zachowanie może sprzyjać utrwalaniu niekorzystnych nawyków zdrowotnych (Nowicki i in. 2017). Taki zespół zachowań, poczucia bezradności i przewlekłe obniżonego nastroju - jak pokazują badania - sprzyja rozwijaniu się objawów depresji.



Koncepcja poczucia umiejscowienia kontroli, pozwala zatem lepiej zrozumieć mechanizmy adaptacyjne oraz ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju. Prezentowane badania jednoznacznie pokazują, że wewnętrzne LOC - przekonanie o wpływie własnych wysiłków - wiąże się z aktywnym poszukiwaniem rozwiązań i jest czynnikiem sprzyjającym zdrowiu psychicznemu. W kontekście ojców dzieci do trzeciego roku życia zewnętrzne umiejscowienie kontroli może zwiększać ryzyko trudności adaptacyjnych w nowej roli. Skłonność do przypisywania wyzwań czynnikom zewnętrznym sprzyja bierności i poczuciu bezradności, co może nasilać objawy depresyjne i ograniczać korzystanie z dostępnych form wsparcia.

1.3 Teoria wyuczonej bezradności Martina Seligmana

Kolejną istotną w tym kontekście teorią jest koncepcja Martina Seligmana, opisująca zjawisko wyuczonej bezradności. Badacz zwraca uwagę na negatywne konsekwencje braku poczucia kontroli, które mogą ujawniać się w codziennym funkcjonowaniu człowieka. Wyuczona bezradność opisuje jako sytuację, w której jednostka wielokrotnie doświadczając braku wpływu na przebieg wydarzeń, zaczyna postrzegać swoje działania jako nieskuteczne (Jasiński, 2014).

To przekonanie o braku wpływu i ciągle poczucie potwierdzania tego doświadczenia uczy w pewien sposób bezradności i bierności. Z czasem stan ten utrwała się jako sposób myślenia i interpretowania trudnych sytuacji życiowych. Mechanizm ten został szczegółowo opisany w klasycznych badaniach Martina Seligmana, który wskazał, że długotrwałe narażenie organizmu na nieprzyjemne bodźce, nad którymi nie ma kontroli prowadzi do stanu przypominającego bezradność. W swoich badaniach Seligman zauważył, że zwierzęta pozbawione możliwości wpływu przestały podejmować próby działania nawet wtedy, gdy pojawiła się realna szansa na zmianę. Zjawisko to uznał za analogiczne do funkcjonowania osób z objawami depresji i wskazał, że wyuczona bezradność może odgrywać istotną rolę w rozwoju zaburzeń nastroju (Spielman i in., 2020).

W swoich obserwacjach badacz wskazał również charakterystyczne symptomy wyuczonej bezradności. Zwrócił on uwagę, że osoby doświadczające tego stanu wykazują niską samoocenę, obniżenie nastroju, pasywność, utratę motywacji do podejmowania aktywności, trudności z koncentracją, myśleniem czy uczeniem się (Jasiński, 2014).



Z czasem badacz rozwinął pierwotną koncepcję i zwrócił uwagę na znaczenie atrybucji, czyli subiektywnych wyjaśnień, jakie tworzy jednostka, próbując zrozumieć, dlaczego dane zdarzenie miało miejsce. W tym ujęciu kluczowe są trzy wymiary stylu wyjaśniania: wewnętrzne vs zewnętrzne - przyczyny i wyniki zdarzeń człowiek przypisuje sobie bądź czynnikom zewnętrznym, stabilne vs niestabilne - poczucie, że jednostka ma wpływ na zmianę przyczyny zdarzenia lub że przyczyna jest stała i niezmienna, ogólne vs szczegółowe - rozumienie sytuacji jako pojawiającej się w każdym aspekcie życia lub tylko w pojedynczych momentach (Spielman i in., 2020).

W kontekście związku z depresją warto jest porównać styl wyjaśniania Seligmana z umiejscowieniem kontroli Rottera. Styl wyjaśniania koncentruje się na tym, jak jednostka interpretuje swoje niepowodzenia w konkretnych sytuacjach. Osoby, które przypisują porażki przyczynom wewnętrznym, stałym i globalnym, są bardziej podatne na rozwój wyuczonej bezradności, a co za tym idzie - objawów depresji. W przeciwieństwie do tego, teoria Rottera bada ogólną orientację jednostki wobec wydarzeń życiowych. Koncepcja wskazuje, że osoby z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli, mogą doświadczać obniżonego nastroju i trudności w radzeniu sobie ze stresem. Mimo tej różnicy, obie teorie podkreślają, że przekonania jednostki o wpływie na wydarzenia mają kluczowe znaczenie dla emocjonalnego i motywacyjnego funkcjonowania.

1.4. Poczucie własnej skuteczności - teoria Alberta Bandury

Rozważania nad rolą poczucia kontroli w funkcjonowaniu człowieka uzupełnia teoria Alberta Bandury dotycząca poczucia własnej skuteczności (self-efficacy). Podczas gdy Seligman w swojej teorii wyuczonej bezradności koncentruje się na negatywnych skutkach braku wpływu i powtarzających się niepowodzeń, Bandura skupia się na przekonaniu jednostki do jej zdolności skutecznego działania. Badacz wysuwa wniosek, że poczucie własnej skuteczności odgrywa kluczową rolę w motywowaniu zachowania, ponieważ motywacja jednostki wypływa z oczekiwań dotyczących własnych możliwości i efektów swojego działania. Osoba z silnym przekonaniem o własnych kompetencjach będzie chętniej podejmować się trudnych zadań i będzie wykazywać się większą wytrwałością w obliczu przeszkód. Innymi słowy poczucie własnej skuteczności to poziom zaufania do siebie i własnych umiejętności (Juczyński, 2000).



Poczucie skuteczności kształtuje się w obliczu różnych doświadczeń społecznych. Pierwszym z nich są doświadczenia własne, czyli osobiste sukcesy wykonanych już zadań, które dają jednostce pewność, że podobne rezultaty jest w stanie osiągnąć w przyszłości. Drugim źródłem poczucia własnej skuteczności opartym na modelowaniu społecznym są doświadczenia zastępcze - obserwacja innych osób doświadczających sukcesów. Ta obserwacja wzmacnia przekonanie, że jeżeli inni są w stanie odnieść sukces to i my możemy to powtórzyć. Trzecim jest perswazja społeczna (werbalna) czyli zachęta i wsparcie ze strony innych, którzy mogą wzmacniać nasze poczucie kompetencji. Osoby, które otrzymują pozytywne wsparcie i zachętę, często wykazują większą determinację i chęć podejmowania działań. W przypadku osób poddanych krytyce lub negatywnym komentarzom, wiara we własne możliwości może słabnąć, co przyczyni się do łatwiejszej rezygnacji z wyzwań czy koncentracji na swoich brakach. Ostatnim, czwartym źródłem kształtowania się poczucia własnej skuteczności jest spostrzeganie własnych emocji i stanów fizjologicznych. Jest to sposób w jaki odczytujemy własne samopoczucie i reakcje z ciała. Pozytywny nastrój i poczucie spokoju sprzyjają zwiększeniu poczucia skuteczności, natomiast stres i negatywne emocje mogą je osłabić (Kozicka, 2004).

Analiza teorii Bandury pokazuje, że poczucie własnej skuteczności kształtuje się w wyniku różnych doświadczeń i interakcji społecznych. W efekcie, poziom tego przekonania wpływa na to jakie jednostka podejmuje działania, czy wytrwale dąży do realizacji celów lub to w jaki sposób reaguje na napotkane trudności. Cztery opisane źródła - osobiste sukcesy, obserwacja innych, wsparcie społeczne i odczytywanie własnych emocji - wzmacniają lub osłabiają wiarę człowieka we własne możliwości, modelując wiarę we własne sukcesy.

Z perspektywy teorii Rottera i Seligmana można zauważyć pewne punkty wspólne i wzajemne przenikanie się tych koncepcji. Z perspektywy teorii Rottera osoby z bardziej wewnętrznym umiejscowieniem kontroli, które wierzą, że ich działania mają wpływ na zdarzenia w życiu, prawdopodobnie silniej rozwijać będą poczucie własnej skuteczności. Natomiast osoby z zewnętrznym LOC mogą doświadczać poczucia bezradności, a w obliczu powtarzających się niepowodzeń, ich doświadczenia mogą przybierać formę wyuczonej bezradności w rozumieniu Seligmana. Choć powyższe powiązania wydają się trafne, nie były one bezpośrednio badane w niniejszej pracy. Przemyślenia te pełnią raczej funkcję rozważań teoretycznych. W kontekście ojców małych dzieci, mierzących się z wyzwaniami życia rodzinnego i zawodowego, mechanizmy te mogą mieć potencjalny wpływ na podatność na występowanie objawów depresyjnych.



Rozdział 2. Depresja - ujęcia teoretyczne i kontekst ojcostwa

2.1 Wprowadzenie

Depresja stanowi jedno z najczęstszych zaburzeń psychicznych we współczesnym świecie. Jej rozumienie ewoluowało na przestrzeni wieków, zaczynając od wyjaśnień magicznych i religijnych, po współczesne podejście kliniczne i psychobiologiczne. Już w starożytności Sumerowie i Egipcjanie postrzegali stany depresyjne jako efekt opętania przez złe duchy, które leczone były przez praktykę trepanacji czaszki. Zabieg ten miał rzekomo umożliwić uwolnienie chorego spod negatywnych wpływów. W Grecji Hipokrates wprowadził naukowe wyjaśnienie melancholii wiążąc ją z nierównowagą czterech płynów ustrojowych określając nimi typy temperamentu, gdzie melancholik określony został jako osoba najbardziej podatna na depresję. Dalszą perspektywę medyczną rozwinął również Awicenna, wskazując, że zaburzenia nastroju mogą wynikać z pewnych dysfunkcji mózgu i innych układów organizmu, ale także czynników psychologicznych np. nieszczęśliwej miłości (Tokarski, 2012).

W XVIII i XIX wieku leczenie obniżonego nastroju obejmowało różne metody, zaczynając od diet leczniczych, przez kąpiele, hydroterapię czy pobyt w nadmorskich uzdrowiskach. Przełom nastąpił w XX wieku wraz z rozwojem psychoanalizy, która źródeł depresji upatrywała się w nierozwiązanych konfliktach z wczesnego dzieciństwa i problemach w relacjach z opiekunami (Gałęcki i Szulc, 2023). W tym czasie rozwijano biologiczne metody leczenia, w tym terapię elektrowstrząsową oraz pierwszą farmakoterapię. Ten krok pozwolił spojrzeć na depresję z punktu widzenia neurochemii, przyglądając się roli deficytów neurotransmiterów takich jak serotonina i noradrenalina (Jarema, 2016).

Współczesne rozumienie depresji obejmuje zarówno czynniki biologiczne, psychologiczne jak i społeczne. Czynniki ryzyka obejmują m.in. cechy osobowościowe, kontrolę nad zdarzeniami, wsparcie społeczne oraz jakość sieci społecznych. Depresja dotyka ponad 250 milionów osób na świecie, w Europie około 22 miliony, a w Polsce szacuje się, że cierpi na nią około 1,5 miliona osób (Gałęcki i Szulc, 2023). Najczęściej diagnozowane są osoby w wieku 20-40 lat, przy czym kobiety chorują częściej we wszystkich grupach wiekowych, a ryzyko wzrasta z wiekiem i poziomem wykształcenia. U mężczyzn wskaźniki te pozostają względnie stałe, z lekkim wzrostem w wieku 30-39 lat, co może wiązać się z presją



zawodową i rodzinną. Jednocześnie to właśnie mężczyźni są większością wśród osób dokonujących skutecznych prób samobójczych (Gałęcki i Szulc, 2023).

Depresja jest więc zaburzeniem, które od lat towarzyszy człowiekowi. Współcześnie, próbując uporządkować zróżnicowanie objawów i przebiegów choroby stosuje się szczegółowe systemy klasyfikacyjne DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) i ICD (International Classification of Diseases), które umożliwiają dokładną ocenę objawów.

2.2 Rozpoznanie depresji i jej klasyfikacja według DSM5 i ICD-11

2.2.1 ICD-11

Współcześnie depresje zalicza się do grupy zaburzeń nastroju zwanych także zaburzeniami afektywnymi. W ujęciu klinicznym obejmuje ona zespół objawów dotyczących różnych obszarów funkcjonowania człowieka w tym emocjonalnego, motywacyjnego, poznawczego i somatycznego. Kluczowym problemem w zaburzeniach depresyjnych są nieprawidłowości w przeżywaniu uczuć oraz długotrwałe obniżenie nastroju, bądź jego nadmierne podwyższenie (Gałęcki i Szulc, 2023). Całościowy obraz zaburzeń nastroju znacznie wpływa więc na psychiczne i społeczne funkcjonowanie jednostki.

Współczesne systemy diagnostyczne, takie jak ICD i DSM, umożliwiają precyzyjne rozróżnienie różnych postaci depresji. Uwzględniają one nasilenie, przebieg oraz współwystępujące objawy. Stanowi to podstawę dla precyzyjnej diagnozy i planowania skutecznych strategii terapeutycznych.

Międzynarodowa klasyfikacja Chorób (ICD) stanowi podstawowy system do diagnozowania chorób oraz zaburzeń psychicznych. ICD opracowana została przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i jest regularnie aktualizowana. Przez wiele lat obowiązywała dziesiąta rewizja klasyfikacji (ICD-10), wprowadzona w 1990 roku, jednak ze względu na zmiany w rozumieniu natury zaburzeń jak i postęp w badaniach potrzebna była jej gruntowna aktualizacja (Gałęcki i Szulc, 2023).

W odpowiedzi na te potrzeby stworzono ICD-11, wprowadzając liczne zmiany w strukturze definiowania zaburzeń oraz w kryteriach diagnostycznych. ICD-11 została oficjalnie przyjęta przez WHO w 2019 roku i stopniowo zastępuje w praktyce klinicznej ICD-10.



Według Gałęckiego i Szulca (2023), w oparciu o kryteria ICD-11:

Epizod depresyjny - opisuje stan utrzymującego się przez minimum dwa tygodnie obniżenia nastroju lub wyraźnej utraty zdolności do odczuwania przyjemności. Objawom często towarzyszy spadek energii, trudności z koncentracją, niska samoocena, zaburzenia snu i apetytu, a także myśli rezygnacyjne. Można wyróżnić epizody łagodne, umiarkowane oraz ciężkie. W najcięższych przypadkach mogą występować również objawy psychiatryczne.

Zaburzenia depresyjne z nawracającym epizodem - ta klasyfikacja odnosi się do pierwszego w życiu epizodu depresyjnego.

Nawracające zaburzenie depresyjne - charakteryzuje się występowaniem co najmniej dwóch epizodów zaburzenia, oddzielonych okresami co najmniej kilkumiesięcznej remisji. Nie występują epizody maniackalne ani mieszane, co odróżnia to zaburzenie od choroby afektywnej dwubiegunowej.

Zaburzenia dystymiczne - jest to przewlekła postać depresji, zwykle o łagodniejszym przebiegu. Objawy depresyjne muszą utrzymywać się przynajmniej dwa lata.

Mieszane zaburzenie depresyjne i lękowe - obejmuje współwystępowanie objawów depresyjnych i lękowych, jednak nie mają natężenia objawów typowego dla ich odrębnego klasyfikowania. Cechuje się przewlekłym napięciem, obniżonym nastrojem, drażliwością oraz problemami z koncentracją.

2.2.2 DSM-5

Amerykańska Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych DSM-5 (ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) została opracowana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. W przeciwieństwie do międzynarodowej klasyfikacji ICD, DSM-5 jest stosowany głównie w Stanach Zjednoczonych.

Zaburzenia depresyjne według klasyfikacji DSM-5 łączą w sobie objawy takie jak obniżony nastrój oraz utrata zdolności do odczuwania przyjemności (anhedonia). Odczuwane przez jednostkę objawy muszą utrzymywać się przez co najmniej dwa tygodnie i powodować pogorszenie funkcjonowania społecznego czy zawodowego. Do typowych, wyróżnianych symptomów należą: zaburzenia snu, zmiany apetytu i masy ciała, spadek energii, trudności z



koncentracją, poczucie winy i bezwartościowości oraz myśli rezygnacyjne lub samobójcze (American Psychiatric Association, 2013).

- Większe zaburzenia depresyjne - charakteryzują się występowaniem jednego lub więcej epizodów depresyjnych. W zależności od nasilenia symptomów wyróżnia się łagodne, umiarkowane i ciężkie. W diagnozie ocenia się zarówno liczbę objawów jak i stopień trudności z codziennym funkcjonowaniem.
- Uporczywe zaburzenia depresyjne (dystymia) - jest to rodzaj przewlekłej depresji, w której objawy utrzymują się przez większość dni przez co najmniej dwa lata. Dystymia zwykle ma łagodniejszy charakter, ale długotrwały przebieg.
- Przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne - dotyczą kobiet i wiążą się z nasilonymi objawami ze strony emocjonalnej w fazie lutealnej cyklu miesięczkowego. Objawy ustępują po zakończeniu tej fazy.
- Zaburzenia depresyjne wywołane substancją lub lekiem – objawy zaburzenia pojawiają się w związku z używaniem lub odstawieniem substancji psychoaktywnych bądź leków.
- Zaburzenia depresyjne spowodowane stanem ogólnomedycznym - występują w przebiegu chorób somatycznych.
- Inne określone zaburzenia depresyjne - dotyczą przypadków które nie spełniają kryteriów konkretnego zaburzenia, ale wymagają diagnozy.
- Nieokreślone zaburzenia depresyjne - rozpoznawane są, kiedy objawy depresyjne są wyraźnie widoczne, jednak nie można ich dokładnie zaklasyfikować z powodu braku wystarczających informacji.

2.3 Biopsychospołeczne ujęcie depresji

2.3.1 Model biologiczny

Depresja jest zaburzeniem o złożonej etiologii i jej przyczyny są efektem wpływu wielu czynników. Model biopsychospołeczny zaproponowany przez Engela (1992) zakłada, że rozwój i przebieg zaburzeń, a w tym depresji, wynika z interakcji czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych, które wzajemnie na siebie oddziałują. W niniejszym podrozdziale skupiono się na biologicznych mechanizmach zaburzenia, w tym roli



neuroprzekaźników i czynników genetycznych, które stanowią podstawę współczesnego rozumienia depresji oraz jej leczenia farmakologicznego (Heszen-Celińska i Sęk, 2020).

Neuroprzekaźniki

Już w latach 60. XX wieku pojawiły się pierwsze teorie zakładające, że zaburzenia nastroju mogą wynikać z nieprawidłowego funkcjonowania neuroprzekaźników w mózgu. Hipoteza katecholaminowa zaburzeń afektywnych zakładała, że w depresji dochodzi do niedoboru noradrenaliny, natomiast w manii - do jej nadmiaru. Później uwzględniono również rolę dopaminy i w 1969 roku koncepcję tę rozszerzono o serotoninę, uznając jej zaburzenia za istotny czynnik depresji oraz mechanizmu działania leków przeciwdepresyjnych. Teorie neuroprzekaźnikowe stworzyły podstawy współczesnej neurobiologii psychiatrycznej i zrozumienia farmakologii leków przeciwdepresyjnych (Rybakowski, 2025).

Serotonina (5-HT) produkowana jest w neuronach pnia mózgu i wysyłana jest do wielu obszarów mózgu, a w tym do układu limbicznego. Układ ten odpowiedzialny jest za emocje, pamięć emocjonalną i reakcje na stres (Butcher i in., 2017). To w tym układzie, głównie w hipokampie, podwzgórzu i ciałach migdałowatych, zaburzenia produkcji serotoniny przyczyniają się do powstawania objawów depresji. Z kolei noradrenalina wpływa na energię, czujność i motywację, a dopamina odpowiada za odczuwanie przyjemności i nagrody. Brak dopaminy może zatem wpływać na brak odczuwania radości i zainteresowania prowadząc do anhedonii. Należy zaznaczyć, że zaburzenia depresyjne działają na człowieka jak przewlekły stres, a co za tym idzie mózg w depresji funkcjonuje w stanie ciągłego przeciążenia. Przedłużające się zatem objawy depresyjne prowadzą do zmian strukturalnych mózgu obejmujących zmniejszenie objętości hipokampa i płatów czołowych oraz ciał migdałowatych. W efekcie neuroplastyczność mózgu osłabia się (Kazula, 2014), co wpływa również na zdolności regulacji emocji i procesy pamięciowe (Butcher i in., 2017).

Leki przeciwdepresyjne takie jak SSRI (inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny), SNRI (inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny) czy TLPD (trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne) działają na układy neuroprzekaźników wpływając na zwiększenie serotoniny i noradrenaliny w mózgu. Choć wpływ leków na neuroprzekaźniki jest niemal natychmiastowy, to pełen efekt terapeutyczny uzyskuje się dopiero po kilku tygodniach. W tym czasie mózg potrzebuje adaptacji i zmian strukturalnych - tzn. plastyczności neuronalnej (Butcher i in., 2017; Jarema, 2016). Dzięki temu leki nie tylko wpływają na zwiększenie poziomu serotoniny i noradrenaliny, ale wspierają również neurogenezę,



odbudowę synaps. Dodatkowo chronią neurony w hipokampie przed szkodliwym działaniem stresu, a to sprzyja przywracaniu prawidłowego funkcjonowania emocjonalnego i poznawczego (Kazula, 2014).

Współcześnie spojrzenie na depresje łączy zatem wiedzę o niedoborze neuroprzekaźników z badaniami nad wpływem stresu, czynników genetycznych czy neuroplastyczności mózgu. Leki przeciwdepresyjne dbają nie tylko o regulację poziomu neuroprzekaźników, ale wspierają również regenerację połączeń nerwowych i zdolności adaptacyjne mózgu. Naturalnie zatem powstaje konkluzja, że połączenie farmakoterapii z terapią psychologiczną zwiększa szanse na przywrócenie równowagi emocjonalnej i poprawę jakości życia człowieka.

Hormony

W biologicznym ujęciu depresji dużą rolę odgrywa tzw. oś podwzgórze-przysadka-nadnercza (PNN), nazywana osią stresu. Odpowiada ona za reakcje organizmu na różnego rodzaju bodźce stresowe - zarówno fizyczne jak i psychiczne. W prawidłowych warunkach, w momencie przeżywania stresu przez jednostkę, oś PPN aktywuje się, a we krwi rośnie poziom kortyzolu i adrenaliny. Hormony te działają adaptacyjnie i wpływają na redukcję napięcia. Mobilizują organizm do działania i przywrócenia jego homeostazy. W normalnych warunkach, po ustąpieniu stresu poziom hormonów wraca do normy. Dzieje się tak dzięki mechanizmowi sprzężenia zwrotnego. Polega on na zahamowaniu przez kortyzol dalszego wydzielania hormonów stresu. Problem pojawia się w momencie kiedy stres trwa zbyt długo lub gdy mechanizm hamowania nie działa prawidłowo. Wtedy może dojść do przewlekłej hiperkortyzolemii, czyli długotrwanie podwyższonego poziomu kortyzolu. Taki stan prowadzi do zaburzenia homeostazy organizmu, a w tym do osłabienia odporności, sprzyja nadciśnieniu, chorobom serca i zaburzeniom hormonalnym (Gałęcki i Szulc, 2023).

Zaburzenia depresyjne w wielu aspektach przypominają stan przewlekłego stresu. Oś PPN jest nadmiernie aktywna, a jej hamowanie osłabione. Dodatkowo same objawy występujące w depresji - poczucie bezradności, utrata kontroli, niska samoocena czy zaburzenia snu i apetytu - stają się przewlekłym stresorem psychicznym. W ten sposób tworzy się błędne koło. Stres zwiększa aktywność PPN, a jej nadaktywność dodatkowo pogłębia objawy depresji (Gałęcki i Szulc, 2023).



Długotrwanie utrzymujący się wysoki poziom kortyzolu może działać destrukcyjnie na organizm człowieka, sprzyjać otyłości, zaburzeniom układu krążenia oraz pogarszać funkcjonowanie poznawcze, powodując trudności z pamięcią, koncentracją, myśleniem abstrakcyjnym i rozwiązywaniem problemów. Nadmiar kortyzolu może również wpływać na komórki nerwowe hipokampa, struktury odpowiedzialnej za pamięć i regulację emocji (Sowa i Hess, 2015).

Dodatkowym istotnym elementem biologicznego podłoża depresji jest oś podwzgórze-przysadka-tarczyca. Zaburzenia funkcjonowania tej osi często towarzyszą zaburzenia nastroju. Najczęściej dotyczy to niedoczynności tarczycy. Dodatkowo może ona prowadzić do obniżenia energii, spowolnienia psychoruchowego i depresyjnego nastroju (Butcher i in., 2017).

Oprócz zaburzeń neuroendokrynych coraz większą uwagę zwraca się także na rolę układu odpornościowego w kształtowaniu ludzkiego nastroju i samopoczucia. Badania pokazują, że u osób z depresją obserwuje się podwyższone stężenia cytokin - substancji zaangażowanych w reakcje zapalne organizmu. Choć są one naturalną częścią mechanizmów obronnych, ich przewlekła aktywność może wpływać na sposób, w jaki odczuwamy emocje, reagujemy na stres i wchodzimy w relacje z innymi. Nadmiar cytokin może sprzyjać obniżeniu nastroju, poczuciu przygnębienia czy utracie radości z codziennych aktywności, a także zwiększać poczucie zmęczenia i trudności w koncentracji. W ten sposób stan zapalny w ciele może przekładać się na subiektywne doświadczenie smutku, osamotnienia czy spadku motywacji - tworząc tło, na którym rozwijają się zaburzenia nastroju (Miller i in., 2009).

Genetyka

Badania rodzin pokazują, że zaburzenia nastroju występują około dwa - trzy razy częściej wśród krewnych osób z depresją jednobiegunową niż w populacji ogólnej (Levinson, 2006). Jeszcze mocniejsze wnioski dają badania bliźniąt, które pozwalają ocenić wpływ genów w podatności na chorobę. Sullivan i współpracownicy przeanalizowali dane z około 21 tysięcy bliźniąt i stwierdzili, że w parach bliźniąt jednojajowych, gdy jedno rodzeństwo choruje na depresję jednobiegunową, drugie ma dwukrotnie większe ryzyko zachorowania niż w przypadku bliźniąt dwujajowych. Uśredniając wszystkie badania, ok. 31-42% podatności na dużą depresję wynika z czynników genetycznych, a w cięższych lub nawracających epizodach udział genów może sięgać 70-80% (Sullivan i in., 2000, za: Butcher, 2017).



Jednocześnie większość zróżnicowania podatności na depresję wynika ze środowiska niewspółdzielonego, czyli doświadczeń indywidualnych, które nie są wspólne dla członków rodziny. Próby wskazania konkretnych genów odpowiedzialnych za predyspozycję do depresji nie dały jeszcze jednoznacznych wyników, choć pojawiają się obiecujące kierunki. Jednym z najczęściej badanych genów jest gen transportera serotoniny, odpowiedzialny za transport i wychwyty zwrotny tego neuroprzekaźnika, kluczowego w regulacji nastroju. Wyróżnia się dwa warianty tego genu: krótki (s) i długi (l), które mogą tworzyć układy ss, ll lub sl. Badania na zwierzętach sugerują, że osoby z allelami ss są bardziej podatne na depresję niż osoby z allelami ll, jednak w badaniach z udziałem ludzi wyniki są mieszane (Butcher i in., 2017).

2.3.2 Model psychologiczny

Model psychologiczny zaburzenia zakłada, że istotną rolę w przyczynach powstawania depresji odgrywają również mechanizmy psychiczne i poznawcze człowieka. Sposób myślenia, interpretacja zdarzeń oraz strategie radzenia sobie ze stresem mogą wpływać na powstawanie i utrzymywanie objawów depresyjnych.

Osobowość

Cechy indywidualne osobowości mogą odgrywać istotną rolę w kształtowaniu ryzyka wystąpienia depresji. Szczególne znaczenie ma neurotyczność, rozumiana jako duża emocjonalność na negatywne bodźce i skłonność do reagowania lękiem. Patrząc szerzej osobowość wpływa na sposób odbierania i interpretowania sytuacji stresowych. Niska ekstrawersja, ograniczona otwartość na doświadczenia oraz niska sumienność kształtują percepcję doświadczeń człowieka w sposób, w którym może np. towarzyszyć rozumowanie w skrajnych kategoriach. Dodatkowo może sprawiać, że drobne niepowodzenia mogą być odbierane jako ogromna porażka, a sukcesy jako nieistotne. Taki sposób myślenia tylko utrwala schematy poznawcze i automatyczne myśli, a dalej - wzmacnia obniżony nastrój i podatność na kolejne epizody depresji (Butcher i in., 2017).

W literaturze podkreśla się jednak, że nie istnieje jeden, konkretny typ osobowości depresyjnej, który determinowałby zachorowanie. Zamiast tego opisuje się zestaw cech i stylów funkcjonowania psychicznego, które mogą wpływać na zwiększone ryzyko rozwoju objawów



depresyjnych lub determinować przebieg choroby. Wśród nich wymienia się m.in. perfekcjonizm, duży samokrytycyzm, nieumiejętność odpoczywania czy tendencja do pesymistycznego nastroju, które to sprzyjają utrwalaniu poczucia nieskuteczności i braku wpływu na własne życie. Tego rodzaju cechy mogą wzmacniać podatność na przeciążenie psychiczne, zwłaszcza gdy osoba przez dłuższy czas funkcjonuje w warunkach przewlekłego stresu (Michalska-Leśniewicz i Gruszczyński, 2010).

W kontekście depresji znaczenie ma także poziom samooceny. Niska samoocena sprzyja interpretowaniu niepowodzeń jako osobistej porażki oraz przypisywaniu sobie nadmiernej odpowiedzialności za trudne zdarzenia, co może nasilać poczucie winy i utrwałać negatywny obraz siebie. Mechanizm ten może działać jak błędne koło, gdzie spadek nastroju obniża ocenę własnych kompetencji, a zaniżona samoocena pogłębia tendencję do negatywnej interpretacji doświadczeń (Michalska-Leśniewicz i Gruszczyński, 2010).

Jednocześnie wskazuje się na cechy, które mogą pełnić funkcję ochronną wobec depresji. Przykładem jest tzw. odporność psychiczna na stres, opisywana jako zestaw właściwości obejmujących zaangażowanie w działanie, poczucie kontroli oraz traktowanie trudności jako wyzwania, a nie wyłącznie zagrożenia. Osoby dysponujące takim stylem funkcjonowania częściej podejmują aktywność mimo przeciwności i rzadziej popadają w poczucie bezradności. Podobną rolę może pełnić poczucie koherencji, czyli przekonanie, że świat jest zrozumiały, możliwy do opanowania i sensowny, co ułatwia poszukiwanie znaczenia w trudnych wydarzeniach oraz wzmacnia wytrwałość w radzeniu sobie (Michalska-Leśniewicz i Gruszczyński, 2010).

Ważnym elementem związanym z funkcjonowaniem osobowościowym jest także zdolność do rozpoznawania i wyrażania emocji. Im większa umiejętność wyrażania stanów takich jak lęk czy gniew, tym większa szansa na konstruktywne rozładowywanie napięcia i mniejsze ryzyko „gromadzenia” trudnych emocji, które mogą pogarszać samopoczucie. W tym kontekście istotne stają się również kompetencje społeczne, w tym asertywność rozumiana jako zdolność jasnego komunikowania własnych potrzeb i granic. Deficyty w tym obszarze mogą sprzyjać wycofaniu, poczuciu osamotnienia oraz utrwalaniu przekonań o braku wpływu na relacje interpersonalne (Michalska-Leśniewicz i Gruszczyński, 2010).

Cechy osobowości mogą więc predysponować zarówno do rozwoju depresji, jak i utrzymywać jej objawy. Wysoka wrażliwość emocjonalna, pesymistyczny styl myślenia czy



niska otwartość na doświadczenia zwiększają podatność na stres i utrwalają negatywne schematy poznawcze. Z kolei odporność psychiczna, poczucie sensu i umiejętność wyrażania emocji sprzyjają adaptacyjnemu radzeniu sobie z trudnościami, wspierając równowagę psychiczną.

Ujęcie psychodynamiczne

W podejściu psychodynamicznym źródła depresji upatruje się w doświadczeniach z okresu wczesnego dzieciństwa, które kształtują późniejszą strukturę osobowości człowieka. Kluczowe znaczenie przypisuje się niezaspokojonym potrzebom emocjonalnym oraz dynamice wczesnych relacji z pierwotnymi opiekunami. Brak stabilnego bezpieczeństwa emocjonalnego lub doświadczenie odrzucenia przez znaczącą osobę może generować w dziecku silną złość i frustrację. Jednak ze względu na lęk przed utratą więzi z opiekunem, od której dziecko jest całkowicie zależne, emocje te nie mogą zostać wyrażone na zewnątrz. W efekcie dochodzi do uruchomienia mechanizmów obronnych, które sprawiają, że agresja zostaje skierowana „do wewnątrz”, przeciwko własnemu „Ja” (Gałęcki i Szulc, 2023).

Proces ten skutkuje obniżeniem samooceny, chronicznym poczuciem winy oraz bolesną samokrytyką. Freud i Abraham wskazywali, że ten gniewny charakter depresji wykazuje duże podobieństwo do procesu żałoby po stracie - przy czym strata ta może mieć wymiar realny (np. śmierć, odejście) lub symboliczny (np. utrata ideału opiekuna). Po takiej stracie człowiek może nieświadomie włączać utraconego opiekuna do swojego świata wewnętrznego. Ponieważ relacja była jednocześnie źródłem miłości i frustracji, złość, której nie można już skierować na opiekuna, zaczyna być wymierzona w samego siebie. (Gałęcki i Szulc, 2023).

Ujęcie behawioralne

Z perspektywy behawioralnej kluczowe znaczenie mają obserwowalne zachowania oraz procesy uczenia się. Procesy te determinują sposób reagowania jednostki i sprzyjają utrwalaniu się określonych wzorców (Butcher i in., 2017). Zgodnie z tym podejściem depresja nie jest skutkiem wewnętrznych procesów czy konfliktów intrapsychicznych w omówionym wcześniej podejściu, jednak wynika z określonych wzorców zachowań wykształconych w toku doświadczenia. Duże znaczenie w wyjaśnieniu podejścia ma teoria deficytu pozytywnych wzmocnień oraz nadmiar negatywnych bodźców. Oba założenia mogą prowadzić do utraty motywacji, obniżenia aktywności i pogorszenia nastroju (Gałęcki i Szulc, 2023).



Podstawy tego sposobu myślenia sięgają badań nad procesami uczenia się, zwłaszcza warunkowaniem klasycznym i warunkowaniem sprawczym. Klasyczne, opisane przez Iwana Pawłowa (za: Cierpiałkowska i Sęk, 2016) polega na tworzeniu nowych powiązań i skojarzeń między bodźcami neutralnymi, a tymi które wywołują określoną reakcję emocjonalną. W rezultacie osoba może reagować obniżonym nastrojem na sytuacje wcześniej neutralne, jeżeli zostały one powiązane z przykrym lub stresującym doświadczeniem.

Rozwinięciem tej koncepcji jest podejście Edwarda Lee Thorndike'a (za: Cierpiałkowska i Sęk, 2016), który w toku badań nad behawioryzmem wykazał, że ludzkie zachowanie kształtują konsekwencje, jakie jednostka może ponieść. Działania nagradzane mają tendencję do powtarzania się, natomiast te prowadzące do negatywnych skutków ulegają osłabieniu. W efekcie brak nagród i satysfakcjonujących doświadczeń może stopniowo obniżać motywację, co z czasem sprzyja utrwalaniu się objawów depresyjnych.

Behawioralna perspektywa tłumaczy więc rozwój depresji jako wyuczonego wzorca zachowania, który utrwalany jest przez negatywny układ wzmocnień i kar. Leczenie w tym ujęciu koncentruje się więc na uczeniu nowych, bardziej adaptacyjnych zachowań wspierających codzienne funkcjonowanie jednostki.

Ujęcie poznawcze

Perspektywa poznawcza modelu biopsychospołecznego zakłada, że to co bezpośrednio wpływa na reakcje emocjonalne człowieka to sposób w jaki jednostka interpretuje zdarzenia i doświadczenia jakie ją spotykają.

Z perspektywy poznawczej, zgodnie z koncepcją Aarona Becka istotą depresji są dysfunkcyjne przekonania i schematy poznawcze. Dotyczą one specyficznego, pesymistycznego sposobu interpretacji zdarzeń i doświadczeń poprzez myśli automatyczne. Ich rozwój ma swój początek w dzieciństwie i adolescencji i jest wynikiem doświadczeń interpersonalnych z bliskimi, najczęściej z rodzicami. Te szybkie, często nieuświadomione oceny siebie, świata i przyszłości tworzą elementy teorii depresji Becka, który nazwał ją triadą poznawczą (Butcher i in., 2017, Cierpiałkowska i Sęk, 2016):

- Negatywne myśli i przekonania o sobie - poczucie bezwartościowości, niekompetencji, braku atrakcyjności,



- Negatywne myśli o świecie - pesymistyczne interpretowanie zdarzeń, przekonanie, że inni są wrogo nastawieni, życie jest niesprawiedliwe i nieprzyjazne
- Negatywne myśli o przyszłości - przewidywania braku sukcesu, beznadziejności lub porażki

Aaron Beck próbował wyjaśnić, dlaczego osoby w depresji utrzymują negatywne przekonania o sobie i świecie. W toku swoich badań sformułował koncepcję depresyjnych schematów poznawczych. Według założeń badacza tak głęboko zakorzenione wzorce myślenia, jakoby filtrują napływające informacje i nadają im określone znaczenie. Dodatkowo osoby z depresją często wykazują selektywną uwagę, czyli skupione są głównie na negatywnych aspektach swoich doświadczeń. Towarzyszyć temu może rozumowanie dychotomiczne, czyli skłonność do postrzegania zdarzeń w skrajnych formach. Osoba postrzega doświadczenia jako całkowitą porażkę albo pełen sukces. Wraz z nimi współwystępują błędy logiczne w myśleniu, np. nadmierne uogólnienia, arbitralne wnioskowania, uwaga wybiórcza czy personalizacja. Takie sposoby myślenia pogłębiają przygnębienie i sprawiają, że człowiek zaczyna unikać innych, a dalej, wycofywać się z życia (Butcher i in., 2017).

Początkowo badacz zakładał, że aktywacja schematów poznawczych u osoby z depresją pojawia się w wyniku stresowych i emocjonalnie trudnych sytuacji. Jednak późniejsze badania wykazały, iż samo obniżenie nastroju np. poprzez przywoływanie smutnych wspomnień, może uruchomić u predysponowanych struktury odpowiadające za dysfunkcyjne przekonania. Takie wzajemne oddziaływanie przekonań kluczowych, pośredniczących, automatycznych myśli i zniekształceń poznawczych tworzy samonapędzający się mechanizm, który może utrzymywać negatywny stan emocjonalny i wpływać na zdolność do adaptacyjnego funkcjonowania w życiu codziennym (Butcher i in., 2017).

Podjęcie poznawcze rozwinęło opisany wcześniej model behawioralny i pokazało, że reakcje emocjonalne nie wynikają wyłącznie z doświadczeń nagradzających lub karzących, lecz również z interpretacji tych zdarzeń przez człowieka. Już w latach pięćdziesiątych badacze behawioralni zaczęli zwracać uwagę na procesy poznawcze i ich wpływ na zachowanie. Podjęcie to stało się podstawą terapii poznawczo-behawioralnej, która połączyła założenia o wzmocnieniach, z jednoczesną analizą dysfunkcyjnych schematów poznawczych (Butcher i in., 2017).



Wydarzenia życiowe

W depresji, psychologiczne czynniki odgrywają kluczową rolę w rozwoju choroby i mogą być równie istotne jak uwarunkowania biologiczne. Szczególnie silny wpływ mają stresujące wydarzenia życiowe, które łączą się z występowaniem jednobiegunowej depresji. Takie doświadczenia zwiększają ryzyko epizodu depresyjnego, a do najczęstszych stresorów zalicza się śmierć bliskiej osoby, utratę pracy, poważne problemy zdrowotne czy zagrożenie rozpadem związku. Wydarzenia te mogą być niezależne od działań jednostki, jak huragan czy zamknięcie firmy albo częściowo związane z zachowaniami i cechami osobowości, np. trudnościami w rozwiązywaniu konfliktów czy zaniedbywaniem codziennych obowiązków (Hammen, 2005, za: Butcher, 2017).

Warto przy tym uwzględnić teorię „zachowania zasobów” Hobfolla, zgodnie z którą negatywne emocje pojawiają się w sytuacji zagrożenia utratą zasobów lub gdy wkładane wysiłki nie przynoszą oczekiwanego efektu. Już samo poczucie utraty, nawet jeśli faktycznie nie miała miejsca, może wywołać objawy depresyjne. Ponadto nie wszystkie stresory muszą mieć charakter negatywny - także wydarzenia postrzegane jako pozytywne mogą zwiększać poziom stresu, jeśli wymagają znacznej adaptacji i mobilizacji zasobów, np. zawarcie małżeństwa, awans zawodowy czy pojawienie się dziecka w rodzinie. W takich sytuacjach jednostka doświadcza zmian w rolach i obowiązkach, co może prowadzić do obciążenia emocjonalnego i fizycznego (Hobfoll, 1989).

2.3.3 Model społeczny

Model społeczny depresji zakłada, że istotny wpływ na rozwój i przebieg zaburzeń depresji mają relacje społeczne, a dalej, jakość tych interakcji oraz dostępność wsparcia jakie jednostka może otrzymać. Czynniki społeczne mogą działać zarówno jako stresory jak i źródła wsparcia, pomagając jednostce radzić sobie z codziennymi trudnościami (Gawęda, 2021).

Dodatkowo subiektywna izolacja społeczna, czyli poczucie samotności i brak satysfakcji z jakości relacji jest czynnikiem ryzyka depresji nawet gdy osoba pozostaje w kontakcie z innymi (Cacioppo i in., 2006). Taka samotność może wynikać z różnic w oczekiwaniach wobec relacji, osobowości jednostki lub zniekształceń poznawczych. Z drugiej strony dobre relacje potrafią działać bardzo ochronnie. Wsparcie społeczne pomaga lepiej



radzić sobie ze stresem i jego konsekwencjami psychologicznymi i zdrowotnymi. Źródła wsparcia obejmują relacje, które zaspokajają podstawowe potrzeby człowieka - przynależność, więzi czy miłość i mogą one pochodzić nie tylko od rodziny czy przyjaciół, ale również instytucji, grup wyznaniowych lub grup wsparcia. Pozytywne efekty wsparcia społecznego obejmują poczucie przynależności, bliskości, kontroli nad sytuacją oraz reinterpretacje wydarzeń życiowych w sposób bardziej adaptacyjny (Gawęda, 2021).

2.4 Depresja u mężczyzn i młodych ojców

2.4.1 Wprowadzenie

W tym rozdziale przedstawiono zagadnienia dotyczące depresji u mężczyzn ze szczególnym uwzględnieniem okresu poporodowego. Omówiono funkcjonowanie mężczyzn, charakterystykę depresji poporodowej u mężczyzn, metody diagnostyki, typowe objawy oraz czynniki ryzyka. W analizie zawarto również przebieg depresji w kontekście społeczno-kulturowym oraz zmiany jakie zachodzą w postrzeganiu tradycyjnej roli ojca we współczesnym społeczeństwie. Dodatkowo przedstawiono znaczenie wsparcia społecznego i emocjonalnego jako czynnika chroniącego zdrowie psychiczne ojców.

2.4.2 Depresja poporodowa u mężczyzn - diagnostyka, czynniki ryzyka

Depresja poporodowa u mężczyzn to temat ciągle mało badany i dyskutowany. Zaburzenie to pojawia się w okresie po narodzinach dziecka, a szczyt osiąga między trzecim i szóstym miesiącem po porodzie (Leśniewska i in., 2021). Szacuje się, że PPPD dotyka nawet 10% ojców w tym okresie, choć wcześniejsze badania wskazywały odsetki sięgające nawet 25% (Koch i in., 2019). Analiza zbiorcza badań wskazuje, że około 8,4% ojców doświadcza depresji poporodowej, a w ciągu pierwszego roku po narodzinach dziecka występowanie zaburzenia niemal się podwaja. Wyniki te sugerują, że funkcjonowanie psychiczne mężczyzn powinno być obserwowane i wspierane przez cały pierwszy rok ojcostwa (Leśniewska i in., 2021). Warto przy tym zauważyć, że depresja u mężczyzn ogółem, nie tylko w okresie poporodowym, bywa rzadziej diagnozowana niż u kobiet. Mimo to, to właśnie mężczyźni znacznie częściej popełniają samobójstwa. W literaturze wskazuje się, że może to wynikać z



innej specyfiki przebiegu męskiej depresji, w której dominują trudniejsze do wychwycenia objawy. Dodatkowo mówi się o silnych powiązaniach ze społecznymi oczekiwaniami wobec mężczyzn i narzuconych norm dotyczących męskości (Chodkiewicz i Miniszewska, 2016).

Diagnostyka PPPD jest utrudniona ze względu na brak konkretnych narzędzi i kryteriów dostosowanych do sposobu przeżywania depresji w męskiej populacji. Narzędzia przesiewowe takie jak Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), pierwotnie opracowane dla kobiet, mogą nie wychwytywać objawów charakterystycznych dla męskiej depresji, w tym izolacji społecznej, drażliwości czy nadużywania substancji. W badaniach porównawczych, że odsetek ojców z objawami depresji różni się z zależności od używanego narzędzia. Na przykład Beck Depression Scale wykazywała obecność objawów depresji u 10,5% badanych, natomiast w EPDS wskazywała 18,5% pozytywnych wyników (Leśniewska i in. 2021).

W odpowiedzi na braki w narzędziach opracowano nową propozycję ukierunkowaną na specyfikę męskiego przeżywania depresji. Jednym z takich narzędzi jest Male Depression Risk Scale (MDRS-22). Skala ta uwzględnia charakterystyczne dla mężczyzn wzorce zachowań, a w tym tłumienie emocji, impulsywność, nadużywanie alkoholu czy skłonność do ryzyka. Podobne założenia dotyczą Masculine Depression Scale (MDS), która skonstruowana została w oparciu o dwa wymiary. Internalizację, czyli poczucie wewnętrznego napięcia, wycofanie z kontaktów społecznych, objawy somatyczne; oraz eksternalizację, a w tym agresję, używki i nadaktywność seksualną. Zastosowanie w diagnostyce tych narzędzi pozwala na trafniejsze rozpoznanie męskiej depresji zwłaszcza w przypadku, którym objawy przybierają formę rozbieżną od tradycyjnie rozumianego przebiegu choroby (Chodkiewicz i Miniszewska, 2016).

Dodatkowo badania wskazują, że depresja poporodowa u ojców może przejawiać się w odmienny sposób niż u kobiet. Typowe dla mężczyzn jest zwiększona drażliwość, impulsywność, podejmowanie ryzykownych zachowań, izolacja społeczna, obniżona zdolność radzenia sobie ze stresem oraz zażywanie substancji psychoaktywnych, często jako forma samoleczenia. Mężczyźni mogą doświadczać poczucia bezsilności, lęku, obawy o przyszłość czy drażliwość. Ta ostatnia może doskonale zastępować klasyczne rozumienie smutku w depresji. U wielu ojców obserwuje się również problemy ze snem, łaknieniem, trudności poznawcze oraz utratę odczuwania przyjemności z codziennych aktywności. Takie objawy mają realny wpływ na funkcjonowanie w codziennym życiu. W przeciwieństwie do matek, które na pewien czas wycofują się z ról zawodowych, ojcowie kontynuują pracę. Występujące



u ojców zaburzenia poznawcze mogą prowadzić do obniżenia efektywności zawodowej (Sokół-Szawłowska, 2020).

Zaburzenia nastroju u ojców mogą być też rozpatrywane w kontekście zmian neurobiologicznych. Podobnie jak u kobiet, kształtowanie się postaw rodzicielskich u mężczyzn wiąże się ze zmianami hormonalnymi, określoną aktywnością mózgu i neuroplastycznością. Szczególną rolę odgrywa oksytocyna, odpowiadająca za kształtowanie więzi. Badania pokazują, że w trakcie wczesnego rodzicielstwa stężenie tego hormonu nie różni się istotnie między matkami i ojcami. Warte zauważenia są też hormony steroidowe. Kiedy poziom testosteronu u mężczyzny wzrasta w okresie reprodukcyjnym, po narodzinach dziecka ulega on obniżeniu, a to może istotnie wpływać na adaptację w nowej roli (Sokół-Szawłowska, 2020).

Ważnym elementem w kontekście podatności na depresję poporodową mężczyzn są również czynniki psychospołeczne. Zaobserwowano, że pierwsze doświadczenie roli ojca, kiedy rzeczywistość opieki nad noworodkiem może różnić się od wcześniejszych wyobrażeń może być dużym źródłem stresu. Dodatkowo istotne znaczenie mają wcześniejsze doświadczenia depresyjne, trudności w relacjach partnerskich, problemy zawodowe, uzależnienia. Depresja matki dziecka również zwiększa ryzyko wystąpienia PPPD u ojca. Warto również wspomnieć o zmianie koncentracji uwagi partnerki. Gdy ta przekierowuje się przede wszystkim na noworodka, u ojca może wywoływać lub nasilać poczucie odrzucenia (Sokół-Szawłowska, 2020).

2.4.3 Męska depresja w ujęciu społeczno-kulturowym

Tożsamość człowieka w znacznym stopniu kształtowana jest w procesie socjalizacji płciowej. W toku wychowania jednostka przyswaja normy, przekonania i wzorce zachowań, które określają co w danej kulturze jest właściwe i akceptowane dla kobiet jak i dla mężczyzn. Proces ten stanowi jeden z głównych czynników wpływających na psychiczne funkcjonowanie dorosłych. Te społeczne i kulturowe wzorce płciowe determinują zarówno ryzyko występowania zaburzeń psychicznych jak i wpływają na zasoby ochronne, którymi jednostka dysponuje. Presje związane z realizacją ról męskich i kobiecych mogą kształtować sposób radzenia sobie ze stresem oraz dostęp i korzystanie ze wsparcia społecznego (WHO, 2002, Frackowiak-Sochańska, 2011).



Społeczno-kulturowe podejście do męskiej depresji zakłada, że zaburzenie jest w dużej mierze warunkowane internalizacją tradycyjnych, zsocjalizowanych norm społecznych. Badania pokazują, że kobiety są diagnozowane na depresję dwa razy częściej niż mężczyźni. Większa zapadalność kobiet na depresję jest częściowo determinowana strategiami stosowanymi przez nie w sytuacjach stresowych. Kobiety łatwiej poddają się ruminacji, a to prowadzi do nasilenia przeżywania smutku czy lęku. Z kolei mężczyźni w odpowiedzi na stres mają większą skłonność do konkretnych działań i rozwiązania problemu, co odwraca ich uwagę od przeżywanych emocji. Nolen-Hoeksema i Girgus (1994) w swoich badaniach podkreślają, że choć depresja częściej diagnozowana jest u kobiet, to doświadczanie obniżonego nastroju jest porównywalne dla obu płci. Dodatkowo zwracają uwagę, że statystyki męskiej depresji mogą być mocno niedoszacowane. Mężczyźni częściej maskują depresję poprzez zachowania impulsywne, ryzykowne, złość lub uzależnienia, przez co rzadziej interpretują je jako objawy rozpoznania zaburzenia (Nolen-Hoeksema i Girgus, 1994; Frąckowiak-Sochańska, 2011).

Dodatkowo w okresie poporodowym, społeczno-kulturowe oczekiwania wobec mężczyzn mogą nasilać objawy depresyjne. Presje związane z rolą ojca, zmiany w obowiązkach domowych, ograniczony czas na odpoczynek, mogą prowadzić do maskowania emocji, a dalej prowadzić do drażliwości, wycofania czy złości. Społeczne oczekiwania wobec męskości promują niezależność, odporność emocjonalną czy kontrolę nad emocjami, a to sprawia, że mężczyźni często odbierają smutek i poczucie bezradności jako przejawy słabości niepasujące do stereotypowej męskości (Chodkiewicz i Miniszewska, 2016). Dodatkowo słaba jakość relacji w związku, małe wsparcie emocjonalne czy niestabilność finansowa mogą istotnie wpływać na zwiększone ryzyko zaburzenia. Co więcej, badania pokazują, że depresja ojca negatywnie wpływa na wczesne interakcje z dzieckiem. Obniżony nastrój u ojca może wywołać u niemowlęcia tzw. negatywny temperament (czyli częstsze przeżywanie negatywnych emocji). Depresyjni ojcowie ograniczają zabawy twarzą w twarz, inicjują mniej kontaktów, mają trudności z nawiązywaniem więzi i wykazują mniejsze zaangażowanie w opiekę (Sokół-Szawłowska, 2020). Dodatkowo, kiedy oboje rodziców doświadczają objawów depresyjnych, ryzyko wystąpienia problemów z zachowaniem dziecka wzrasta (Leśniewska i in. 2021).

Dokładne zrozumienie podstaw funkcjonowania męskiej depresji, a w tym depresji poporodowej może istotnie pomóc w kształtowaniu profilaktyki, edukacji jak i konkretnych podejść terapeutycznych. Współcześnie badacze podkreślają wartość terapii poznawczo-behawioralnej, skupionej na pracy z stereotypowymi przekonaniem odnośnie do ról płciowych. Przeformułowanie tych sztywnych wzorców może ułatwić mężczyznom wyrażanie



emocji, a co za tym idzie, może sprzyjać budowaniu lepszej relacji terapeutycznej (Chodkiewicz i Miniszewska, 2016).

2.4.4 Tradycyjny model ojcostwa - zmiany

Analizując współczesne przemiany w rozumieniu roli ojca, warto odnieść się do tradycyjnego modelu ojcostwa. Model ten przez lata kształtował społeczne oczekiwania wobec mężczyzn i funkcji jaką powinni pełnić w rodzinie. W tym ujęciu ojciec pełnił przede wszystkim funkcję instrumentalno-przystosowawczą, mającą związek z ochroną rodziny i jej utrzymaniem. Jego rola definiowana była poprzez fizyczną siłę, odpowiedzialność materialną oraz dystans emocjonalny wobec dzieci. Matka natomiast odpowiadała za funkcje ekspresyjno-integracyjne, czyli emocjonalne wsparcie i opiekę. Ten tradycyjny model opierał się na założeniu „naturalnego” podziału płci, a miłość ojcowska była postrzegana jako nagroda za posłuszeństwo i spełnienie wymagań. To zupełnie odmienne postrzeżenie w kontekście miłości macierzyńskiej, uznawanej za biologiczną i instynktowną (Tryc, 2021).

Nowoczesny model ojcostwa znacznie różni się od tradycyjnego, opartego na sztywnym podziale ról. Współczesny ojciec angażuje się emocjonalnie i praktycznie w opiekę nad dzieckiem już od najwcześniejszych etapów jego życia. Aktywne uczestnictwo w badaniach czy porodzie jest dzisiaj symbolem partnerskiego podejścia do rodzicielstwa. Ojcowie coraz częściej utożsamiają swoją rolę z opieką i byciem towarzyszem dziecka w dorastaniu. Taki model sprzyja tworzeniu relacji opartej na bliskości i wrażliwości, co ma znaczenie nie tylko dla rozwoju emocjonalnego dziecka, ale także może mieć wpływ na zdrowie psychiczne samego ojca (Tryc, 2021). Zmiany te są efektem szerszych przemian społecznych takich jak emancypacja kobiet i przejmowania przez nie ról tradycyjnie męskich. Ten proces nieco rozmył granice między rolami rodzicielskimi i osłabił tradycyjne rozumienie ojca. Współcześnie zmiany te oceniane są jako pozytywne. Aktywne uczestnictwo mężczyzn w życiu rodzinnym są postrzegane jako oznaka dojrzałości i odpowiedzialności oraz partnerskiego podejścia do rodzicielstwa. Proces ten jest zatem postrzegany nie jako kryzys tradycyjnego podejścia, ale jako część rozwoju w aktualnych realiach społecznych (Wróblewska-Skrzek, 2017).



2.5 Znaczenie wsparcia społecznego i emocjonalnego w kontekście depresji

Wsparcie społeczne stanowi istotny element funkcjonowania człowieka i pełni kluczową rolę w utrzymaniu zdrowia psychicznego. Jego znaczenie szczególnie mocno ujawnia się w kontekście depresji, gdzie pełni funkcję ochronną i łagodzącą wpływ stresu. Kompetencje społeczne, czyli zdolność do budowania i podtrzymywania relacji, należą do kluczowych umiejętności człowieka. Ich deficyt może wiązać się z podwyższonym ryzykiem zaburzeń zdrowia psychicznego. Kompetencje społeczne kształtują się zarówno w wyniku uczenia się, ale są też wynikiem osobowościowych predyspozycji jednostki (Sęk i Heszen-Celińska, 2020).

Wsparcie społeczne ma zarówno charakter indywidualny jak i społeczny. W kontekście indywidualnym oznacza to zdolność człowieka do nawiązywania, utrzymywania relacji czy gotowość do przyjmowania pomocy. W ujęciu środowiskowym wsparcie odnosi się do realnie istniejącej sieci osób - rodziny, przyjaciół, współpracowników. Sieci te stanowią otoczenie społeczne jednostki i stanowią potencjalne źródło pomocy. Oznacza to, że korzystanie ze wsparcia jest możliwe dzięki przynależności do sieci społecznych (efekt zakorzenienia) opartych na wzajemności, solidarności, poczuciu bliskości i zobowiązania. Co ważne, wsparcie nie działa jedynie w sytuacjach kryzysowych człowieka, a jest stałą cechą relacji, które służą przystosowaniu i zdrowiu (Sęk i Heszen-Celińska, 2020).

Do najważniejszych źródeł wsparcia należą osoby bliskie - partnerzy, rodzina, przyjaciele a także grupy rówieśnicze. Te formy wsparcia są najbardziej korzystne, ponieważ nie powodują stygmatyzacji, są łatwo dostępne, spontaniczne i zwykle oparte są na wzajemnym zaufaniu (Sęk, 2004).

W literaturze wskazuje się, że wsparcie społeczne bywa różnie definiowane i klasyfikowane, a proponowane podziały zależą m.in. od przyjętych kryteriów oraz kontekstu badawczego. Jedną z często przywoływanych typologii jest podział na wsparcie: emocjonalne (okazywanie troski i empatii), informacyjne (pomagające lepiej zrozumieć sytuację oraz sprzyjające utrzymaniu poczucia kontroli i samodzielnemu radzeniu sobie z problemem), instrumentalne (udzielanie praktycznych wskazówek), rzeczowe (pomoc materialna lub fizyczna) oraz duchowe (Sęk i Cieślak, 2004).

Skupiając się na filarach relacji interpersonalnych, wsparcie emocjonalne pełni kluczową rolę w poczuciu bezpieczeństwa i regulacji emocji, co jest zgodne z teorią przywiązania. Badania wskazują, że osoby mające dostęp do wsparcia ze strony bliskich doświadczają mniejszego napięcia, niższego poziomu lęku i depresji oraz bardziej stabilnego



funkcjonowania w codziennych sytuacjach (Dudek i Koniarek, 2003). W kontekście przywiązania, udzielanie i otrzymywanie wsparcia emocjonalnego są silnie powiązane ze stylem przywiązania partnerów. Osoby o bezpiecznym stylu częściej postrzegają siebie jako warte otrzymania pomocy i innych jako skłonnych do jej udzielania, aktywnie angażując się w poprawę dobrostanu partnera. Natomiast jednostki o stylach lękowo-ambiwalentnym lub unikającym mogą być mniej dostępne w dawaniu i poszukiwaniu wsparcia, co może wpływać na jakość i stabilność relacji (Malina i Suwalska-Barancewicz, 2017).

Poza wyróżnieniem rodzajów wsparcia, w naukowych opracowaniach wyróżnia się różne typy wsparcia społecznego. Wsparcie postrzegane, czyli takie które odnosi się do subiektywnego przekonania, że w razie potrzeby i kryzysu można liczyć na pomoc najbliższych. Sama świadomość istnienia potencjalnego źródła pomocy może obniżać poziom stresu oraz wzmacniać poczucie radzenia sobie z wymaganiami otoczenia. Wsparcie otrzymywane dotyczy rzeczywistej pomocy udzielonej jednostce w konkretnych sytuacjach; natomiast mobilizacja wsparcia mówi o zdolności człowieka do aktywnego poszukiwania pomocy i zdolności do utrzymywania relacji, które tą pomoc zapewniają. Badania pokazują, że kluczowe jest dopasowanie rodzaju wsparcia do indywidualnych potrzeb - u kobiet większe znaczenie ma wsparcie emocjonalne, u mężczyzn poznawcze (Sęk i Heszen-Celińska, 2020).

Subiektywne poczucie dostępności wsparcia jest w ścisłym związku z doświadczeniem izolacji społecznej. Subiektywna izolacja polega bowiem na odczuwaniu braku satysfakcji z jakości lub liczby posiadanych relacji, niezależnie od ich obiektywnej liczby czy faktycznie otrzymywanego wsparcia (Cacioppo i in., 2006). W konsekwencji jednostka może doświadczać poczucia osamotnienia mimo rozbudowanej sieci kontaktów społecznych. Różnice w subiektywnej ocenie relacji mogą występować nawet w bliskich związkach, co bywa związane z cechami osobowości, oczekiwaniami wobec relacji oraz zniekształceniami poznawczymi (Cacioppo i in., 2006).

W kontekście depresji wsparcie społeczne pełni rolę bufora chroniącego przed skutkami stresu. Osoby, które mają silne więzi z innymi lepiej radzą sobie z obciążeniami psychicznymi i szybciej wracają do równowagi emocjonalnej. Brak wsparcia natomiast może sprzyjać nasileniu objawów zaburzeń i pogłębieniu izolacji społecznej (Sęk i Cieślak, 2004).



Rozdział 3 – Metodologia badań

3.1 Wprowadzenie

Przedmiotem niniejszych badań i głównym pytaniem badawczym jest: w jaki sposób umiejscowienie kontroli może wiązać się z poziomem objawów depresyjnych u ojców dzieci do 3 roku życia.. Badanie koncentruje się na określeniu, czy sposób postrzegania przez mężczyzn wpływu na własne życie - bardziej zewnętrzny lub wewnętrzny - wiąże się z poziomem nasilenia objawów depresyjnych. Dodatkowo przeanalizowano wybrane zmienne demograficzne takie jak wiek, wykształcenie, sytuacja zawodowa czy rodzinna. Oceniono czy zmienne te mogą modyfikować główne zależności.

W ramach rozdziału przedstawiono kluczowe elementy projektu badawczego: sformułowane pytania i hipotezy, opis grupy respondentów, zastosowane narzędzia pomiarowe - w tym Inwentarz Depresji Becka (BDI-II), Skalę Umiejscowienia Kontroli Rottera, ankietę własną mierzącą poczucie wsparcia emocjonalnego od partnerki oraz opis przebiegu zbierania danych. Uzyskane wyniki mogą dostarczyć cennych informacji na temat psychicznego funkcjonowania młodych ojców oraz stanowić punkt wyjścia do tworzenia działań wspierających zdrowie psychiczne mężczyzn ukierunkowanych na wzmacnianie poczucia wpływu, a tym samym obniżanie objawów depresji.

3.2 Pytania i hipotezy badawcze

Pytania badawcze:

PB1: Jak jest powiązanie między umiejscowieniem kontroli (LOC) a nasileniem objawów depresji (BDI) u ojców dzieci do 3. roku życia?

PB2: Jaki jest związek między wiekiem dziecka a nasileniem objawów depresji (BDI) u ojców dzieci do 3. roku życia?

PB3: Jaki jest związek między poziomem wsparcia emocjonalnego otrzymywanego od partnerki a nasileniem objawów depresji (BDI) u ojców dzieci do 3. roku życia?

PB4: Jaki jest związek między poziomem wsparcia emocjonalnego otrzymywanego od partnerki a umiejscowieniem kontroli (LOC) u ojców dzieci do 3. roku życia?



PB5: Jaki jest związek między wcześniejszym lub obecnym korzystaniem z leczenia związanego z depresją a nasileniem objawów depresji (BDI) oraz umiejscowieniem kontroli (LOC) u ojców dzieci do 3. roku życia?

PB6: Jaki jest związek między stabilnością zatrudnienia a nasileniem objawów depresji (BDI) oraz umiejscowieniem kontroli (LOC) u ojców dzieci do 3. roku życia?

PB7: Jaki jest związek między umiejscowieniem kontroli (LOC) a występowaniem myśli samobójczych u ojców dzieci do 3. roku życia?

Hipotezy:

H1: Im bardziej zewnętrzne umiejscowienie kontroli, tym wyższy poziom nasilenia objawów depresji.

Hipoteza H1 opiera się na koncepcji umiejscowienia kontroli Rottera (1966). Osoby z bardziej zewnętrznym LOC mają poczucie, że przebieg ich życia zależy od czynników zewnętrznych, a nie od ich własnych działań. Taki sposób interpretowania zdarzeń sprzyja zwiększonemu ryzyku wystąpienia objawów depresyjnych.

W literaturze międzynarodowej i polskiej wielokrotnie wykazano związek między umiejscowieniem kontroli a nasileniem objawów depresyjnych, przy czym różne badania wykorzystywały różne narzędzia pomiaru oraz analizowały te zmienne w różnych kontekstach. W badaniu Costello (1982), w którym użyto Beck Depression Inventory (BDI) i skali LOC Rottera, stwierdzono, że bardziej zewnętrzne umiejscowienie kontroli korelowało z wyższym nasileniem depresji. Podobne zależności zaobserwowano w Polsce, gdzie uczniowie z bardziej wewnętrznym poczuciem kontroli zdrowia wykazywali niższe nasilenie objawów depresyjnych, natomiast osoby z bardziej zewnętrznym LOC miały wyższe wyniki depresji (Kuty-Pachecka i in., 2020). Analizy te wskazują, że związek między poczuciem kontroli a depresyjnością jest podobny w różnych populacjach i kontekstach, niezależnie od zastosowanego narzędzia pomiaru.

H2: Istnieje zależność między wiekiem dziecka a nasileniem objawów depresyjnych u ojców.

Hipoteza H2 zakłada, że wiek dziecka jest powiązany z nasileniem objawów depresyjnych u ojców, a wczesny okres życia dziecka to czas szczególnego obciążenia



psychologicznego i adaptacyjnego dla ojców. Nowe zadania opiekuńcze, zaburzenia snu, wysoki poziom stresu oraz jednoczesne pełnienie ról rodzinnych i zawodowych mogą zwiększać ryzyko wystąpienia symptomów depresyjnych. Badania wskazują, że objawy depresyjne u ojców są najwyższe w okresie niemowlęcym i wczesnego dzieciństwa, a wraz ze wzrostem wieku dziecka stopniowo maleją (Paulson i Bazemore, 2010).

H3: Wyższy poziom wsparcia emocjonalnego otrzymywanego od partnerki wiąże się z niższym nasileniem objawów depresyjnych u ojców.

W literaturze psychologicznej podkreśla się, że wsparcie społeczne działa jak bufor ochronny przeciwko zaburzeniom nastroju i stresowi – im więcej pozytywnych relacji i zasobów społecznych, tym mniejsze ryzyko doświadczania objawów depresji. Badanie Choi i Ha (2010) wykazało, że wyższy poziom postrzeganego wsparcia ze strony partnera był powiązany z niższym nasileniem objawów depresyjnych, a efekt ten był szczególnie istotny u mężczyzn, dla których partnerka stanowi główne źródło wsparcia emocjonalnego. Wyniki te potwierdzają, że wsparcie emocjonalne ze strony partnerki może odgrywać kluczową rolę w zmniejszaniu nasilenia objawów depresyjnych u ojców.

H4: Wyższy poziom wsparcia emocjonalnego otrzymywanego od partnerki wiąże się z bardziej wewnętrznym umiejscowieniem kontroli u ojców.

Hipoteza H4 opiera się na koncepcji Rottera (1966), według której, doświadczenia społeczne jednostki wpływają na poczucie kontroli nad własnym życiem. Wsparcie społeczne, zwłaszcza emocjonalne wsparcie od bliskiej osoby, może pomagać poczuć się bezpieczniej i pewniej siebie - to z kolei wspiera bardziej wewnętrzne umiejscowienie kontroli.

Przykładem jest badanie Işika (2013), w którym wykazano, że większe wsparcie społeczne, zwłaszcza od bliskich osób, wiąże się z bardziej wewnętrznym umiejscowieniem kontroli oraz pozytywnie wpływa na oczekiwania dotyczące wyników podejmowanych działań. Choć badanie to dotyczyło studentów i kontekstu zawodowego, jego wyniki sugerują, że w sytuacjach wymagających radzenia sobie i podejmowania decyzji, wsparcie emocjonalne może sprzyjać poczuciu wpływu na własne życie.

H5: Istnieje związek między wcześniejszym lub obecnym korzystaniem z leczenia związanego z depresją a poziomem depresji (BDI) oraz umiejscowieniem kontroli (LOC) u młodych ojców.



Hipoteza H5 zakłada, że wcześniejsze lub obecne korzystanie z leczenia depresji może wiązać się z poziomem objawów depresyjnych oraz kierunkiem umiejscowienia kontroli u młodych ojców. Założenie to opiera się na tym, że doświadczenie depresji i związanej z nią terapii czy farmakologii może wpływać na sposób, w jaki jednostka radzi sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami, takimi jak np. narodziny dziecka. Osoby z historią leczenia depresji mogą częściej doświadczać symptomów depresyjnych w sytuacji podwyższonego stresu i wykazywać bardziej zewnętrzne umiejscowienie kontroli. Z drugiej strony, wcześniejsze doświadczenia leczenia mogą wspomagać rozwój mechanizmów radzenia sobie i poczucia sprawczości, co może łagodzić nasilenie objawów depresyjnych.

H6: Ojcowie deklarujący większą stabilność zatrudnienia wykazują niższe nasilenie objawów depresyjnych (BDI) i bardziej wewnętrzne LOC niż ojcowie z niższą stabilnością zatrudnienia.

Hipoteza H6 opiera się na założeniu, że poczucie wyższej stabilności zatrudnienia wiąże się z niższym nasileniem objawów depresyjnych (BDI) oraz bardziej wewnętrznym umiejscowieniem kontroli (LOC) u młodych ojców. Stabilne zatrudnienie to element bezpieczeństwa materialnego i psychologicznego, który może wzmacniać poczucie sprawczości i kontroli nad własnym życiem. W przypadku młodych ojców, którzy mogą funkcjonować w kontekście tradycyjnych stereotypów podziału ról - gdzie to mężczyzna jest głównym żywicielem rodziny, a kobieta opiekuje się dzieckiem - stabilne zatrudnienie może mieć szczególne znaczenie. Pewność dochodu i poczucie bezpieczeństwa finansowego mogą wpływać nie tylko na zdrowie psychiczne, ale też na poczucie własnej wartości i kompetencji w roli ojca. W literaturze wykazano, że wyższe bezpieczeństwo zatrudnienia jest związane ze zmniejszonym ryzykiem poważnych problemów psychicznych, takich jak stres czy częstsze odczuwanie lęku. Wskazuje to, że zatrudnienie o większej stabilności wspiera zdrowie psychiczne ludzi (Wang i in., 2024).

H7: Istnieje związek między umiejscowieniem kontroli a występowaniem myśli samobójczych u młodych ojców.

Hipoteza H7 zakłada, że umiejscowienie kontroli może wiązać się z występowaniem myśli samobójczych u młodych ojców. Bardziej zewnętrzne umiejscowienie kontroli, czyli przekonanie, że wydarzenia życiowe zależą głównie od czynników zewnętrznych, może sprzyjać poczuciu bezradności i obniżeniu sprawstwa w sytuacjach stresujących. W okresie



wczesnego rodzicielstwa, który wiąże się z nową odpowiedzialnością, stresem i zwiększonymi obowiązkami rodzicielskimi taki sposób interpretowania trudności może nasilać negatywne myśli i zwiększać podatność na myśli rezygnacyjne, w tym samobójcze.

3.3 Procedura badania

Badanie zostało przeprowadzone od lipca do listopada 2025 roku i obejmowało mężczyzn, którzy posiadają przynajmniej jedno dziecko w wieku do 3 roku życia. Badanie zostało skonstruowane w formie ankiety online, stworzonej przy użyciu narzędzia Google Forms. Uczestnicy wypełniali kwestionariusz samodzielnie, w dogodnym dla siebie czasie, po zapoznaniu się z informacją o anonimowości i dobrowolności udziału. Udział w badaniu odbywał się na podstawie świadomej zgody, uczestnicy mogli przerwać udział w dowolnym momencie, a w badaniu nie zbierano danych umożliwiających identyfikację osób. Badanie składało się z 4 części: pytań metryczkowych, Skali Poczucia Kontroli, Inwentarzu Depresji Becka-II oraz ankiety własnej. Każdy kolejny etap zawierał szczegółową instrukcję.

Link do badania został udostępniony w możliwie jak najszerszym środowisku, aby uzyskać zróżnicowaną próbę ojców. Ankieta była rozpowszechniana m.in. za pośrednictwem żłobków, męskich forów internetowych oraz przez media społecznościowe. Dzięki temu uzyskano zróżnicowaną grupę badanych pod względem wieku, miejsca zamieszkania oraz sytuacji rodzinnej.

3.4 Charakterystyka narzędzi badawczych

W niniejszej pracy wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

1. Skala BDI-II Inwentarz depresji Becka (Beck, Steer i Brown, 2019; polska adaptacja: Łojek i Stańczak)
2. Skali Umiejscowienia Kontroli – I-E Rottera (Rotter, 1966; polska adaptacja: Drwał, 1978),
3. Kwestionariusz własny - mający na celu zbadanie subiektywnego poczucia wsparcia emocjonalnego od partnerki



3.4.1 Inwentarz depresji Becka (BDI-II)

Inwentarz Depresji Becka (BDI) jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi służących do samooceny nasilenia objawów depresyjnych. Opracowany został w 1961 roku przez Aarona T. Becka wraz z jego współpracownikami. Z czasem inwentarz zaczął być stosowany nie tylko w diagnostyce i terapii zaburzeń nastroju, ale też w badaniach nad różnymi chorobami somatycznymi takimi jak nowotwory czy choroby neurologiczne. Takie zastosowanie pozwalało ocenić nastrój i samopoczucie pacjentów. BDI używa się także do obserwowania zmian nastroju w trakcie leczenia farmakologicznego jak i psychoterapeutycznego (Beck i in., 2019; polska adaptacja: Łojek i Stańczak).

W badaniu zastosowano BDI-II, który służy do oceny nasilenia objawów depresyjnych u osób dorosłych i młodzieży od 13 roku życia. Narzędzie składa się z 21 pozycji, które odnoszą się do różnych aspektów funkcjonowania człowieka. Kwestionariusz skupia się na emocjonalnych i somatycznych objawach depresyjnych takich jak, pesymizm, drażliwość, poczucie winy czy zmiany w odczuwanym apetycie, problemach z koncentracją czy zaburzonym śnie. Każde ze stwierdzeń oceniane jest w czterostopniowej skali oznaczanej punktacją od 0 do 3, gdzie 0 oznacza brak objawy depresyjnego, a 3 największe nasilenie danego objawu. Osoba badana wybiera tę odpowiedź, która najlepiej opisuje jej samopoczucie w okresie ostatnich dwóch tygodni. Polska adaptacja BDI-II została opracowana w ramach badań prowadzonych pod kierunkiem Emilii Łojek przy współpracy z Pracownią Testów Psychologicznych PTP, a normalizacja obejmowała ogólnopolską próbę 574 osób dorosłych, odzwierciedlającą strukturę demograficzną populacji Polski (Beck i in., 2019; polska adaptacja: Łojek i Stańczak).

Suma uzyskanych punktów może mieścić się w zakresie od 0 do 63.

- 0-13 punktów - brak lub minimalne objawy depresyjne,
- 14-19 punktów - łagodne nasilenie objawów depresyjnych,
- 20-28 punktów - umiarkowane nasilenie objawów,
- 29-63 - ciężkie objawy depresyjne.

W kontekście badania ojców dzieci do lat 3, Inwentarz Depresji Becka wydaje się szczególnie trafnym wyborem, ponieważ pozwala uchwycić różne przejawy depresji, zarówno typowe jak obniżony nastrój czy poczucie winy, jak i te, które u mężczyzn mogą pojawiać się w mniej oczywistej formie np. drażliwość czy spadek zainteresowań aktywnościami. Taki



wybór pozwala lepiej zrozumieć specyfikę przeżywania depresji u ojców w okresie wczesnego rodzicielstwa.

3.4.2 Skala Poczucia Kontroli (LOC)

Koncepcja umiejscowienia kontroli została opracowana przez Juliana B Rottera (1966), twórcę teorii uczenia się społecznego. Według badacza ludzie różnią się tym, czy postrzegają swoje życiowe sukcesy i porażki jako wynik swoich działań czy raczej wpływu czynników zewnętrznych. Na tej podstawie wyodrębnił on dwa style poznawcze - wewnętrzne i zewnętrzne umiejscowienie kontroli. Oba style odzwierciedlają sposób w jaki jednostka interpretuje związek pomiędzy zachowaniem a jego konsekwencjami.

Do pomiaru tego wymiaru osobowości Rotter opracował skalę I-E (Internal-External). W niniejszym badaniu wykorzystano polską adaptację skali Rottera autorstwa Z. J. Drwala. Narzędzie składa się z 29 par stwierdzeń, w których 23 są punktowane, a 6 pełni funkcję buforową, która ma na celu zminimalizować możliwość zorientowania się badanego co do celu samego testu (Drwal, 1978).

Badany w każdej parze stwierdzeń wybiera zdanie bliższe jego przekonaniom, a to zostaje punktowane zgodnie z gotowym kluczem odpowiedzi. W adaptacji Drwala, w odróżnieniu od wersji oryginalnej, wyższy wynik oznacza bardziej wewnętrzne umiejscowienie kontroli, a niższy bardziej zewnętrzne (Drwal, 1978).

Skala ta umożliwiła badanie przekonań jednostki dotyczące wpływu na własne życie i jest często wykorzystywana do analizowania funkcjonowania psychicznego czy sposobów radzenia sobie ze stresem. W tej pracy zastosowana została do oceny umiejscowienia kontroli w grupie ojców dzieci do 3 roku życia, aby sprawdzić związek z nasileniem objawów depresji. Narzędzie zostało wybrane ze względu na solidne podstawy teoretyczne i sprawdzone parametry psychometryczne polskiej adaptacji.

3.4.3 Kwestionariusz własny

Ankieta własna została podzielona na dwie części. Pierwsza z nich zawiera pytania metryczkowe. Celem pytań było zebranie danych socjodemograficznych (wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania) jak i rodzaju zatrudnienia i poczucia jego stabilności. Dodatkowo część pierwsza zawiera pytania o ilość dzieci i ich wiek. Informacja ta była znacząca



dla przeprowadzanego badania, ponieważ analiza skupia się na mężczyznach w momencie posiadania przynajmniej jednego dziecka w wieku do lat 3. W metryczce pojawiło się też pytanie dotyczące obecnego lub wcześniejszego korzystania z leczenia związanego z depresją, co pozwoliło uwzględnić doświadczenia psychiczne uczestników w dalszych analizach.

Druga część ankiety własnej dotyczyła subiektywnego rozumienia wsparcia emocjonalnego i jego dostępności ze strony partnerki, matki dziecka. Kwestionariusz zawierał jedno pytanie otwarte dotyczące określenia czym dla mężczyzny jest wsparcie emocjonalne w kontekście bycia ojcem. To pytanie pełniło funkcję eksploracyjną, mającą na celu lepsze zrozumienie definiowana przez mężczyzn wsparcia. Kolejne pięć pytań miało charakter zamknięty i opierało się na pięciostopniowej skali Likerta, pozwalającej ocenić poziom wsparcia emocjonalnego otrzymywanego przez mężczyzn od partnerki. Aby uzyskać jak najbardziej jednolite i zrozumiałe wyniki, w ankiecie zawarto precyzyjnie określone, czym w tym badaniu jest wsparcie emocjonalne. Respondenci otrzymali wskazówki, że chodzi o poczucie bycia rozumianym, wysłuchanym i akceptowanym w trudnych emocjonalnie sytuacjach, a także gotowość partnerki do towarzyszenia w przeżywaniu emocji. Dwa z tych pytań były sformułowane w sposób odwrócony, co wymagało odwrócenia punktacji przy analizie. Wyniki dla całej skali oceniono punktowo, a następnie pogrupowano w pięć przedziałów odpowiadających jakościowej interpretacji poziomu wsparcia: 0-5 pkt - bardzo niskie wsparcie, 6-10 pkt - niskie, 11-15 pkt - umiarkowane, 16-20 pkt - wysokie, 21-25 pkt - bardzo wysokie wsparcie emocjonalne. Taka ankieta pozwoliła ocenić subiektywne poczucie i znaczenie wsparcia emocjonalnego w nowej roli.

W dalszej części ankiety uwzględniono pytania dotyczące innych źródeł wsparcia emocjonalnego, a także pytania eksploracyjne dotyczące wsparcia uzyskiwanego od innych ojców. Pytania dotyczyły częstości i otwartości na rozmowy z innymi ojcami o wyzwaniach i emocjach związanych z ojcostwem, znaczenia jakie badani przypisują poczuciu zrozumienia ich doświadczeń przez innych ojców, oraz oczekiwań dotyczących otrzymywanego wsparcia. Pytania te mają charakter jakościowy i służą przede wszystkim do przedstawienia ogólnych tendencji w zakresie wsparcia emocjonalnego przez innych ojców.

3.5 Charakterystyka grupy badanej

W badaniu wzięło udział 435 mężczyzn, którzy są ojcami przynajmniej jednego dziecka w wieku do lat 3. W przeważającej większości mężczyźni deklarują stan cywilny jako



małżeństwo z matką dziecka (80,5%), a w związku partnerskim (nieformalnym) z matką dziecka deklaruje 17% badanych. W ankiecie uwzględniona została również grupa mężczyzn po rozwodzie lub w separacji (2,5%), gdzie ojcowie aktywnie współuczestniczący w wychowaniu dzieci to 1,8%, a Ci z ograniczonym kontaktem z dzieckiem (0,7%).

Poniżej przedstawiono dane przedziału grupy wiekowej, zróżnicowanie zamieszkania oraz wykształcenie grupy badanych respondentów.

Tabela 1. Przedział wiekowy grupy badawczej

Wiek	Grupa badawcza	
	N	%
23-29	22	5,1
30-39	329	75,6
40-49	82	18,9
50<	2	0,5
Liczba osób	435	100

Źródło: opracowanie własne

Tabela 2 Zróżnicowanie miejsca zamieszkania grupy badawczej

Miejsce zamieszkania	Grupa badawcza	
	N	%
Wieś	78	17,9
Miasto do 20 tys. mieszkańców	41	9,4
Miasto od 21-100 tys. mieszkańców	79	18,2
Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	108	24,8
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	129	29,7
Liczba osób	435	100

Źródło: opracowanie własne



Tabela 3 Zróżnicowanie wykształcenia

Wykształcenie	Grupa badawcza	
	N	%
Podstawowe	1	0,2
Zawodowe	5	1,1
Średnie	85	19,5
Wyższe (licencjackie/inżynier)	147	33,8
Wyższe (magisterskie/doktor)	197	45,3
Liczba osób	435	100

Źródło: opracowanie własne

Analiza danych metryczkowych z Tabeli 1, Tabeli 2 i Tabeli 3 wskazuje, że badana grupa składa się przede wszystkim z osób w wieku 30-39 lat, co stanowiło ponad trzy czwarte grupy. Większość respondentów mieszka w dużych miastach, powyżej 100 tys. mieszkańców, choć znaczący odsetek pochodził również z mniejszych miejscowości i wsi. Pod względem wykształcenia dominowali ojcowie z wykształceniem wyższym, w tym zarówno licencjackim/inżynierskim, jak i magisterskim/doktoranckim, co wskazuje na stosunkowo wykształconą grupę badawczą.

Tabela 4 Dane dotyczące sytuacji zawodowej

Aktualna sytuacja zawodowa	Grupa badawcza	
	N	%
Pracuję na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony	262	60,2
Pracuję na podstawie umowy o pracę na czas określony	23	5,3
Pracuję na podstawie umowy cywilnoprawnej	68	15,6
Prowadzę własną działalność gospodarczą	79	18,2
Jestem bezrobotny	3	0,7
Liczba osób	435	100

Źródło: opracowanie własne



Tabela 5 Zestawienie oceny stabilności miejsca pracy

Ocena stabilności i bezpieczeństwa obecnego miejsca pracy/źródła dochodu	Grupa badawcza	
	N	%
Zdecydowanie stabilnie	143	32,9
Raczej stabilnie	224	51,5
Trudno powiedzieć	35	8
Raczej niestabilnie	29	6,7
Zdecydowanie niestabilnie	4	0,9
Liczba osób	435	100

Źródło: opracowanie własne

Dane metryczkowe w Tabeli 4 i 5 wskazują, że badani ojcowie stanowią stosunkowo stabilną zawodowo i ekonomicznie grupę. Zarówno struktura form zatrudnienia jak i subiektywna ocena pewności miejsca pracy i dochodu wskazują, że większość z nich postrzega swoją sytuację zawodową jako przewidywalną i bezpieczną.

Tabela 6 Dane dotyczące ilości posiadanego potomstwa

Ilość posiadanych dzieci	Grupa badawcza	
	N	%
Jedno dziecko	210	48,3
Dwoje dzieci	169	38,9
Troje dzieci	42	9,7
Czworo i więcej dzieci	14	3,2
Liczba osób	435	100

Źródło: opracowanie własne



Tabela 7 Zestawienie wieku najmłodszego posiadanego dziecka

Wiek najmłodszego dziecka (w miesiącach)	Grupa badawcza	
	N	%
0-6 miesięcy	71	16,3
7-12 miesięcy	61	14
13-24 miesięcy	95	21,8
25-36 miesięcy	208	47,8
Liczba osób	435	100

Źródło: opracowanie własne

Dane dotyczące struktury rodzinnej (Tabela 6 i 7) pokazują, że większość badanych ojców wychowuje jedno lub dwoje dzieci, a ponad połowa doświadcza rodzicielstwa po raz pierwszy. Wiek najmłodszego dziecka najczęściej mieścił się w przedziale 25-36 miesięcy, co wskazuje, że dominują ojcowie mający już za sobą wczesne, najbardziej intensywne tygodnie opieki nad niemowlęciem.

Tabela 8 Dane dotyczące korzystania z leczenia związanego z depresją

Korzystanie obecnie lub w przeszłości z leczenia związanego z depresją	Grupa badawcza	
	N	%
Tak	76	17,5
Nie	359	82,5
Liczba osób	435	100

Źródło: Opracowanie własne

Z danych zawartych w Tabeli 8 wynika, że zdecydowana większość badanych ojców nigdy nie korzystała z leczenia depresji, ani farmakologicznego, ani psychoterapeutycznego. Analiza wskazuje, że 17,5% badanych miała doświadczenie kontaktu ze specjalistyczną pomocą w związku z leczeniem objawów depresji.



Rozdział 4 – Analiza i interpretacja wyników

4.1 Prezentacja wyników

W tej części pracy zaprezentowano wyniki przeprowadzonego badania. Rozdział zawiera podstawową charakterystykę analizowanych zmiennych oraz ocenę ich rozkładów. Na wstępie przedstawiono statystyki opisowe dla nasilenia objawów depresji (BDI), umiejscowienia poczucia kontroli (wyniki surowe i stenowe) oraz poziomu wsparcia emocjonalnego mierzonego ankietą własną. Oceniono również normalność rozkładów przy użyciu testu Shapiro-Wilka. W celu zbadania związków między zmiennymi zastosowano korelacje rang Spearmana, natomiast różnice między grupami oceniono przy użyciu testów nieparametrycznych: U Manna-Whitneya oraz Kruskala-Willisa.

4.1.1 Statystyki opisowe

Na wstępie przedstawiono zestawienie statystyk opisowych, które obrazują rozkład wyników w badanych zmiennych uzyskanych przy użyciu zastosowanych narzędzi badawczych (Tabela 9). Dane obejmują wartości średnie, medianę oraz odchylenie standardowe, a także wskaźniki skośności i kurtozy, które pozwalają ocenić kształt rozkładów badanych zmiennych. Dodatkowo zaprezentowano wyniki testu Shapiro-Wilka, służącego do oceny zgodności rozkładu empirycznego z rozkładem normalnym.

Tabela 9 Statystyki opisowe dla kwestionariuszy BDI, LOC oraz wsparcia emocjonalnego

Zmienna	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Skew.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Max</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
BDI surowe	11,95	9,00	11,07	1,01	0,83	0,00	56,00	0,90	< 0,001
LOC - surowe	10,86	11,00	4,22	-0,29	-0,27	0,00	21,00	0,98	< 0,001
LOC - sten	5,01	5,00	1,82	-0,08	0,15	1,00	10,00	0,97	< 0,001
Wsparcie emocjonalne	15,10	15,00	5,26	-0,07	-1,04	5,00	25,00	0,97	< 0,001

M - średnia; *Me* - mediana; *SD* - odchylenie standardowe; *Skew.* - skośność; *Kurt.* - kurtoza; *Min.*, *Max* - wartości minimalne i maksymalne; *W* - test Shapiro–Wilka i *p* - poziom istotności.

Źródło: opracowanie własne



W przypadku nasilenia depresji (BDI) średnia wartość wyniosła 11,95 punktu. Zróznicowane wyników było stosunkowo duże ($SD=11,07$), co oznacza, że w grupie występowały osoby z wynikami bardzo niskimi jak i bardzo wysokimi. Rozkład wyników był prawoskośny ($Skew = 1,01$), co wskazuje, że większość badanych uzyskała niższe wartości, a osoby z wysokimi wynikami występowały rzadziej. Test Shapiro-Wilka wykazał istotne odstępstwo od normalności ($W = 0,90$; $p < .001$), co oznacza, że rozkład wyników nie przypomina idealnego dzwonu Gaussa.

W analizie poczucia kontroli (LOC) średnia wartość surowa wyniosła 10,86 punktu, przy odchyleniu standardowym równym 4,22, co oznacza umiarkowane zróżnicowanie wyników w danej grupie. Mediana wyniosła 11,00, co wskazuje, że połowa uczestników uzyskała wynik równy lub wyższy od tej wartości. Rozkład wyników był niemal symetryczny ($Skew = -0,29$) i nieznacznie płaski ($Kurt = -0,27$), co sugeruje, że wyniki w grupie nie odbiegają znacznie od wartości przeciętnych. Test Shapiro-Wilka wykazał istotne odstępstwo od normalności rozkładu ($W = 0,98$; $p < .001$) co oznacza, że rozkład wyników nie jest idealnie normalny. Podsumowując, w badanej grupie dominowały wyniki wskazujące na przeciętny poziom poczucia kontroli, natomiast osoby z wynikami skrajnie niskimi lub bardzo wysokimi występowały stosunkowo rzadko.

Podobnie w przypadku poczucia kontroli wyrażonego w skali stenowej. Średnia wyniosła 5,01 ($SD = 1,82$), a mediana 5,00, co wskazuje na przeciętny poziom umiejscowienia kontroli w badanej grupie w odniesieniu do norm. Rozkład wyników był zbliżony do symetrycznego ($Skew = -0,08$), a wartości kurtozy ($Kurt = 0,15$) sugerują, że wyniki nie odbiegały wyraźnie od rozkładu typowego dla populacji. Zakres wyników mieścił się w przedziale od 1 do 10 stenów, jednak większość badanych uzyskiwała rezultaty w okolicach wartości przeciętnych, natomiast wyniki skrajnie niskie i wysokie występowały rzadziej. Test Shapiro-Wilka wykazał istotne odstępstwo od normalności rozkładu ($W = 0,97$; $p < 0,001$), co oznacza, że rozkład wyników stenowych nie spełnia w pełni założenia normalności.

W wynikach poziomu wsparcia emocjonalnego otrzymywanego od partnerki średnia wartość wyniosła 15,10 punktu, przy odchyleniu standardowym równym 5,26, co oznacza umiarkowane zróżnicowanie wyników w badanej grupie. Mediana wynosiła 15,00, co wskazuje, że połowa uczestników uzyskała wynik równy lub wyższy od tej wartości. Rozkład wyników był prawie symetryczny ($Skew = -0,07$) i dość spłaszczony ($Kurt = -1,04$), co oznacza, że wyniki były bardziej rozproszone i mniej skupione wokół wartości przeciętnych. Test

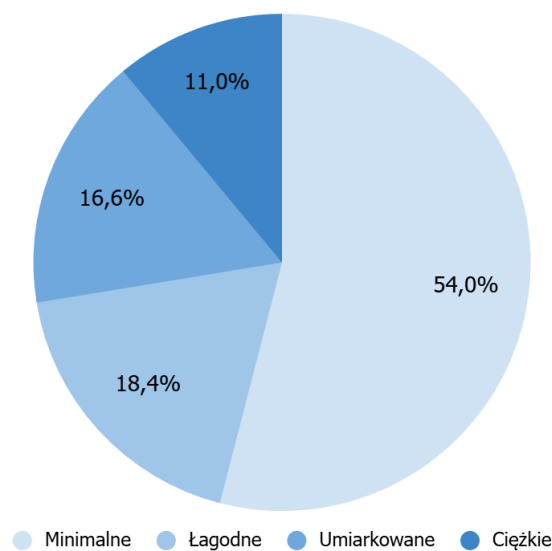


Shapiro-Wilka wykazał istotne odstępstwo od normalności ($W = 0,97$; $p < 0,001$) co oznacza, że rozkład wyników nie jest idealnie normalny. W grupie większość uczestników osiągnęła więc przeciętny poziom wsparcia emocjonalnego ze strony partnerki.

4.1.2 Rozkład wyników dla poszczególnych zmiennych

W dalszej kolejności przedstawiono rozkład nasilenia objawów depresji w badanej grupie. Wyniki uzyskane w kwestionariuszu BDI zostały pogrupowane według przyjętych kategorii nasilenia: minimalne, łagodne, umiarkowane oraz ciężkie. Dane przedstawione zostały na wykresie kołowym, który pokazuje jaka część badanych uzyskała wyniki w poszczególnych przedziałach.

Rozkład okazał się prawoskośny, co wskazuje, że w badanej grupie przeważały osoby z niższym nasileniem objawów depresyjnych. Największa część respondentów osiągnęła wyniki minimalne (54%, $n = 235$). Kolejne 18,4% ($n = 80$) uzyskało wyniki łagodne, 16,6% ($n=72$) umiarkowane, natomiast 11% ($n = 38$) badanych osiągnęło poziom ciężki.

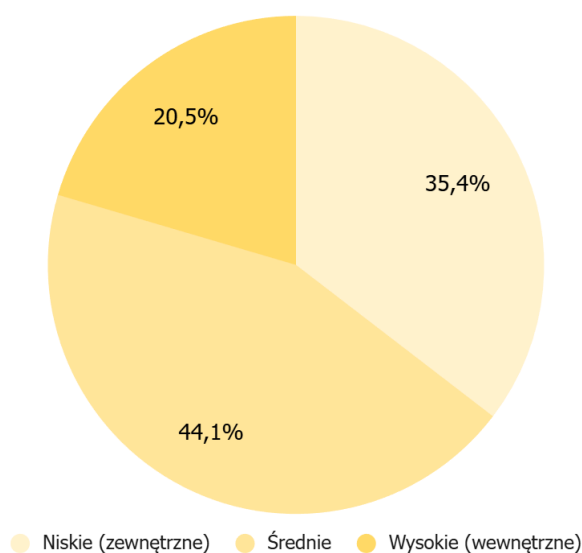


Rysunek 1 Rozkład nasilenie objawów depresyjnych (BDI) w badanej grupie ojców

W kolejnym etapie analizy przedstawiono rozkład nasilenia poczucia umiejscowienia kontroli w badanej grupie. Wyniki surowe uzyskane w Skali Umiejscowienia Kontroli Rottera

zostały zaklasyfikowane zgodnie z przyjętymi kategoriami stanowymi do trzech poziomów: niskiego (zewnętrzne poczucie kontroli), średniego oraz wysokiego (wewnętrzne poczucie kontroli). Dane zaprezentowano na wykresie kołowym, który ukazuje jaki odsetek uczestników mieści się w każdym z przedziałów.

W badanej próbie 35,4% (n = 154) osób osiągnęło wyniki wskazujące na bardziej zewnętrzne poczucie kontroli, 44,1% (n = 192) mieściło się w zakresie średnim, natomiast 20,5% (n = 89) uzyskało wyniki świadczące o bardziej wewnętrznym poczuciu kontroli. Oznacza to, że największa część badanych prezentowała przeciętny poziom umiejscowienia kontroli, natomiast wyniki skrajne - zarówno wyraźnie zewnętrzne, jak i wyraźnie wewnętrzne - występowały rzadziej. Analiza sugeruje, że badana grupa była zróżnicowana, jednak najczęściej uzyskiwano wyniki mieszczące się w umiarkowanym, typowym zakresie.



Rysunek 2 Rozkład umiejscowienia kontroli (LOC) w badanej grupie ojców

4.1.3 Rozkład wyników dla kwestionariusza własnego

Celem analizy jest przedstawienie rozkładu wyników uzyskanych przez respondentów w kwestionariuszu własnym dotyczącym wsparcia emocjonalnego ze strony partnerki. Wyniki wsparcia emocjonalnego można było sklasyfikować w pięciu przedziałach: bardzo niski, niski,

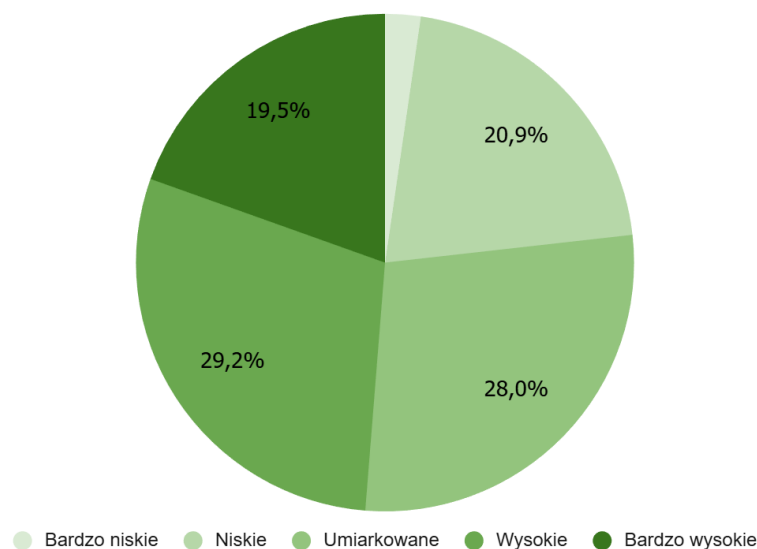
umiarkowany, wysoki i bardzo wysoki. W tabeli zestawiono zarówno liczbę osób (n) jak i udział procentowy (%) w poszczególnych kategoriach.

Tabela 10 Rozkład wyników ankiety własnej - wsparcie emocjonalne

Wsparcie emocjonalne od partnerki	n	%
Bardzo niskie	10	2,3
Niskie	91	20,9
Umiarkowane	122	28,0
Wysokie	127	29,2
Bardzo wysokie	85	19,5
Liczba osób	435	100

Źródło: opracowanie własne

Poniżej został również zaprezentowany diagram kołowy przedstawiający procentowy rozkład wyników dla całego kwestionariusza. Wykres ten wizualnie obrazuje dominujące poziomy wsparcia w badanej grupie ojców.



Rysunek 3 Rozkład poziomu wsparcia emocjonalnego od partnerki w badanej grupie ojców

Analiza danych wskazuje, że największa grupa respondentów uzyskała wyniki w kategoriach wysokie (29,2%) oraz umiarkowane (28%), natomiast najmniejszy odsetek przypadł na kategorię bardzo niskie (2,3%). Oznacza to, że większość badanych doświadcza przeciętnego lub wysokiego poziomu wsparcia.

Źródła wsparcia deklarowane przez respondentów

W pytaniu dotyczącym źródeł wsparcia respondenci mogli wskazać maksymalnie dwie odpowiedzi. Najczęściej deklarowanym źródłem wsparcia była partnerka (51,3%), co potwierdza ważną rolę relacji partnerskiej w codziennym funkcjonowaniu ojców. W dalszej kolejności wskazywano przyjaciół (21,1%) oraz znajomych, którzy również są ojcami (20,2%), co sugeruje znaczenie bliskich więzi przyjacielskich, jak i wsparcia wynikającego ze wspólnych doświadczeń rodzicielskich. Wsparcie ze strony rodziny pochodzenia było zgłaszane rzadziej: matka pojawiła się w 16,1% odpowiedzi, ojciec 7,4 %, a inni członkowie rodziny (brat, siostra, kuzyn) w 11,3%. Część badanych korzystała ze wsparcia profesjonalnego - terapia lub pomoc psychologiczna stanowiła źródło wsparcia dla 2,5% respondentów, natomiast grupy wsparcia dla 1,6%.

Warto zwrócić uwagę, że niemal jedna czwarta uczestników (24,6%) wskazała brak jakiegokolwiek osoby, od której mogłaby otrzymać wsparcie. Taki wynik może wskazywać nie tylko na doświadczanie samotności czy ograniczone zasoby społeczne, ale również na trudności w proszeniu o pomoc lub brak świadomości co do własnej potrzeby otrzymywania wsparcia.

W kategorii „Inne” (3%) pojawiały się odpowiedzi nietypowe m.in. „uśmiech dziecka”, „cel, do którego dążę”, „Bóg”, „teściowie”. Część odpowiedzi wskazywała również na korzystanie z pomocy dostępnej online m.in. poprzez Internet lub narzędzia oparte na sztucznej inteligencji (np. „czasem korzystam z chat GPT”). Choć nie stanowią one klasycznego źródła wsparcia społecznego, to ukazują jak różnorodne i indywidualne mogą być strategie radzenia sobie i postrzeganie tego co daje wsparcie w życiu codziennym.



Tabela 11 Deklarowane źródła wsparcia

Kto jest źródłem wsparcia	<i>N</i>	%
Partnerka	223	51,3
Matka	70	16,1
Ojciec	32	7,4
Inny członek rodziny (np. Brat, siostra)	49	11,3
Przyjaciół/przyjaciółka	92	21,1
Znajomy, który też jest ojcem	88	20,2
Grupa wsparcia (np. Dla rodziców/ojców)	7	1,6
Terapeuta/psycholog	11	2,5
Nikt – nie mam takiej osoby	107	24,6
Inne	21	3
Razem	700	100

*Pytanie wielokrotnego wyboru; badani mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź, dlatego suma wskazań przekracza *N**

Źródło: opracowanie własne

4.2 Weryfikacja hipotez

W tej części pracy przedstawiona została szczegółowa analiza zależności między badanymi zmiennymi w kontekście postawionych hipotez. Każda hipoteza została poddana testom statystycznym, odpowiednim do rodzaju danych, a następnie zinterpretowana pod kątem istotności i kierunku obserwowanych zależności. Uzyskane wyniki pozwalają sprawdzić czy postawione założenia teoretyczne sprawdzają się w badanej grupie.

H1: Im bardziej zewnętrzne umiejscowienie kontroli, tym wyższy poziom nasilenia objawów depresji.

W pierwszym etapie sprawdzono ogólny związek między umiejscowieniem kontroli a nasileniem objawów depresji i oceniono w jakim kierunku przebiegła ta zależność (H1), czyli czy bardziej zewnętrzne umiejscowienie kontroli wiąże się z wyższym poziomem objawów



depresyjnych. W tabeli przedstawiono wyniki analizy korelacji między umiejscowieniem kontroli (LOC wynik surowy) a nasileniem objawów depresji (BDI) u badanych ojców.

Tabela 12 Korelacja między umiejscowieniem kontroli (LOC) a nasileniem objawów depresji (BDI) u ojców.

Zmienna 1	Zmienna 2	N	ρ	p
LOC - wyniki surowe	BDI - wyniki surowe	435	-0,25	< 0,001

N - liczebność próby; ρ - współczynnik korelacji Spearmana; p - poziom istotności

Źródło: opracowanie własne

Analiza korelacji rang Spearmana wykazała istotny statystycznie związek między umiejscowieniem kontroli a nasileniem objawów depresyjnych w badanej grupie ojców ($n = 435$, $\rho = -0,25$, $p < 0,001$). Wartość współczynnika korelacji wskazuje na słaby do umiarkowanego związek o charakterze ujemnym, co oznacza, że im niższy wynik w skali umiejscowienia kontroli (w adaptacji Drwala niższy wynik wskazuje bardziej zewnętrzne umiejscowienie kontroli), tym wyższe nasilenie objawów depresyjnych mierzone za pomocą BDI. Wynik ten jest statystycznie istotny, co sugeruje, że zaobserwowany związek nie wystąpił przypadkowo, a kierunek korelacji jest zgodny z postawioną hipotezą H1 - bardziej zewnętrzne umiejscowienie kontroli wiąże się z wyższym nasileniem objawów depresji u ojców. Zaobserwowany związek między umiejscowieniem kontroli a nasileniem objawów depresyjnych jest zgodny z wynikami wcześniejszych badań (Costello, 1982; Kutry-Pachecka i in., 2020), które również wskazały, że bardziej zewnętrzne LOC wiąże się z wyższym nasileniem depresji.

H2: Istnieje zależność między wiekiem dziecka a nasileniem objawów depresyjnych u ojców.

Poniżej przedstawiono wyniki korelacji między zakodowanym wiekiem dziecka a nasileniem objawów depresyjnych u ojców. Tabela zawiera wartości współczynnika korelacji Spearmana oraz poziom istotności statystycznej dla badanej grupy ojców.



Tabela 13 Korelacja między wiekiem dziecka a nasileniem objawów depresyjnych (BDI) u ojców

Zmienna 1	Zmienna 2	<i>N</i>	ρ	<i>p</i>
BDI - wyniki surowe	Wiek dziecka	435	0,01	0,80

N - liczebność próby; ρ - współczynnik korelacji Spearmana; *p* - poziom istotności

Źródło: opracowanie własne

W badanej grupie ojców deklarowany wiek dziecka został zakodowany porządkowo w czterech przedziałach: 1 = 0-6 miesięcy, 2 = 7-12 miesięcy, 3 = 13-24 miesiące, 4 = 25-36 miesięcy. Analiza korelacji rang Spearmana między wiekiem dziecka a nasileniem objawów depresyjnych (BDI) wykazała brak istotnej zależności ($n = 435$, $\rho = 0,01$, $p = 0,80$). Wartość współczynnika wskazuje na praktycznie brak związku między zmiennymi, co oznacza, że w tej grupie wiek dziecka nie wpływał na nasilenie objawów depresyjnych. Należy jednak zauważyć, że próbka była nierównomiernie rozłożona - niemal połowa badanych ojców (47,8%) miała najmłodsze dziecko w wieku 25–36 miesięcy, co sugeruje, że w próbie dominowali rodzice, którzy już przeszli przez wczesny, najbardziej intensywny okres opieki nad niemowlęciem.

Choć wcześniejsze badania sugerowały, że objawy depresyjne są najwyższe w okresie niemowlęcym i wczesnego dzieciństwa, a wraz z wiekiem dziecka stopniowo maleją (Paulson i Bazemore, 2010), w badanej próbie taki związek nie został zaobserwowany. Hipoteza H2 nie została zatem potwierdzona.

H3: Wyższy poziom wsparcia emocjonalnego otrzymywanego od partnerki wiąże się z niższym nasileniem objawów depresyjnych u ojców

Poniżej przedstawiono wyniki analizy korelacji między poziomem nasilenia objawów depresji, a wsparciem emocjonalnym od partnerki (ankieta własna). Tabela zawiera wartości współczynnika korelacji Spearmana oraz poziom istotności statystycznej dla badanej grupy ojców.



Tabela 14 Związek między poziomem objawów depresji (BDI) a wsparciem emocjonalnym partnerki

Zmienna 1	Zmienna 2	<i>N</i>	ρ	<i>p</i>
BDI - wyniki surowe	Wsparcie emocjonalne – wynik surowy	435	-0,52	< 0,001

N - liczebność próby; ρ - współczynnik korelacji Spearmana; *p* - poziom istotności

Źródło: opracowanie własne

Analiza korelacji rang Spearmana wykazała ujemny i statystycznie istotny związek między nasileniem objawów depresyjnych (BDI) a postrzeganym wsparciem emocjonalnym otrzymywanym od partnerki ($n = 435, \rho = -0,52, p < 0,001$). Wartość współczynnika wskazuje na umiarkowany, znaczący związek, co oznacza, że wyższy poziom otrzymywanego wsparcia emocjonalnego wiąże się z niższym nasileniem objawów depresyjnych w badanej grupie ojców. Wynik ten sugeruje, że wsparcie emocjonalne może pełnić funkcję czynnika ochronnego przed występowaniem depresji. Jednocześnie należy zaznaczyć, że choć związek jest istotny i umiarkowany, poziom depresji może być także kształtowany przez inne czynniki osobowościowe, psychologiczne czy środowiskowe.

Wyniki te potwierdzają wcześniejsze ustalenia literatury, pokazujące, że wsparcie społeczne działa jako bufor ochronny wobec stresu i zaburzeń nastroju. Badanie Choi i Ha (2010) wskazuje, że bliskie relacje rodzinne i partnerskie, w tym wsparcie emocjonalne, są powiązane z niższym nasileniem objawów depresyjnych u opiekunów małych dzieci, co odpowiada przedstawionej analizie.

H4: Wyższy poziom wsparcia emocjonalnego otrzymywanego od partnerki wiąże się z bardziej wewnętrznym umiejscowieniem kontroli u ojców.

W tabeli przedstawiono wyniki analizy korelacji między poziomem wsparcia emocjonalnego otrzymywanego od partnerki a umiejscowieniem kontroli (LOC) u badanych ojców.



Tabela 15 Wyniki analizy korelacji między wsparciem emocjonalnym od partnerki a umiejscowieniem kontroli (LOC) u ojców

Zmienna 1	Zmienna 2	<i>N</i>	ρ	<i>p</i>
Wsparcie emocjonalne - wyniki surowe	LOC – wyniki surowe	435	0,13	0,007

N - liczebność próby; ρ - współczynnik korelacji Spearmana; *p* - poziom istotności

Źródło: opracowanie własne

Analiza korelacji Spearmana wykazała dodatni i statystycznie istotny, choć bardzo słaby związek między poziomem wsparcia emocjonalnego od partnerki a wewnętrznym umiejscowieniem kontroli (gdzie wyższe wartości oznaczają bardziej wewnętrzne umiejscowienie kontroli) u badanych ojców ($n = 435, \rho = 0,13, p = 0,007$). Wynik ten sugeruje, że wyższy poziom otrzymywanego wsparcia może nieznacznie sprzyjać bardziej wewnętrznemu umiejscowieniu kontroli, jednak efekt ten jest niewielki.

Należy podkreślić, że LOC jest cechą względnie stałą w dorosłym życiu, choć może ulegać pewnym zmianom pod wpływem ważnych wydarzeń życiowych. W kontekście grupy ojców dzieci do lat 3, korelacja pokazuje, że wsparcie emocjonalne od partnerki może mieć pewien niewielki wpływ na kształtowanie poczucia kontroli jednak nie jest dominującym czynnikiem wpływającym na LOC.

Wnioski te pokazują, że hipoteza H4 zakładająca wpływ wsparcia na LOC ma słaby efekt, więc inne czynniki psychologiczne czy środowiskowe prawdopodobnie odgrywają znacznie większą rolę w kształtowaniu umiejscowienia kontroli u ojców.

H5: Istnieje związek między wcześniejszym lub obecnym korzystaniem z leczenia związanego z depresją a poziomem depresji (BDI) oraz umiejscowieniem kontroli (LOC) u młodych ojców.

W tabeli przedstawiono porównanie poziomu objawów depresji (BDI) oraz umiejscowienia kontroli (LOC) między osobami korzystającymi z leczenia związanego z depresją a osobami, które nigdy z takiego leczenia nie korzystały. Zestawiono średnie wyniki



obu grup oraz rezultaty testu U Manna-Whitneya, umożliwiające ocenę istotności różnic między nimi.

Tabela 16 Różnice w poziomie depresji (BDI) i umiejscowienia kontroli (LOC) między osobami korzystającymi i niekorzystającymi z leczenia

Zmienna	Tak		Nie		<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>SE r</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
BDI	22,41	13,28	13,06	9,02	7806	< 0,001	-0,43	0,07
LOC	9,67	3,73	11,35	3,99	16929	< 0,001	0,24	0,07

Dla TAK: *n* = 76, NIE: *n* = 359; *M* - średnia; *SD* - odchylenie standardowe; *U* - test U Manna-Whitneya; *p* – poziom istotności; *r* - wielkość efektu; *SE r* - błąd standardowy *r*

Źródło: opracowanie własne

Analiza porównawcza przy użyciu testu U Manna-Whitneya wykazała istotne różnice w poziomie objawów depresji (BDI) pomiędzy osobami, które korzystają lub korzystały z leczenia farmakologicznego lub psychoterapeutycznego związanego z depresją (“TAK”, *N* = 76), a osobami, które nigdy z takiego leczenia nie korzystały (“NIE”, *N* = 359). Osoby leczone uzyskały średni wynik BDI = 22,4, natomiast osoby nieleczone średni wynik BDI = 13,6. Wynik testu U Manna-Whitneya okazał się statystycznie istotny (*U* = 7806, *p* < 0,001), a współczynnik korelacji rangowo-dwuseryjnej wskazał na umiarkowany efekt (*r* = -0,43). Oznacza to, że osoby korzystające z leczenia miały wyższy poziom depresji niż osoby nieleczone.

W przypadku umiejscowienia kontroli (LOC) również zaobserwowano różnice między grupami. Osoby korzystające z leczenia uzyskały średni wynik LOC = 9,6, co wskazuje na bardziej zewnętrzne umiejscowienie kontroli, podczas gdy osoby nieleczone uzyskały średni wynik LOC = 11,3, co sugeruje mniej zewnętrzne interpretowanie zdarzeń życiowych. Test U Manna-Whitneya wykazał istotność statystyczną (*U* = 16929, *p* < 0,001), a wartość korelacji rangowo dwuseryjnej *r* = 0,24, co wskazuje na słaby efekt. Wyniki te sugerują, że leczenie może wiązać się z różnicami w postrzeganiu kontroli nad własnym życiem, ale efekt ten jest stosunkowo niewielki.



Podsumowując, osoby, które korzystały z leczenia depresji, wykazały wyższy poziom objawów depresyjnych oraz bardziej zewnętrzne umiejscowienie kontroli niż osoby nieleczone, przy czym efekt w zakresie umiejscowienia kontroli jest stosunkowo niewielki.

H6: Ojcowie deklarujący większą stabilność zatrudnienia wykazują niższe nasilenie objawów depresyjnych (BDI) i bardziej wewnętrzne LOC niż ojcowie z niższą stabilnością zatrudnienia.

Na potrzeby obliczeń deklarowana stabilność zatrudnienia została pogrupowana w trzy kategorie: „Niska” (oceny 1-2: „Zdecydowanie niestabilnie” i „Raczej niestabilnie”), „Średnia” (ocena 3: „Trudno powiedzieć”) oraz „Wysoka” (oceny 4-5: „Raczej stabilnie” i „Zdecydowanie stabilnie”).

Poniżej przedstawiono zestawienie wyników dotyczących nasilenia objawów depresyjnych (BDI) w zależności od deklarowanej stabilności zatrudnienia ojców.

Tabela 17 Statystyki opisowe dla stabilności zatrudnienia i wynik testu Kruskala-Wallisa dla BDI

Stabilność zatrudnienia	N	M	SD	SE	Współczynnik zmienności
Niska	33	20,79	13,09	2,28	0,63
Średnia	35	17,17	7,76	1,31	0,45
Wysoka	367	13,91	10,28	0,54	0,74
Test Kruskala-Wallisa		$H = 16,21$	$df = 2$	$p < 0,001$	

N - liczebność próby; *M* - średnia; *SD* - odchylenie standardowe; *SE* - błąd standardowy; *Współczynnik zmienności* - miara względnego zróżnicowania.

Źródło: opracowanie własne

Uzyskane wyniki wskazują na istotne statystycznie różnice w nasileniu objawów depresyjnych mierzoną Inwentarzem Depresji Becka (BDI-II) pomiędzy grupami ojców różniącymi się deklarowaną stabilnością zatrudnienia. Test Kruskala-Wallisa wykazał istotny



efekt zmiennej stabilności zatrudnienia, $H = 16,21$, $df = 2$, $p < 0,001$, co oznacza, że poziom nasilenia objawów depresyjnych istotnie różni się pomiędzy porównywanymi grupami.

Analiza statystyk opisowych pokazuje, że najwyższe nasilenie objawów depresyjnych występowało w grupie ojców deklarujących niską stabilność zatrudnienia ($M = 20,79$), niższe w grupie o średniej stabilności zatrudnienia ($M = 17,17$), natomiast najniższe w grupie ojców deklarujących wysoką stabilność zatrudnienia ($M = 13,91$). Wyniki te sugerują, że wraz ze wzrostem stabilności zatrudnienia obserwuje się obniżenie nasilenia objawów depresyjnych u badanych ojców.

Uzyskane rezultaty potwierdzają pierwszą część hipotezy H6, zgodnie z którą ojcowie deklarujący większą stabilność zatrudnienia wykazują niższe nasilenie objawów depresyjnych.

Poniżej przedstawiono zestawienie wyników dotyczących poziomu umiejscowienia kontroli (LOC) w zależności od deklarowanej stabilności zatrudnienia ojców.

Tabela 18 Statystyki opisowe dla stabilności zatrudnienia i wynik testu Kruskala–Wallisa dla LOC

Stabilność zatrudnienia	N	M	SD	SE	Współczynnik zmienności
Niska	33	9,82	4,14	0,72	0,42
Średnia	35	9,74	3,77	0,64	0,39
Wysoka	367	11,30	3,96	0,21	0,35
Test Kruskala-Wallisa		$H = 7,95$	$df = 2$	$p < 0,02$	

N - liczebność próby; *M* - średnia; *SD* - odchylenie standardowe; *SE* - błąd standardowy; *Współczynnik zmienności* - miara względnego zróżnicowania.

Źródło: opracowanie własne

Uzyskane wyniki wskazują na istotne statystycznie różnice w poziomie umiejscowienia kontroli (LOC) pomiędzy grupami ojców różniącymi się deklarowaną stabilnością zatrudnienia. Test Kruskala-Wallisa wykazał istotny efekt zmiennej stabilności zatrudnienia, H

= 7,95, $df = 2$, $p < 0,02$, co oznacza, że poziom umiejscowienia kontroli istotnie różni się pomiędzy porównywanymi grupami.

Analiza średnich wskazuje, że ojcowie deklarujący wysoką stabilność zatrudnienia mają bardziej wewnętrzne umiejscowienie kontroli ($M = 11,30$) niż badani z niższą stabilnością. Jednocześnie w grupach o niskiej i średniej stabilności zatrudnienia wyniki LOC są bardzo zbliżone ($M = 9,82$ i $M = 9,74$). Może to sugerować, że zależność ta nie ma charakteru w pełni stopniowego. Możliwe, że bardziej znacząca różnica w umiejscowieniu kontroli ukazuje się dopiero przy wysokim poziomie stabilności zatrudnienia, natomiast przy stabilności niskiej i średniej poziom LOC pozostaje podobny.

Innym powodem, z którego mogą wynikać zbliżone wyniki niskiej i średniej deklarowanej stabilności zatrudnienia jest nierówna liczebność grup. W badaniu znacznie więcej ojców znalazło się w grupie wysokiej stabilności niż w grupach niskiej i średniej, co mogło utrudnić uchwycenie subtelnych różnic pomiędzy tymi dwoma poziomami.

W odniesieniu do hipotezy H6 uzyskane wyniki częściowo ją potwierdzają. W zakresie umiejscowienia kontroli (LOC) zaobserwowano istotne różnice pomiędzy grupami oraz tendencję zgodną z założeniem, że wyższa stabilność zatrudnienia wiąże się z bardziej wewnętrznym umiejscowieniem kontroli.

Podsumowanie hipotezy H6

Uzyskane wyniki w dużej mierze potwierdzają hipotezę H6. Ojcowie deklarujący wyższą stabilność zatrudnienia wykazywali niższe nasilenie objawów depresyjnych (BDI) oraz bardziej wewnętrzne umiejscowienie kontroli (LOC) w porównaniu do ojców o niższej stabilności. Zależność ta była szczególnie wyraźna w przypadku wysokiej stabilności zatrudnienia, natomiast różnice między grupami o niskiej i średniej stabilności w LOC były minimalne.

Wyniki te można interpretować w kontekście stabilnego zatrudnienia jako źródła bezpieczeństwa materialnego i psychologicznego, sprzyjającego poczuciu sprawczości, kontroli nad własnym życiem i lepszemu funkcjonowaniu psychicznemu. Ma to szczególne znaczenie u młodych ojców, dla których stabilność zatrudnienia może wzmacniać poczucie kompetencji w roli żywiciela rodziny. Uzyskane rezultaty pozostają spójne z literaturą



wskazującą, że większe bezpieczeństwo zatrudnienia wiąże się z niższym ryzykiem problemów psychicznych (Wang i in., 2024).

H7: Istnieje związek między umiejscowieniem kontroli a występowaniem myśli samobójczych u młodych ojców.

W analizie brano pod uwagę odpowiedzi na pozycję w BDI-II dotyczącą myśli samobójczych, ocenianą w skali od 0 do 3. Wynik 0 oznaczał brak myśli samobójczych, 1 - występowanie myśli samobójczych bez zamiaru ich realizacji, 2 - deklarację chęci popełnienia samobójstwa, natomiast 3 - deklarację gotowości do podjęcia próby w sprzyjających okolicznościach. Wyższy wynik wskazywał na większe nasilenie myśli samobójczych.

Poniżej przedstawiono wyniki korelacji między umiejscowieniem kontroli a występowaniem myśli samobójczych w badanej grupie ojców.

Tabela 19 Związek między LOC a myślami samobójczymi u młodych ojców

Zmienna 1	Zmienna 2	N	ρ	p
LOC – wyniki surowe	Myśli samobójcze	435	-0,23	< 0,001

N - liczebność próby; ρ - współczynnik korelacji Spearmana; p - poziom istotności

Źródło: opracowanie własne

Analiza korelacji Spearmana wykazała ujemny i statystycznie istotny, choć słaby związek między umiejscowieniem kontroli a występowaniem myśli samobójczych u badanych ojców ($n = 435$, $\rho = -0,23$, $p < 0,001$). Wynik ten sugeruje, że osoby z bardziej wewnętrznym umiejscowieniem kontroli (wyższe wyniki LOC) zgłaszają mniej myśli samobójczych, natomiast osoby z bardziej zewnętrznym umiejscowieniem kontroli (niższe wyniki LOC) mają ich więcej.

Należy podkreślić, że umiejscowienie kontroli uznaje się za względnie stałą cechę osobowości, która może podlegać zmianom i wahaniom pod wpływem doświadczeń



życiowych. Uzyskany wynik wskazuje, że bardziej wewnętrzne poczucie kontroli wiąże się z niższym nasileniem myśli samobójczych, co może świadczyć o jej ochronnej roli w funkcjonowaniu psychicznym ojców. W związku z tym hipoteza H7 potwierdza się, choć warto podkreślić, że związek ten nie jest bardzo silny. Sugeruje to, że umiejscowienie kontroli to tylko jeden z elementów wpływających na pojawienie się myśli samobójczych w badanej grupie ojców.



Rozdział 5. Dyskusja

Zdrowie psychiczne mężczyzn w okresie wczesnego ojcostwa staje się coraz częściej przedmiotem badań psychologicznych, choć wciąż pozostaje obszarem wymagającym pogłębionej analizy. Szczególną uwagę zwraca depresja w okresie poporodowym, której występowanie bywa niedoszacowane i często trudne do wczesnego rozpoznania.

W badanej grupie ojców zaobserwowano związek między nasileniem objawów depresji a umiejscowieniem kontroli. Wyższy poziom objawów depresji wiązał się bowiem z bardziej zewnętrznym umiejscowieniem kontroli, co może wskazywać, że poczucie braku wpływu na wydarzenia życiowe zwiększa podatność na trudności w adaptacji w nowej roli rodzica a co za tym idzie - obniżony nastrój. Co ciekawe, w badanej grupie nie zaobserwowano istotnego związku między wiekiem dziecka a nasileniem objawów depresji. Może to sugerować, że trudności psychiczne ojców nie wynikają bezpośrednio z wieku dziecka, ani z nowości doświadczania rodzicielstwa. Są raczej wynikiem indywidualnych cech (takich jak umiejscowienie kontroli) czy wcześniejszych doświadczeń i to one kształtują sposób radzenia sobie w nowej roli. Okres poporodowy jest bowiem czasem nabywania nowych umiejętności w opiece, przyjmowania innego rodzaju odpowiedzialności za dziecko i rodzinę oraz jest pełne zmian w funkcjonowaniu relacji partnerskich i rodzinnych. W takich sytuacjach osoby z bardziej zewnętrznym LOC mogą odczuwać większy stres i poczucie bezradności. Sytuacja społeczno-kulturowa i jej dynamiczne zmiany, kształtowanie się nowej ojcowskiej tożsamości, a także ograniczone wsparcie emocjonalne mogą dodatkowo wzmacniać trudności wpływając na negatywne samopoczucie. Warto jednak zaznaczyć, że niemal połowa badanych ojców miała najmłodsze dziecko w wieku 25-36 miesięcy, co oznacza, że w próbie przeważali rodzice, którzy już przeszli przez najbardziej wymagający okres opieki nad niemowlęciem. Można więc wstępnie stwierdzić, że nasilenie objawów depresji u młodych ojców może zależeć bardziej od cech osobowości i wcześniejszych doświadczeń niż od wieku dziecka, choć z uwagi na nierównomierny rozkład próby wyniki te należy traktować ostrożnie.

Dodatkowo, ojcowie, którzy deklarowali, że korzystali lub korzystają z leczenia depresji, mają obecnie wyższy poziom objawów depresyjnych oraz bardziej zewnętrzne umiejscowienie kontroli w porównaniu do ojców nieleczonych. Wynik ten pokazuje, że osoby z wcześniejszym doświadczeniem depresji są w grupie ryzyka i mogą potrzebować dodatkowego wsparcia w kontekście wchodzenia w nową rolę.



Warto również zwrócić uwagę na odsetek ojców zgłaszających występowanie myśli samobójczych. Wśród badanych, aż 26,7 % wskazało ich obecność, co stanowi istotny odsetek badanych ojców. Zestawiając ten wynik z rozkładem nasilenia objawów depresji można zauważyć, że pokrywa się on z poziomem nasilenia objawów w stopniu umiarkowanym (16,6%) i ciężkim (11%). Sugeruje to, że myśli samobójcze pojawiły się przede wszystkim u ojców doświadczających bardziej nasilonych trudności psychicznych. Choć uzyskany wynik nie pozwala na generalizację na całą populację ojców, to stanowi on istotny sygnał wskazujący na obecność poważnych trudności psychicznych u części ojców w badanej grupie.

Kontynuując aspekty pełniące funkcje ochronne dla danej grupy ważnym czynnikiem okazuje się również stabilność zatrudnienia mężczyzn. Osoby deklarujące większą stabilność zawodową wykazywały niższe nasilenie objawów depresji i bardziej wewnętrzne LOC. Można przypuszczać, że poczucie bezpieczeństwa w pracy może działać buforowo, dając miejsce na spokojną adaptację do nowych wyzwań w roli ojca. W tradycyjnym modelu rodziny oczekuje się od mężczyzny, że będzie w stanie zapewnić rodzinie środki do życia i stabilność finansową. Pewność tej stabilizacji może zmniejszać stres i poczucie bezradności. Dzięki temu ojciec może skupiać się na realizowaniu się w nowej roli rodzica, angażować się w opiekę i budowanie relacji, zamiast koncentrować się na obawach o bezpieczeństwo materialne rodziny.

Kolejną ochronną funkcję w badanej grupie ojców wykazało wsparcie emocjonalne otrzymywane od partnerki. Wyniki sugerują, że mężczyźni, którzy deklarują większe wsparcie ze strony partnerki doświadczają niższego nasilenia objawów depresyjnych. Otrzymywane przez ojców wsparcie może zatem pełnić rolę bufora w trudnym okresie wczesnego ojcostwa, pomagając lepiej radzić sobie ze stresem i zmianami w życiu rodzinnym. Okres wczesnego rodzicielstwa wiąże się bowiem z długotrwałym podwyższonym poziomem stresu, a stres ten może sprzyjać rozwojowi stanów depresyjnych. Wsparcie emocjonalne może zatem dawać poczucie bezpieczeństwa i wpływać na szybsze odbudowywanie równowagi emocjonalnej w wymagających sytuacjach. Wynik ten jest zgodny z dotychczas omówionymi badaniami wykazującymi ochronną rolę wsparcia w kontekście zdrowia psychicznego.

Z kolei analiza zależności między wsparciem emocjonalnym otrzymywanym od partnerki a umiejscowieniem kontroli wykazała słabą, dodatnią korelację. Oznacza to, że wyższy poziom wsparcia wiąże się z nieznacznie bardziej wewnętrznym umiejscowieniem kontroli, jednak siła tej zależności jest niewielka. Sugeruje to, że wsparcie nie odgrywa istotnej roli w kształtowaniu umiejscowienia kontroli. Potwierdzałoby to tezę o uznawaniu LOC jako



stałej cechy osobowości, która ukształtowana wcześniej jest mniej podatna na wydarzenia życiowe i oddziaływanie środowiska społecznego.

Analiza jakościowa pytania o wsparcie emocjonalne

W ramach badania respondentom zadano jedno pytanie otwarte mające na celu pogłębienie wyników ilościowych oraz zrozumienie indywidualnego rozumienia wsparcia emocjonalnego ze strony partnerki. Na pytanie odpowiedziało łącznie 304 badanych. Zastosowano jakościową analizę treści o charakterze indukcyjnym, co oznacza, że kategorie tematyczne wyłaniały się bezpośrednio z otrzymanych danych. Odpowiedzi zostały wielokrotnie przeczytane, a następnie pogrupowane w osiem kategorii tematycznych przedstawiających najczęściej pojawiające się wątki.

Rozmowa, wysłuchanie i zrozumienie emocji

Najliczniej reprezentowaną kategorią było oczekiwanie wsparcia emocjonalnego rozumianego jako możliwość rozmowy, bycie wysłuchanym oraz zrozumienie bez oceniania. Ojcowie podkreślali potrzebę dzielenia się trudnościami dnia codziennego i oczekiwanie, że ich przeżycia zostaną dostrzeżone i zrozumiane. Podkreślali, że chcieliby, aby ich partnerki rozumiały zmiany, jakie przyniosło im ojcostwo, a także ich perspektywę i ciężar codziennych obowiązków. W wypowiedziach znalazły się sformułowania takie jak: „zrozumienie mojej perspektywy, zrozumienie mojego ciężaru”, „empatia partnerki i zrozumienie, że od mężczyzny też się dużo wymaga po urodzeniu dziecka”, „zrozumienie przez innych, że mimo że to nie ojciec przechodził przez trud ciąży i porodu to może być w równym stopniu jak matka zmęczony, niewyspany, przestraszony, zdenerwowany”, „bycie wysłuchanym i zrozumienie jest bardzo ważna oraz możliwość wyrażenia swoich emocji tych pozytywnych jak i negatywnych, których to w okresie wczesnego rodzicielstwa jest wiele”, „wysłuchanie, udzielenie rad, wyrozumiałość wobec słabszej formy”, „najważniejsze jest zrozumienie i uznanie. Jako ojciec mam wiele dodatkowych obowiązków, które nie zawsze wiążą się bezpośrednio z opieką nad dzieckiem, ale te obowiązki są często nieuwzględniane przy podziale obowiązków. Z tego wynika duża presja, stres, zmęczenie”.

Analiza odpowiedzi ojców wskazuje, że emocjonalne wsparcie w postaci rozmowy, wysłuchania i zrozumienia ich perspektywy odgrywa kluczową rolę w doświadczeniu ojcostwa. Komunikacja w związku okazuje się więc centralnym elementem zapewniającym poczucie



wsparcia. Zgłaszane sytuacje lekceważenia lub oceniania emocji mogą utrudniać tę komunikację, prowadząc do wycofania i ograniczenia dzielenia się uczuciami. Dodatkowo stereotypowe postrzeganie mężczyzny jako głównego wsparcia emocjonalnego w tym okresie przez niektóre partnerki, a także społeczne wzorce męskości promujące niezależność, samowystarczalność i maskowanie emocji, mogą tłumić jego chęć proszenia o pomoc. Dodatkowo w kontekście bardziej aktywnego i zaangażowanego ojcostwa potrzeba wsparcia może być jeszcze większa, a brak skutecznej komunikacji i zrozumienia ojcowskiej perspektywy emocji może wówczas potęgować poczucie stresu, izolacji i niedostatecznego wykorzystania dostępnego wsparcia.

Docenienie wysiłków i zaangażowania

Drugą pod względem ilości odpowiedzi kategorią okazała się ta dotycząca docenienia wysiłków i starań ojców. Badani wielokrotnie podkreślali, że chcieliby, aby ich codzienne zaangażowanie w obowiązki rodzinne było zauważane i uznawane, zarówno w zakresie opieki nad dzieckiem jak i w dbaniu o bezpieczeństwo funkcjonowania rodziny. Badani podkreślali, że często ich działania są niedostrzegane lub uznawane za mniej istotne w porównaniu z rolą matki, co może prowadzić do poczucia bezużyteczności i niedoceniaenia. Ojcowie pisali: „chciałbym być doceniony i komplementowany raz na jakiś czas przez żonę i najbliższą rodzinę za to, że staram się być dobrym ojcem, który dba o swoje dziecko i kocha je, bawi się z nim i opiekuje się nim.”, „dziękuję, są Twój trud - potrafi dodać energii na długie tygodnie”, „docenienie efektów, a nawet i samych starań”, „dobrze byłoby, gdyby ktoś czasem poklepał po plecach i wsparł. Powiedział coś miłego, taka zwykła rozmowa”, „wystarczy zwykłe - dobrze sobie radzisz albo dziękuję, a nawet tego nie ma”, „od mężczyzn wymaga się jeszcze więcej, ale prawie nigdy nie jest to doceniane. Zwłaszcza jak mają chwilę słabości czy przemęczenia. Oni nie mogą być przecież zmęczeni”, „żona powinna na każdym kroku, doceniać i wspierać męża (ojca). Bez wsparcia partnerki ojcostwo jest jałowe”, „okazywanie wdzięczności za trud oraz poczucie szacunku od partnerki. To w gruncie rzeczy podnosi pewność siebie mężczyzny i stymuluje do dalszego działania, upewnia go w przekonaniu, że postępuje słusznie i motywuje do dalszej walki o zabezpieczenie rodziny”.

Duża część mężczyzn zwracała uwagę, że oprócz tego, że ich wysiłki nie są odpowiednio doceniane, to często doświadczają negatywnej krytyki: „wytykanie i ocenianie potknięć, ciągła krytyka”, „wystarczającym wsparciem dla mnie byłoby ograniczenie krytyki wobec mnie, że nie wykonuję pewnych czynności tak dokładnie jak ona by chciała”, „chcę, aby



moje zaangażowanie było zauważone. Wiele kobiet jest niezadowolonych ze wsparcia ich partnera w wychowaniu, ale jeżeli już pomagają, to zazwyczaj (według kobiet) robią to źle. Zamiast docenić, że mężczyzna angażuje się w wychowanie (powinno to być normą oczywiście) to słyszy, że wszystko robi źle i automatycznie woli się mniej angażować”, „ojciec krytykowany i ciągle pouczany co jak ma robić uczy się, że lepiej to zostawić i odejść na bok”, „nie czuję, żebym miał duże wsparcie. To raczej ode mnie oczekuje się, że będę tym, który przejmie na siebie więcej zobowiązań, będzie bardziej aktywny. I w dużej mierze to robię, natomiast w zamian otrzymuję zazwyczaj niedoceny i pretensje”. Badani w swoich odpowiedziach zwracali uwagę na negatywne skutki nadmiernej krytyki. Ciągłe wytykanie błędów demotywuje i zwiększa napięcie w relacji partnerskiej i może powodować obniżenie poczucia kompetencji.

Analiza odpowiedzi badanych wskazuje, że docenienie wysiłków ojców w codziennej opiece i dbaniu o funkcjonowanie rodziny jest kluczowe dla ich poczucia kompetencji i motywacji do dalszego zaangażowania. Brak uznania partnerki i ciągła krytyka mogą prowadzić do poczucia niedoceny i obniżenia satysfakcji z roli ojca. Z kolei poczucie docenienia może wzmacniać poczucie kompetencji oraz odpowiedzialności w pełnieniu roli rodzicielskiej. Zwrócenie uwagi ojców na aspekty docenienia znajduje potwierdzenie w literaturze, według której zaangażowanie ojców jest kształtowane przez motywację, umiejętności rodzicielskie i wsparcie społeczne, zwłaszcza ze strony matki dziecka. W tym kontekście docenienie ojcowskiego wysiłku odgrywa kluczową rolę w budowaniu poczucia odpowiedzialności i jest istotnym elementem zachęcającym do aktywnego udziału w wychowaniu (Walczak, 2021).

Uznanie roli ojca

Kategoria uznania roli ojca ujawniła, że wielu mężczyzn doświadcza wykluczenia z procesu wychowania dziecka i marginalizacji swojej roli w rodzinie. Wśród badanych ojców pojawiły się odpowiedzi takie jak: „dostrzeżenie chęci działania i zaakceptowanie metod wychowawczych którymi chcę się kierować”, „akceptacja innego podejścia do dzieci niż żony jest ważna. Dostrzeżenie innego sposobu wychowania. I najważniejsze przy dzieciach niepodważanie decyzji rodzica i stawianie na równi jego decyzji, powoduje zwiększenie pewności siebie ojca”, „wspólne a nie jednostronne podejmowanie decyzji w sprawie dzieci”, „uznanie, że rola ojca jest tak samo ważna jak rola matki”, „nie podważanie mojego autorytetu w oczach dziecka”, „nie stawianie roli ojca w złym świetle przed oczami dzieci”. Te



odpowiedzi wskazują na potrzebę respektowania ich autorytetu oraz podejmowanych decyzji w wychowaniu dzieci. Analiza wskazuje, że pomijanie ojca w procesach wychowawczych może prowadzić do poczucia bycia „drugoplanowym” rodzicem, a co za tym idzie może znacznie obniżać poczucie kompetencji i sprawczości.

Kolejnym istotnym wątkiem, wyraźnie obecnym w odpowiedziach badanych było pragnienie traktowania ojców na równi z matką dziecka. Mężczyźni zwracali uwagę, że mimo zaangażowania w opiekę i życie rodzinne nadal bywają postrzegani jako rodzice „drugiego planu”. Wskazywali na potrzebę uznania ich roli oraz zauważenia, że również oni ponoszą odpowiedzialność wychowawczą i doświadczają obciążenia związanego z rodzicielstwem. Jak ujeli badani: „Odczuwam, że po narodzinach dziecka ojciec staje się postacią drugoplanową, bo najważniejsze są dziecko i matka. Cała uwaga kobiety skupia się teraz na dziecku, a mężczyzna jest odsuwany gdzieś na bok. Mi osobiście brakowało takiego wsparcia i docenienia ze strony najbliższego środowiska, szczególnie ze strony partnerki” lub „ojciec powinien być wspierany z zewnątrz na równi z matką, ponieważ ciążą na nim duże oczekiwania społeczne. W rzeczywistości nikt się ojcami nie przejmuje“.

Ojcowie opisywali w tym kontekście duże poczucie nierówności w traktowaniu po narodzinach dziecka. Podkreślali, że uwaga otoczenia koncentruje się przede wszystkim na matce i niemowlęciu, a ich potrzeby i emocje są marginalizowane: „każdego interesowała tylko matka i dziecko”, „Pomimo, że to nie ja byłem w ciąży, nie ja rodziłem, nie ja zmagalem się z powikłaniami po porodzie, chciałbym, żeby druga osoba też była w stanie zauważyć, że mogę być zmęczony, niewyspany, chcę mieć chwilę dla siebie” lub „traktowanie mnie jak drugiego rodzica. Byłem z żoną 15h w szpitalu, byłem przy porodzie i mimo iż oczywiście, nie odczuwałem bólu to był to największy stres jaki w życiu przeżyłem. Przed i po porodzie byłem na każde życzenie mojej żony, mimo iż sam odczuwałem lek, zmęczenie i ogromny paraliżujący stres”. Wielu badanych zwracało uwagę, że wobec ojców kierowane są wysokie oczekiwania społeczne, natomiast wsparcie instytucjonalne i społeczne kierowane jest głównie do matek: „w dzisiejszych czasach nie ma takiego wsparcia od nikogo. (...) Wszelkie formy pomocy są tylko kierowane do kobiet” lub „pomimo poszukiwań nie istnieją żadne instytucjonalne formy wsparcia ojców, co więcej pracownicy instytucji związanych ochroną zdrowia, opieką społeczną czy edukacją nie rozumieją koncepcji ojcostwa. Ich działania utrudniają wręcz pełnienie tej roli”.



Wyniki analizy znajdują niejako potwierdzenie w literaturze przedmiotu, w szczególności w koncepcji maternal gatekeeping (Walczak, 2021). Tak jak wskazywali badani ojcowie, poczucie marginalizacji i niedoceny ich roli może wynikać z m.in. postawy matek wobec ojcowskiego zaangażowania - oczekiwań, kontroli nad wychowaniem oraz sposobem wsparcia jakie udzielają ojcom (Walczak, 2021). Jak wskazuje literatura, gdy matki silnie eksponują swoją rolę i narzucają wyznaczone przez siebie standardy wychowawcze, ojcowie często pozostają w tle i pełnią funkcję „pomocników” zamiast być równorzędnymi partnerami w wychowaniu. W badaniu ojcowie określają to jako bycie rodzicem „drugoplanowym”. Jednocześnie wyniki wskazują, że przyzwolenie matek na metody wychowawcze ojców oraz wspieranie ich w opiece sprzyja wzrostowi poczucia kompetencji i sprawczości, a co za tym idzie zwiększa zaangażowanie ojców. W świetle powyższej analizy, pełne uznanie roli ojca i respektowanie jego samodzielności i inicjatywy wychowawczej okazuje się kluczowym elementem wsparcia emocjonalnego w roli rodzica (Walczak, 2021).

Wsparcie i obecność

Wśród dodatkowych, choć mniej licznych odpowiedzi wyodrębniła się kategoria wsparcia rozumianego jako pomoc w codziennych obowiązkach oraz możliwość odciążenia psychicznego. Ojcowie podkreślali, że współdziałanie, dzielenie się zadaniami i gotowość partnerki do przejęcia części obowiązków w kluczowych momentach przynosi im realną ulgę oraz poczucie bezpieczeństwa. Ojcowie pisali: „wsparcie w obowiązkach, w załatwianiu spraw codziennych, a to zarazem przekłada się na ulgę, odetchnięcie psychiczne”, „wsparcie w krytycznych chwilach”. Badani wskazywali, że takie praktyczne wsparcie zmniejsza poziom stresu i pomaga utrzymać równowagę emocjonalną i wzmacnia poczucie wspólnoty w rodzicielstwie.

Istotnym dopełnieniem tej kategorii była również obecność i dostępność partnerki. Mężczyźni zaznaczali, że sama świadomość jej bliskości i gotowości do kontaktu i wsparcia emocjonalnego stanowi sedno ich komfortu. Obecność fizyczna i emocjonalna, możliwość przytulenia czy poczucie, że przejmie obowiązki, kiedy oni są przeciążeni, tworzy dla badanych ważne poczucie oparcia i pozwala na bezpieczne wytchnienie. Ojcowie pisali: „obecność żony i wiara, że jak ja nie dam rady to ona przejmie pałeczkę i da mi odetchnąć”, „obecność i bliskość”, „przytulenie”.



Przestrzeń osobista

W odpowiedziach pojawiła się także kategoria związana z potrzebą zachowania przestrzeni osobistej i dotychczasowej tożsamości poza rolą ojca. Wielu mężczyzn podkreślało mimochodem, że możliwość czasowego wyjścia poza obowiązki rodzinne stanowi dla nich istotny element równowagi psychicznej. Ojcowie pisali: „chwila na własne pasje, możliwość rozwijania ich z synem w przyszłości”, „chwila samotności”, „akceptacja dotychczasowych potrzeb i form spędzania wolnego czasu”. Wskazywali na potrzebę zachowania własnych zainteresowań, odpoczynku czy samotności. Tego typu przestrzeń pozwala im regenerować siły, utrzymać poczucie spójności z wcześniejszą tożsamością i powracać do obowiązków rodzicielskich z większym zasobem energii i cierpliwości.

Brak potrzeby wsparcia

W analizie pojawiła się także niewielka, ale znacząca kategoria wskazująca na brak potrzeby wsparcia emocjonalnego. Część ojców wskazywała, że rola rodzica jest dla nich naturalna i satysfakcjonująca i nie sprawia szczególnych trudności: „nie wiem czy w ogóle wsparcie jest mi potrzebne w roli ojca, czuję się szczęśliwy w tej roli” albo „bycie ojcem jest dla mnie dość naturalne i nie potrzebuję wsparcia”. Inni natomiast podkreślali, że nie doświadczają żadnego wsparcia, ale jednocześnie nie potrafią lub nigdy o to nie zabiegali: „nie mam wsparcia i nigdy o nie nie prosiłem, chyba nie potrafię prosić o pomoc”.

Wśród badanych pojawiły się również odpowiedzi wskazujące, że wsparcie emocjonalne jest zbędne albo nierealistyczne względem ilości obowiązków: „nie interesuje mnie dodatkowe wsparcie emocjonalne, nie mam czasu przy czwórce dzieci na takie luksusy” lub „nigdy nie potrzebowałem wsparcia, nie wiem, jak miałby ktoś mi w czymś pomóc dzieląc ze mną uczucia”. W odpowiedziach badanych pojawiły się również wypowiedzi ukazujące przekonanie o braku dostępności wsparcia: „wsparcie emocjonalne? A co to? Nikt nigdy nie spytał, jak się czuję”.

Kategoria braku potrzeby wsparcia pokazuje zatem dwa różne oblicza. Z jednej strony rzeczywistą satysfakcję z roli ojca, a z drugiej minimalizowanie własnych potrzeb. U części mężczyzn może to ukazywać faktyczną stabilność emocjonalną i poczucie kompetencji rodzicielskich, ale u innych stanowić mechanizm radzenia sobie polegający na tłumieniu trudności i emocji lub podtrzymywaniu wizerunku „radzącego sobie” mężczyzny.



Wsparcie emocjonalne od mężczyzn

Ankieta własna zawierała również pytania dotyczące wsparcia emocjonalnego otrzymywanego od innych mężczyzn, którzy są ojcami. Badani nie wykazywali wyraźnej potrzeby takiego wsparcia, a znaczenie tego typu relacji oceniali jako umiarkowane. Natomiast niemal 40% mężczyzn miało trudność z określeniem, czy chciałoby otrzymywać więcej wsparcia od innych ojców. Tak wysoki wynik może sugerować, że mężczyźni rzadko mają okazję doświadczać wsparcia emocjonalnego od innych ojców, przez co trudno im świadomie ocenić wartość takiego wsparcia. Może to potwierdzać przypuszczenie, że ojcowie koncentrują się na samodzielnym radzeniu sobie z trudnościami rodzicielskimi. Jednocześnie, wyniki ankiety dotyczącej wsparcia wskazują, że kluczowym źródłem wsparcia emocjonalnego dla badanych mężczyzn jest partnerka - to przede wszystkim przed nią otwierają się, dzielą trudnościami i uzyskują poczucie bezpieczeństwa emocjonalnego.

Podsumowując, wyniki badania wskazują, że zdrowie psychiczne młodych ojców w okresie wczesnego rodzicielstwa jest kształtowane zarówno przez indywidualne cechy, takie jak umiejscowienie kontroli, jak i przez czynniki środowiskowe, w tym wsparcie emocjonalne partnerki oraz uznanie ich roli w rodzinie. Ojcom z bardziej zewnętrznym LOC towarzyszy większe ryzyko wystąpienia objawów depresyjnych, zwłaszcza w sytuacjach ograniczonego wsparcia i niedocenywania ich zaangażowania. Wsparcie emocjonalne, docenienie wysiłku i respektowanie autonomii ojca okazują się kluczowymi mechanizmami ochronnymi, które wspomagają adaptację do nowej roli i redukują poczucie stresu oraz marginalizacji w swojej roli. Uzyskane wyniki podkreślają znaczenie włączania ojców w proces wychowania i uwzględniania ich potrzeb emocjonalnych, co może przyczynić się do poprawy dobrostanu psychicznego ojców oraz do lepszej jakości funkcjonowania całej rodziny.

5.1 Ograniczenia badania

W interpretacji wyników badania należy uwzględnić kilka ograniczeń mogących wpływać na ostateczny obraz wyników. Jednym z możliwych ograniczeń może być sposób doboru próby. Badanie zostało przeprowadzone w formie ankiety internetowej, która została rozpowszechniona w dwojaki sposób: poprzez udostępnianie informacji o badaniu w żłobkach oraz w zdecydowanej większości - rozpowszechnianej w przestrzeniach internetowych skierowanych do mężczyzn. Taki sposób rekrutacji może wiązać się z ryzykiem błędu samo



selekcji. Możliwym jest bowiem, że po badanie chętniej sięgały osoby, które doświadczały subiektywnego obciążenia psychicznego lub trudności emocjonalnych. To mogło sprawić, że w większym stopniu identyfikowały się z tematyką zdrowia psychicznego. Nie można zatem wykluczać, że czynnik ten mógł mieć wpływ na rozkład nasilenia objawów depresji w badanej grupie, a w tym wysoki odsetek ojców zgłaszających myśli samobójcze (26,7%). W związku z tym wyniki badania należy interpretować z ostrożnością, szczególnie w kontekście uogólniania na całą populację ojców. Jednocześnie nie można pomijać faktu, że uzyskany rozkład wyników może wskazywać na rzeczywiste nasilenie trudności emocjonalnych wśród części ojców.

Po drugie, pomimo rosnącej świadomości w zakresie objawów depresyjnych, ich identyfikacja u mężczyzn może być nieco utrudniona ze względu na często specyficzny przebieg męskiej depresji. Objawy bowiem mogą przybierać nietypową formę taką jak drażliwość, izolacja społeczna czy impulsywność, które nie zawsze są w pełni uchwycone przez narzędzia skoncentrowane na klasycznych objawach depresji. Dodatkowo społeczno-kulturowe oczekiwania wobec pojęcia męskości mogą utrudniać ujawnianie się trudności emocjonalnych mężczyzn. Ponadto, interpretacja wyników może być ograniczona przez naturalne w tym okresie zmiany w funkcjonowaniu fizjologicznym i behawioralnym rodziców. Na przykład, krótszy przerywany sen związany z opieką nad dzieckiem, może powodować problemy z koncentracją czy ogólne zmęczenie, a to może wpływać na odpowiedzi w narzędziach mierzących nasilenie typowych objawów depresji.

Warto też zaznaczyć pewne ograniczenia dotyczące pomiaru odczucia wsparcia emocjonalnego w badaniu. Wykorzystana ankieta była narzędziem autorskim, składała się z pięciu pytań pozwalających ocenić subiektywne odczucie wsparcia emocjonalnego od partnerki. Narzędzie to nie przeszło pełnego procesu walidacji psychometrycznej, dlatego jego wyniki należy traktować jako orientacyjne. Mimo tych ograniczeń obserwowane korelacje są zgodne z wynikami badań opisanymi w literaturze, co niejako potwierdza użyteczność narzędzia.

Zakończenie

Przeprowadzone w pracy analizy pokazują, że współczesne ojcostwo, coraz częściej wiąże się z dużymi wymaganiami i obciążeniem psychicznym. Od ojców oczekuje się nie tylko zabezpieczenia materialnego, ale także stałej obecności, zaangażowania emocjonalnego i aktywnego udziału w wychowaniu dziecka. Ten nowy model, choć pożądanym przez społeczeństwo, może być trudny do realizacji, szczególnie w okresie wczesnego rodzicielstwa, który wiąże się z dużymi zmianami i obciążeniem zarówno fizycznym jak i psychicznym.

W tym kontekście istotne znaczenie ma poczucie kontroli. Wyniki badania pokazują, że sposób postrzegania własnej sprawczości wiąże się z nasileniem objawów depresji u badanych ojców. Zewnętrzne umiejscowienie kontroli, czyli przekonanie o braku wpływu na własną sytuację, może sprzyjać poczuciu bezradności i obniżeniu nastroju. W nowej roli rodzicielskiej, w której jest wiele nieprzewidywanych sytuacji, trudnych do kontrolowania, zewnętrzne umiejscowienie kontroli może dodatkowo nasilać trudności adaptacyjne.

Choć głównym celem pracy była analiza depresji i umiejscowienia kontroli, istotnym kontekstem dla interpretacji wyników okazało się wsparcie emocjonalne ze strony partnerki. Z analizy wynika, że subiektywne odczucie wsparcia może wzmacniać poczucie sprawczości i ułatwiać radzenie sobie z wymaganiami związanymi z opieką nad dzieckiem. Brak takiego wsparcia może natomiast sprzyjać poczuciu marginalizacji i utrwalać przekonanie o ograniczonym wpływie na sytuację. Wsparcie może zatem pełnić funkcję ochronną i bardzo potrzebną dla pełnego zrozumienia funkcjonowania ojców w nowej roli.

Warto zwrócić uwagę na to w jaki sposób badani mężczyźni rozumieją wsparcie emocjonalne oraz jakie potrzeby w tym zakresie zgłaszają. Analiza wypowiedzi badanych pokazuje, że wsparcie rozumiane jest przede wszystkim jako możliwość rozmowy, bycia wysłuchanym i zauważonym w swoich emocjach i trudnościach. Ojcowie podkreślali potrzebę zrozumienia, ale też docenienia ich starań związanych z ojcostwem i opieką nad rodziną. Brak takiego wsparcia sprzyjał poczuciu osamotnienia i wycofania emocjonalnego. W wielu wypowiedziach pojawiło się również doświadczanie krytyki czy podważania decyzji wychowawczych co może prowadzić do obniżenia poczucia kompetencji i sprawczości. W tym kontekście deficyt wsparcia emocjonalnego od partnerki może wzmacniać zewnętrzne umiejscowienie kontroli i znacznie wpływać na poczucie wpływu ojców na sytuację rodzinną i własne funkcjonowanie.



Uzyskane wyniki podkreślają potrzebę uwzględniania perspektywy ojców w badaniach nad zdrowiem psychicznym rodziców małych dzieci. Dotychczasowe analizy skupiają się w dużej mierze na doświadczeniach matek, a specyficzne trudności ojców są w tym względzie niedoszacowane. W wypowiedziach badanych pojawiły się także głosy wskazujące na trudności w poszukiwaniu wsparcia psychologicznego skierowanego bezpośrednio do ojców. Mężczyźni deklarowali, że mimo podejmowanych prób nie znaleźli form pomocy odpowiadających ich potrzebom, inni natomiast sięgający po pomoc wskazywali, że czuli się niezrozumiani w swoich problemach dotyczących ojcostwa.

Przeprowadzona analiza wskazuje potrzebę rozwijania form wsparcia psychologicznego skierowanego do ojców. Szczególnie istotne wydają się działania psychoedukacyjne, normalizujące trudności emocjonalne ojców oraz wzmacniające poczucie kompetencji i sprawczości. Dobrym kierunkiem mogą okazać się grupy wsparcia dla ojców lub interwencje krótkoterminowe skupione na psychoedukacji i wsparciu w przeżywaniu emocji. Wartościowym kierunkiem mogłyby się okazać programy skierowane do par w okresie okołoporodowym, które uwzględniałyby rozumienie perspektywy i potrzeb obojga rodziców. Takie działania mogłyby pomóc we wcześniejszym rozpoznawaniu trudności oraz zmniejszeniu ryzyka nasilania objawów depresyjnych u ojców.

Podsumowując, doświadczanie depresji u ojców dzieci do 3 roku życia jest zjawiskiem wieloczynnikowym. Poczucie kontroli nad własnym życiem oraz przekonanie o możliwości wpływu na przebieg rodzicielstwa wydaje się odgrywać znaczącą rolę w adaptacji do nowej roli. Uwzględnienie tych czynników może mieć znaczenie dla dalszych badań jak i praktyki psychologicznej, w której coraz częściej pojawia się potrzeba pracy z ojcami w okresie wczesnego rodzicielstwa.



Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 5). American Psychiatric Association.
- Beck, A. T., Steer, R. A. i Brown, G. K. (2019). *BDI-II: Inwentarz depresji Becka* (wyd. 2, polska normalizacja: E. Łojek i J. Stańczak). Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Butcher, J. N., Hooley, J. M. i Mineka, S. (2017). *Psychologia zaburzeń*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C. i Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging*, 21(1), 140–151. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>
- Chodkiewicz, J. i Miniszewska, J. (2016). Męska depresja – koncepcja, metody pomiaru i związki z zachowaniami samobójczymi. *Psychiatria i psychologia kliniczna*, 16(1), 33–37. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2016.0006>
- Choi, N. G. i Ha, J.-H. (2010). Relationship between spouse/partner support and depressive symptoms in older adults: Gender difference. *Aging & mental health*, 15(3), 307–317. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.513042>
- Cierpiałkowska, L. i Sęk, H. (red.). (2016). *Psychologia kliniczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Costello, E. J. (1982). Locus of control and depression in students and psychiatric outpatients. *Journal of clinical psychology*, 38(2), 340–343. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198204\)38:2<340::aid-jclp2270380220>3.0.co;2-d](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198204)38:2<340::aid-jclp2270380220>3.0.co;2-d)
- Drwal, R. Ł. (1978). Poczucie kontroli jako wymiar osobowości: podstawy teoretyczne, techniki badawcze i wyniki badań. W: *Materiały do nauczania psychologii, seria 3* (t. 3, s. 307–337). PWN.
- Dudek, B. i Koniarek, J. (2003). Wsparcie społeczne jako modyfikator procesu stresu – wybrane problemy teoretyczne i narzędzie pomiaru. *Medycyna pracy*, 54(5), 427–435.
- Engel, G. L. (1992). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Family Systems Medicine*, 10(3), 317–331. <https://dx.doi.org/10.1037/h0089260>



- Frąckowiak-Sochańska, M. (2011). Zdrowie psychiczne kobiet i mężczyzn: płęć społeczno-kulturowa a kategorie „zdrowia psychicznego” i „chorób psychicznych”. *Nowiny lekarskie*, 80(5), 394–406.
- Gale, C. R., Batty, G. D. i Deary, I. J. (2008). Locus of control at age 10 years and health outcomes and behaviors at age 30 years: The 1970 British Cohort Study. *Psychosomatic Medicine*, 70(4), 397–403. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31816a719e>
- Gałecki, P. i Szulc, A. (2023). *Psychiatria* (t. 1–2). Edra Urban & Partner.
- Gawęda, Ł. (red.). (2021). *Kryzys psychiczny w nowoczesnym świecie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen-Celińska, I. i Sęk, H. (2020). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American psychologist*, 44(3), 513–524.
- Işik, E. (2013). Postrzegane wsparcie społeczne i umiejscowienie kontroli jako predyktory oczekiwań dotyczących wyników zawodowych. *Educational sciences: theory and practice*, 13(3), 1426–1430.
- Jarema, M. (red.). (2016). *Psychiatria*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Jasiński, M. (2014). Człowiek poznający samego siebie według koncepcji Seligmana (style wyjaśniania a wyuczona bezradność). *Nauka. Rocznik teologii katolickiej*, 13(1).
- Juczyński, Z. (2000). Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica*, 4, 11–23.
- Kazula, A. (2014). Mechanizmy działania selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI) w depresji. *Farmacja Polska*, 70(12), 711–717.
- Koch, S., De Pascalis, L., Vivian, F., Meurer Renner, A., Murray, L. i Arteche, A. (2019). Effects of male postpartum depression on father-infant interaction: the mediating role of face processing. *Infant mental health journal*, 40(2), 263–276. <https://doi.org/10.1002/imhj.21769>
- Kozicka, K. (2004). Poczucie własnej skuteczności – czynnik sprawczy i jego implikacje dla profilaktyki i terapii pedagogicznej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 17, 173–182.



- Kuty-Pachecka, M., Kozłowska, M., Skórska, K., Gucwa, K., Trzebińska, M., Stępień-Grzelak, P. i Żurawska, E. (2020). Lęk, depresja i poczucie kontroli zdrowia u uczniów szkół średnich w dobie pandemii COVID-19. *Psychiatria i psychologia kliniczna*, 20(4), 219–233. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2020.0029>
- Leśniewska, M., Budzyńska, J., Kozioł, I. i Milanowska, J. (2021). Paternal postpartum depression – a literature review. *Medycyna ogólna i nauki o zdrowiu*, 27(1), 67–73. <https://doi.org/10.26444/monz/138621>
- Levinson, D. F. (2006). The genetics of depression: A review. *Biological Psychiatry*, 60(2), 84–92. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.08.024>
- Malina, A. i Suwalska-Barancewicz, D. (2017). Styl przywiązania partnerów a wsparcie w związku i satysfakcja z życia. *Psychologia rozwojowa*, 22(2), 55–69.
- Michalska-Leśniewicz, M. i Gruszczyński, W. (2010). Czynniki psychologiczne w depresji. *Psychiatria*, 7(3), 95–103.
- Miller, A. H., Maletic, V. i Raison, C. L. (2009). Inflammation and its discontents: the role of cytokines in the pathophysiology of major depression. *Biological psychiatry*, 65(9), 732–741.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). Emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(3), 424–443. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.3.424>
- Nowicki, G. J., Ślusarska, B., Zboina, B. i Deluga, A. (2017). Poczucie własnej skuteczności i umiejscowienie kontroli jako zasoby determinujące podejmowanie zachowań związanych ze zdrowiem. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. Sectio A*, 10(2), 18–37.
- Paulson, J. F. i Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA*, 303(19), 1961–1969.
- Rotter, J. B. (1966). *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. Psychological Monographs, 80(1), 1-28. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=0e0ba037-5897-3b03-9a25-b02d4b178a66>
- Rybakowski, J. (2025). Sześćdziesiąt lat neuroprzekąźnikowych koncepcji chorób afektywnych. *Psychiatria Polska*, 59(5), 707–720.

Sęk, H. i Cieślak, R. (red.). (2004). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sokół-Szawłowska, M. J. (2020). Depresja okołoporodowa u ojców – niezauważalny obszar w psychiatrii. *Psychiatria*, 17(1), 36–40.

Sowa, J. i Hess, G. (2015). Stres a plastyczność mózgu. *Wszechświat*, 116(1–3), 15–21.
<https://nowywszechswiat.ptpk.org/index.php/wszechswiat/article/view/800/640>

Spielman, R. M., Jenkins, W. J. i Lovett, M. D. (2020). *Psychologia* (tłum. J. Czarnota-Bojarska). OpenStax Poland.

Tryc, A. (2021). Nowoczesne ojcostwo w kontekście przemian społeczno-kulturowych. *Kultura i wychowanie*, 19(1), 133–145.

Tokarski, K. (2012). Drogi wyjścia z depresji – przeszłość, teraźniejszość i przyszłość. *Medonet*. <https://www.medonet.pl/zdrowie/wiadomosci,drogi-wyjscia-z-depresji---przeszlosc-terazniejszosc-i-przyszlosc,artykul,1656624.html>

Walczak, A. (2021). *Pomiędzy rolą przypisaną i realizowaną: portret ojców z rodzin wielkomiejskich*. Wydawnictwo Naukowe ChAT.

Wang, M. L., Narcisse, M.-R., Togher, K. i McElfish, P. A. (2024). Job flexibility, job security, and mental health among US working adults. *JAMA network open*, 7(3), e3439.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.3439>

World Health Organization. (2002). Gender and mental health. World Health Organization.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5bfc96b6-79aa-49b0-ac33-ea71c548fe24/content>

Wróblewska-Skrzek, J. (2017). Nowe ojcostwo czy kryzys ojcostwa? Przemiany roli mężczyzny w rodzinie. *Uniwersyteckie czasopismo socjologiczne*, 18(1), 31–42.



Spis tabel

Tabela 1. Przedział wiekowy grupy badawczej.....	38
Tabela 2 Zróżnicowanie miejsca zamieszkania grupy badawczej	38
Tabela 3 Zróżnicowanie wykształcenia	39
Tabela 4 Dane dotyczące sytuacji zawodowej	39
Tabela 5 Zestawienie oceny stabilności miejsca pracy	40
Tabela 6 Dane dotyczące ilości posiadanego potomstwa	40
Tabela 7 Zestawienie wieku najmłodszego posiadanego dziecka	41
Tabela 8 Dane dotyczące korzystania z leczenia związanego z depresją	41
Tabela 9 Statystyki opisowe dla kwestionariuszy BDI-II, LOC oraz wsparcia emocjonalnego	42
Tabela 10 Rozkład wyników ankiety własnej - wsparcie emocjonalne	46
Tabela 11 Deklarowane źródła wsparcia.....	48
Tabela 12 Korelacja między umiejscowieniem kontroli (LOC) a nasileniem objawów depresji (BDI) u ojców	49
Tabela 13 Korelacja między wiekiem dziecka a nasileniem objawów depresyjnych (BDI) u ojców.....	50
Tabela 14 Związek między poziomem objawów depresji (BDI) a wsparciem emocjonalnym partnerki.....	51
Tabela 15 Wyniki analizy korelacji między wsparciem emocjonalnym od partnerki a umiejscowieniem kontroli (LOC) u ojców	52
Tabela 16 Różnice w poziomie depresji (BDI) i umiejscowienia kontroli (LOC) między osobami korzystającymi i niekorzystającymi z leczenia	53
Tabela 17 Statystyki opisowe dla stabilności zatrudnienia i wynik testu Kruskala-Wallisa dla BDI	54
Tabela 18 Statystyki opisowe dla stabilności zatrudnienia i wynik testu Kruskala-Wallisa dla LOC	55
Tabela 19 Związek między LOC a myślami samobójczymi u młodych ojców	57



Spis ilustracji

Rysunek 1 Rozkład nasilenie objawów depresyjnych (BDI) w badanej grupie ojców	44
Rysunek 2 Rozkład umiejscowienia kontroli (LOC) w badanej grupie ojców	45
Rysunek 3 Rozkład poziomu wsparcia emocjonalnego od partnerki w badanej grupie ojców	46



Załączniki

ANKIETA WŁASNA

Pytanie otwarte

Opisz krótko, czym dla Ciebie osobiście jest wsparcie emocjonalne, w kontekście roli ojca – czyli takie, którego Ty sam doświadczasz lub którego potrzebujesz jako tata.

(Jeśli trudno Ci to nazwać, poniżej znajduje się kilka przykładów, które możesz - ale nie musisz - wziąć pod uwagę: bycie wysłuchanym, rozmowa, obecność, zrozumienie, brak oceny, uznanie emocji, lub inne sytuacje i zachowania, które sam uważasz za formę wsparcia emocjonalnego).

To pytanie ma charakter eksploracyjny - zależy mi na Twojej indywidualnej perspektywie. Nie jest obowiązkowe, ale każda odpowiedź może wnieść cenną wartość do badania.

Pytanie: Co dla Ciebie oznacza wsparcie emocjonalne w roli ojca?

Ankieta dotycząca otrzymywanego wsparcia emocjonalnego od partnerki.

W ostatniej części ankiety pytania dotyczyć będą wsparcia emocjonalnego, rozumianego jako poczucie bycia rozumianym, wysłuchanym, ważnym i akceptowanym w sytuacjach trudnych emocjonalnie - niezależnie od tego, kto je okazuje i w jaki sposób. Wsparcie to może przejawiać się w formie empatycznego słuchania, okazywania zrozumienia, dostępności emocjonalnej oraz gotowości do towarzyszenia w przeżywaniu emocji.

Przeczytaj każde stwierdzenie i zaznacz, na ile się z nim zgadzasz, wybierając jedną odpowiedź.

1. Mam wokół siebie osoby, z którymi mogę szczerze porozmawiać o emocjach i obawach związanych z ojcostwem.
 - Zdecydowanie się zgadzam.
 - Raczej się zgadzam.
 - Trudno powiedzieć.
 - Raczej się nie zgadzam.
 - Zdecydowanie się nie zgadzam.
2. Czuję, że moja partnerka rozumie moje emocje związane z ojcostwem?



- Zdecydowanie się zgadzam.
 - Raczej się zgadzam.
 - Trudno powiedzieć.
 - Raczej się nie zgadzam.
 - Zdecydowanie się nie zgadzam.
3. Czuję, że mogę liczyć na emocjonalne wsparcie partnerki, gdy tego potrzebuję.
- Zdecydowanie się zgadzam.
 - Raczej się zgadzam.
 - Trudno powiedzieć.
 - Raczej się nie zgadzam.
 - Zdecydowanie się nie zgadzam.
4. Czy chciałbyś otrzymywać więcej emocjonalnego wsparcia od partnerki w swojej roli ojca?
- Zdecydowanie tak.
 - Raczej tak.
 - Trudno powiedzieć.
 - Raczej nie.
 - Zdecydowanie nie.
5. Czuję się osamotniony w roli ojca.
- Zdecydowanie się zgadzam.
 - Raczej się zgadzam.
 - Trudno powiedzieć.
 - Raczej się nie zgadzam.
 - Zdecydowanie się nie zgadzam.
6. Kto w Twoim otoczeniu jest dla Ciebie największym źródłem emocjonalnego wsparcia w roli ojca? (Zaznacz maksymalnie dwie odpowiedzi)
- Partnerka
 - Matka
 - Ojciec
 - Inny członek rodziny (np. Brat, siostra)
 - Przyjaciel/przyjaciółka
 - Znajomy, który też jest ojcem (np. Kolega, brat, sąsiad)
 - Grupa wsparcia (np. Dla rodziców, ojców)



- Terapeuta/psycholog
- Nikt – nie mam takiej osoby
- Inne

Ankieta dotycząca wsparcia emocjonalnego od innych ojców

1. Czy rozmawiasz z innymi ojcami o wyzwaniach, radościach lub emocjach związanych z ojcostwem?
 - Tak, często i otwarcie.
 - Tak, sporadycznie.
 - Raczej nie.
 - Zdecydowanie nie.
 - Nie dotyczy (nie mam w swoim otoczeniu innych ojców)
2. Na ile ważne jest dla Ciebie poczucie, że inni ojcowie rozumieją Twoje doświadczenia?
 - Bardzo ważne.
 - Ważne.
 - Umiarkowanie ważne.
 - Mało ważne.
 - Nieważne.
3. Czy chciałbyś otrzymywać więcej wsparcia od innych ojców?
 - Zdecydowanie tak.
 - Raczej tak.
 - Trudno powiedzieć.
 - Raczej nie.
 - Zdecydowanie nie.

