



Złożenie pracy online:
2025-02-28 23:51:19
Kod pracy:
15905/41960/CloudA

Magda Flader
(nr albumu: 25589)

Praca magisterska

Zmiana roli społecznej i wizji siebie kobiet po urodzeniu pierwszego dziecka, a nasilenie objawów depresyjnych i poziomu stresu

The Change in Women's Social Role and Self-Perception After the Birth of Their First Child and the Intensity of Depressive Symptoms and Stress Levels

Wydział: Wydział Nauk Społecznych i Informatyki

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości, neuropsychologia

Promotor: dr Adrianna Othmani

Pragnę złożyć serdeczne podziękowania Pani dr Adriannie Othmani za wsparcie, cenne wskazówki, poświęcony czas oraz pomoc, które miały istotny wpływ na powstanie niniejszej pracy magisterskiej.

|



Streszczenie

Prezentowana praca ma charakter teoretyczny i empiryczny. Badania przeprowadzono w celu poszukiwania związku między zmianą roli społecznej i wizji siebie, a poziomem stresu i nasileniem objawów depresyjnych. Badaniem objęto grupę 145 kobiet, które urodziły swoje pierwsze dziecko w ostatnich pięciu latach. W badaniu uwzględniono zmienne socjodemograficzne, takie jak wiek, wykształcenie i sytuacja materialna, a także aspekty związane ze zmianą ról społecznych, w tym przejście z roli partnerki i pracownicy na rolę matki, zmiany w postrzeganiu własnej tożsamości oraz wpływ nowej sytuacji na dystrybucję czasu i obowiązków.

Badanie przeprowadzono metodą sondażową i wykorzystano Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS), Skalę Depresji Becka (BDI-II) oraz kwestionariusz własny. Wyniki analizy statystycznej wykazują związek różnych aspektów zmiany roli społecznej z poczuciem stresu i depresji. Przebadano takie zmienne jak trudność pogodzenia ról społecznych, subiektywną ocenę roli macierzyńskiej, poczucie izolacji społecznej czy zmiany w aktywności zawodowej. Dodatkowo wykazano, iż takie czynniki jak wiek, wykształcenie lub wsparcie społeczne wpływają na dobrostan psychiczny matek.

Słowa kluczowe

macierzyństwo, tożsamość, rola społeczna, depresja, stres

Abstract

This study has both a theoretical and empirical character. The research was conducted to examine the relationship between the change in social role and self-perception, and the level of stress and severity of depressive symptoms. The study included a group of 145 women who had given birth to their first child within the last five years. It considered sociodemographic variables such as age, education, and financial situation, as well as aspects related to the transition in social roles, including the shift from being a partner and employee to becoming a mother, changes in self-identity perception, and the impact of the new situation on time distribution and responsibilities.

The study was conducted using a survey method and included the Perceived Stress Scale (PSS), the Beck Depression Inventory (BDI-II), and a self-developed questionnaire. Statistical analysis results indicate a relationship between various aspects of the change in social role and the experience of stress and depression. Variables such as difficulty in balancing social roles, subjective evaluation of motherhood, sense of social isolation, and changes in professional activity were examined. Additionally, the study demonstrated that factors such as age, education, and social support influence the psychological well-being of mothers.

Keywords

motherhood, identity, social role, depression, stress



Spis treści

Wstęp.....	3
Rozdział I: Stres i jego wpływ na człowieka	5
1.1 Wprowadzenie do pojęcia stresu.....	5
1.1.1 Definicje i ujęcia stresu	5
1.1.2 Teorie stresu na tle historycznym.....	6
1.2 Stres a lęk	13
1.3 Stres a depresja.....	14
1.4 Konsekwencje przewlekłego stresu	14
1.4.1 Biologiczne skutki chronicznego stresu.....	15
1.4.2 Pozostałe następstwa stresu.....	17
1.5 Narzędzia mierzenia stresu.....	20
1.5.1 Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS).....	20
1.5.2 Inne narzędzie diagnostyczne.....	23
Rozdział II: Depresja i jej rodzaje.....	25
1.1 Historyczny zarys depresji	25
1.2 Modele rozwoju depresji.....	27
1.2.1 Modele biologiczne	27
1.2.2 Model psychologiczny	31
1.2.3 Model społeczny	36
1.2.4 Model biopsychospołeczny i filozofia wschodu	38
1.3 Definicja depresji i jej rodzaje	39
1.3.1 ICD-11.....	39
1.3.2 DSM-5.....	41
1.4 Narzędzie mierzenia depresji	43



ROZDZIAŁ III: Rola społeczna kobiety przed i po urodzeniu dziecka	45
3.1 Jak zmienił się obraz matki na przestrzeni lat.....	45
3.2 Instynkt macierzyński	48
3.3 Społeczne oczekiwania wobec kobiet.....	49
3.4 Wpływ macierzyństwa na tożsamość.....	50
3.4.1 Definicja tożsamości wg Eriksona	50
3.4.2 Zmiany w tożsamość po urodzeniu dziecka.....	52
Rozdział IV: Przedmiot i cel badania	55
4.1 Przedmiot i cel badania	55
4.2. Pytania i hipotezy badawcze.....	55
4.3 Zmienne i wskaźniki	57
4.4 Charakterystyka badanej grupy	59
4.5 Metody badawcze.....	59
4.5.1. Arkusz personalny.....	60
4.5.2. Kwestionariusz KPS	60
4.5.3. Kwestionariusz BDI-II.....	62
Rozdział V: Wyniki badań.....	63
5.1. Prezentacja wyników badań	63
5.1.1. Wyniki kwestionariusza własnego	64
5.2. Weryfikacja hipotez badawczych i wniosków.....	72
Aktywność zawodowa a trudności w pogodzeniu ról społecznych	82
5.3. Dyskusja wyników	86
5.4. Dyskusja ograniczeń.....	88
Zakończenie	90
Bibliografia.....	93
Spis Ilustracji:.....	96
Spis tabel:	97



Wstęp

Macierzyństwo, zwłaszcza po narodzinach pierwszego dziecka, jest przełomowym momentem w życiu kobiety. Nagle zmienia się jej ciało, fizjologia, priorytety oraz codzienne życie. Większość literatury związanej z tym obszarem sprowadza zaburzenia nastroju do depresji poporodowej, jednak nie wszystkie trudności emocjonalne w tym okresie można ograniczyć do tego zaburzenia. Po urodzeniu pierwszego dziecka zmienia się wizja siebie, a współczesne społeczeństwo narzuca kobiecie wiele ról, co może prowadzić do stresu oraz wewnętrznego konfliktu, między społecznymi oczekiwaniami a osobistymi ambicjami. Wszystkie powyższe czynniki mogą generować napięcie i obniżenie nastroju.

Celem niniejszej pracy jest zbadanie jak te zmiany wpływają na poziom stresu i depresji u matek, w pięciu latach po urodzeniu pierwszego dziecka. Przeanalizowane są czynniki związane ze zmianą roli społecznej, takie jak oczekiwania społeczne, zmiany w tożsamości, czy ograniczenie aktywności zawodowej. Uwzględnione są też zmiany w relacjach z partnerem, wiek, wykształcenie i sytuację materialną.

W pracy są przedstawione teoretyczne podstawy tematu, oparte na literaturze. Ta część obejmuje 3 rozdziały. Pierwszy rozdział koncentruje się na kluczowych koncepcjach związanych ze stresem. Omówione są jego definicje i najważniejsze teorie w ujęciu historycznym. Dodatkowo przedstawione są skutki chronicznego stresu, w tym jego biologiczne konsekwencje, takie jak wpływ na funkcjonowanie mózgu i innych układów.

W drugim rozdziale opisane zostało dogłębnie pojęcie depresji, historia jej powstania, ewolucja definicji i jej ujęcie w różnych nurtach. Ukazano jej klasyfikację we współczesnej psychiatrii, odwołując się do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11) oraz Klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-5).

Trzeci dział poświęcony jest socjologicznemu ujęciu macierzyństwa oraz pojęciu tożsamości. Omawia historyczne i społeczne postrzeganie roli matki wpłynęło na współczesną kobietę.

W badaniu zastosowany jest autorski kwestionariusz, który w połączeniu z Kwestionariuszem Poczucia Stresu (KPS) oraz Skalą Depresji Becka pozwala na ocenę wpływu zmiany roli społecznej kobiety po urodzeniu dziecka na poziom odczuwanego stresu i depresji. Narzędzie badawcze jest skonstruowane w taki sposób, aby nie tylko określić ogólną zależność



między tymi czynnikami, ale także zidentyfikować konkretne aspekty zmiany roli, które mają największy wpływ na wzrost napięcia emocjonalnego i obniżenie nastroju.

Podjęta problematyka ma znaczenie w psychologii i wsparciu matek. Wyniki badań mogą przyczynić się do lepszego zrozumienia czynników stresogennych związanych z przyjęciem przez kobiety na siebie nowej roli społecznej, jaką jest status matki. Może pozwolić to na stworzenie odpowiednich narzędzi służących poprawie dobrostanu psychicznego w okresie macierzyństwa.



Rozdział I: Stres i jego wpływ na człowieka

1.1 Wprowadzenie do pojęcia stresu

Stres jest jednym z głównych czynników badanych w pracy, ze względu na jego kluczowy wpływ na zdrowie psychiczne kobiet po urodzeniu dziecka. Pojęcie stresu jest szeroko stosowane, ale nie istnieje jedna, oficjalna teoria stresu. Używa się go zarówno w kontekście traumatycznych wydarzeń, jak i w życiu codziennym.

Pojęcie stresu może być używane zarówno w znaczeniu psychologicznym jak i biologicznym. Procesy umysłowe pozostają w silnym związku ze zmianami fizjologicznymi w organizmie.

1.1.1 Definicje i ujęcia stresu

Stres może być definiowany na różne sposoby, w zależności od kontekstu:

Stres jako bodziec

Stres jest tu postrzegany jako zewnętrzne wydarzenia lub sytuacje, które wywołują napięcie i silne emocje u jednostki. Przykładem mogą być narodziny dziecka, zmiany w roli społecznej lub presja społeczna. W tym kontekście stres jest rozumiany jako reakcja na bodźce życiowe, które prowadzą do zmiany w rutynie lub wymagają dostosowania się do nowych wyzwań. Z tym ujęciem związane są między innymi teorie Elliotta i Eisdorfera, koncepcja Janisa i koncepcja zmian życiowych Thomasa Holmesa i Richarda Rahe'a (Holmes, 1967).

Stres jako reakcja

Czyli psychologiczna jak i fizjologiczna odpowiedź organizmu na stresory (czyli sytuacje wywołujące stres). Reakcja na stresory może obejmować zarówno reakcje emocjonalne, takie jak niepokój, irytacja, jak i reakcje fizjologiczne, takie jak zmęczenie, bóle ciała czy zaburzenia snu. W tej grupie znajdują się homeostatyczna teoria Waltera Cannona – która opisuje stres jako reakcję organizmu na zakłócenie równowagi, czy koncepcja Hansa



Salyego, w której stres jest reakcją adaptacyjną organizmu (GAS – General Adaptation Syndrome, LAS – Local Adaptation Syndrome) (Selye H. , 1956), (Selye H. , 1956), (Cannon, 1932).

Stres jako proces lub transakcja

W tym ujęciu stres jest wynikiem interakcji między jednostką a jej otoczeniem, gdzie stres zależy od tego jak jednostka postrzega sytuację oraz swoje możliwości radzenia sobie z nią. Do teorii związanych z tą definicją należą transakcyjny model Lazarusa, który podkreśla że kluczowe jest, jak osoba ocenia stresor oraz jakie zasoby ma do dyspozycji, by sobie z nimi poradzić. Koncepcja Antonovsky’ego (poczucie koherencji), koncepcja Hobfolla (teoria zasobów), koncepcja Tomaszowskiego (sytuacje trudne) działają w podobnym duchu i pokazują jak ważna jest ocena sytuacji oraz indywidualna zdolność do radzenia sobie ze stresem (Lazarus i Folkman, 1984), (Antonovsky, 1979).

1.1.2 Teorie stresu na tle historycznym

Homeostatyczna teoria Waltera Cannona

Jedną z pierwszych teorii fizjologicznych stresu mówi, że „Stres to reakcja ‘walcz lub uciekaj’, czyli fizjologiczna reakcja organizmu na zagrożenie, mobilizująca energię do radzenia sobie z zagrożeniem” (Cannon, 1932).

Cannon był amerykańskim fizjologiem, którego badania miały ogromny wpływ nie tylko na psychologię, ale też na medycynę i neurobiologię. Po raz pierwszy użył terminu „stres” i zauważył, że różne stresory emocjonalne, takie jak strach, ból czy gniew, powodują zmiany w fizjologii człowieka. W swoich badaniach opisał funkcje adaptacyjne adrenaliny i noradrenaliny, które działają przez pobudzenie współczulnego układu nerwowego oraz gruczołów dokrewnych. W momencie niebezpieczeństwa przygotowuje się do działania przeciwko bodźcowi, który wywołał nieprzyjemne odczucia. Jego koncepcja była podstawą do badań Hansa Selye (Wiśniewska-Śliwińska, 2011).



Ogólny Zespół Adaptacyjny Hansa Salyego

Do dziś, najczęściej wykorzystywaną teorią jest ta stworzona przez Hansa Selye'a, twierdzącego: „Stres to niespecyficzna reakcja organizmu na jakiekolwiek wymaganie na niego nałożone” (Selye H., 1956).

Selye, kanadyjski lekarz i endokrynolog stwierdził, że przewlekły stres prowadzi do rozwinięcia choroby. O niewydolności ogólnej adaptacji pisał w swojej książce „The stress of life”. Do stresorów zalicza on też pozytywne zdarzenia, takie jak ślub albo zmiana pracy. Określił on stres jako reakcję organizmu na wymagającą sytuację, niekoniecznie negatywne zjawisko. Może być wywołany przez negatywne bodźce (dystres) jak i pozytywne (eustres). Jest to częścią teorii ogólnego zespołu przystosowania GAS i w obydwu przypadkach organizm przechodzi w różne etapy adaptacji:

1. Stadium reakcji alarmowej, w tym:

- Faza szoku: charakteryzuje się reakcją organizmu na czynnik, poprzez różne sygnały fizjologiczne jak spadek ciśnienia i obniżenie temperatury ciała.
- Faza przeciwdziałania szokowi: organizm rozpoznaje zagrożenie i mobilizuje zasoby do walki lub ucieczki, poprzez specyficzne reakcje chemiczne i fizyczne. Następuje wydzielanie hormonów adrenaliny (epinefryny), noradrenaliny i kortyzolu. Wydzielanie epinefryny do krwioobiegu przygotowuje organizm do walki lub ucieczki. Przyspiesza bicie serca, ciśnienie tętnicze, przyspiesza przemianę glikogenu w glukozę, co dostarcza dodatkową energię do tkanki mięśniowej. Przyspiesza oddech, by dostarczyć więcej tlenu. Noradrenalina z kolei pełni rolę mediatora. Organizm przygotowuje się do kryzysu.

2. Stadium odporności: organizm próbuje zaadaptować się do stresora i funkcjonować pomimo jego obecności. Wydzielanie kortyzolu jest utrzymywane na podwyższonym poziomie, co może być tolerowane jedynie przez określony czas. Jeśli stres jest przewlekły, organizm wchodzi w kolejne stadium.

3. Stadium wyczerpania: organizm już nie jest w stanie skompensować działających stresorów. Pojawia się pobudzenie organizmu, co jest efektem rozregulowania jego funkcji fizjologicznych i utraty jego zdolności obronnych. W tym przypadku stres zaczyna wpływać negatywnie na zdrowie. Może to powodować wyczerpanie układu odpornościowego.



Według teorii Hansa Selyego stres można podzielić następująco:

- Stres konstruktywny – czyli eustres. Wydzielają się duże ilości epinefryny, co mobilizuje człowieka do działania w sytuacjach niebezpieczeństwa. Organizm sięga do swoich rezerw, wykraczając ponad przeciętne funkcjonowanie.
- Stres destrukcyjny – czyli dystres. Długotrwały i intensywny stres uszkadza układ odpornościowy, przez co jednostka staje się podatna na choroby. Obniżone poziomy energii utrudniają regenerację organizmu (Selye H. , 1956), (Wiśniewska-Śliwińska, 2011), (Kalat, 2019).

Transakcyjny model stresu Lazarusa i Folkman

Richard Lazarus zaczął swoje badania nad stresem już w latach 60, a w 1966 roku, wraz z Susan Folkman opublikował książkę: „Stres, ocena i radzenie sobie” w której wprowadził poznawczo-transakcyjną koncepcję stresu.

W popularnej teorii Lazarusa i Folkman „stres to stan lub uczucie doświadczane, gdy osoba postrzega, że wymagania sytuacji przekraczają zasoby osobiste i społeczne, które jednostka jest w stanie zmobilizować” (Lazarus i Folkman, 1984). Oznacza to, iż stres wynika z personalnej oceny sytuacji i zdolności osoby do radzenia sobie z nią.

Najważniejszym elementem modelu transakcyjnego jest założenie, że każdy człowiek inaczej ocenia i reaguje na sytuacje życiowe. Ta sama sytuacja może powodować różne poziomy odczucia stresu i zagrożenia, a to co dla jednej osoby będzie stresem, dla innej może nie stanowić problemu. Stres jest rozumiany w ujęciu transakcyjnym, jako relacja pomiędzy człowiekiem i otaczającym go środowiskiem. Natomiast to subiektywna ocena poznawcza decyduje o tym, czy sytuacja zostanie uznana za stresową. To indywidualna percepcja jednostki jest tu najważniejsza. Lazarus i Folkman podkreślają, że reakcja na stres zależy od subiektywnej oceny sytuacji w dwóch etapach:

- Ocena pierwotna w czasie – jednostka ocenia, czy sytuacja jest dla niej istotna oraz czy stanowi zagrożenie. Tu sytuacja może zostać oceniona jako niemająca znaczenia, sprzyjająco-pozytywna albo stresująca. Ocena sytuacji jako stresującej może powodować uczucie krzywdy, straty, zagrożenia albo wyzwania.



- Ocena wtórna – jednostka analizuje swoje możliwości radzenia sobie z sytuacją, uwzględniając dostępne zasoby i strategie. Wybór strategii zależy od sytuacji, może też prowadzić do zmiany wcześniejszej jej oceny.

Folkman w swoich badaniach nad opiekunami chorych na AIDS, zauważyła że mimo wysokostresogennej sytuacji, wystąpił wysoki poziom pozytywnego afektu i przekonań. Wskazuje to na fakt, iż stres wyzwała również pozytywne emocje. Jest to jedna ze strategii radzenia sobie ze stresem, która polega nadaniu negatywnym wydarzeniom pozytywnego znaczenia.

W odpowiedzi na stres jednostka może zastosować różne strategie radzenia sobie, które zostały wyodrębnione przez Lazarusa, Folkman i Dunkel-Schettera w ich badaniach. Strategie te obejmują:

- konfrontowanie się jest agresywnym i asertywnym wysiłkiem, wykonanym w celu zmiany sytuacji,
- dystansowanie się od problemu i pomniejszanie znaczenia sytuacji,
- samokontrola, czyli samoregulowanie własnych emocji i działań, poszukiwanie wsparcia społecznego – czyli szukanie materialnego, informacyjnego i emocjonalnego wsparcia
- przyjmowanie odpowiedzialności za rozwiązanie problemu
- ucieczka, inaczej mówiąc unikanie: myślenie życzeniowe oraz wysiłki mające na celu uniknięcie problemu
- planowe rozwiązywanie problemu, opisuje skoncentrowanie się na przemyśleniu rozwiązania problemu
- pozytywne przewartościowanie, pozwalające nadanie pozytywnego znaczenia sytuacji skoncentrowane na osobistym rozwoju (Lazarus i Folkman, 1984), (Kaczmarska i Curyło-Sikora, 2016).

Teoria temperamentu Jana Strelaua

Jan Strelau (1931-2020) był polskim psychologiem, który opracował Regulacyjną Teorię Temperamentu (RTT), w której połączył temperament z pojęciem reakcji na stres. Opisywał sposób w jaki wrodzone cechy temperamentu wpływają na to, jak człowiek radzi sobie ze stresem.



Stres jest często definiowany przez pryzmat emocjonalnych i fizjologicznych reakcji organizmu na sytuacje postrzegane jako trudne. Jan Strelau opisał stres jako: „stan, w którym człowiek czuje silne emocje, które są negatywnymi odczuciami takimi, jak lęk, strach, bezsilność, złość, agresja. Powodują one powstawanie stresu w organizmie, gdy człowiek nie jest w stanie sam ich opanować. Wskutek tego zachodzą liczne zmiany biochemiczne oraz fizjologiczne, które zaburzają homeostazę i wyprowadzają człowieka z psychicznej i fizycznej równowagi” (Strelau i Doliński, Psychologia Akademicka, 1992).

Według niego odczucie stresu u jednostki jest bardzo złożone i jest składową wielu czynników. Ważne są zarówno inter-, a także intra-indywidualne różnice w tym czy sytuacja będzie postrzegana jako stresor. Należy brać pod uwagę historię życia jednostki, indywidualną mapę poznawczą, życiowe doświadczenie, system wartości, strukturę i wrażliwość receptorów, ale też jej aktualny stan fizyczny i psychiczny. Uważał on, że subiektywną podatność na doświadczanie stresu definiuje temperament.

Zgodnie z jego teorią, uważał on, że temperament jest biologicznie uwarunkowany i względnie stały przez całe życie. Osoby o wysokiej reaktywności emocjonalnej są bardziej podatne na stresory, a osoby o niskiej reaktywności są z kolei odporniejsze na stres. Co za tym idzie, różne są też strategie radzenia sobie ze stresem. Ludzie z niską reaktywnością potrafią skoncentrować się na problemie, natomiast te o reaktywności wysokiej, stosują częściej strategie unikowe lub emocjonalne. Dwoma kluczowymi cechami są tu:

- siła procesu pobudzenia, czyli zdolność do wytrzymywania bodźców stresowych oraz
- siła procesu hamowania, czyli zdolność do kontrolowania reakcji na stresory,.

(Strelau, Badania nad temperamentem, 1992), (Strelau i Doliński, Psychologia Akademicka, 1992).

Poczucie koherencji Antonovsky’ego

Aaron Antonovsky (1923-1994) był amerykańsko-izraelskim socjologiem medycyny. Opisał on model salutogenezy, w którym opisywał te czynniki, które wspierają zdrowie, zamiast na czynnikach chorobotwórczych. W latach 70 i 80 XX wieku wprowadził pojęcie koherencji, nazywanej też sensem koherencji życiowej (SOC – Sense of Coherence). Jego kluczowe badania nad stresem zaczęły się w 1979 roku, gdy opublikował książkę: „Zdrowie,



stres i radzenie sobie”, po czym rozwinął swoją teorię w 1987 roku w: „Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: Jak ludzie radzą sobie ze stresem i pozostają zdrowi”.

Antonovsky w swojej teorii, opierającej się na dynamicznej równowadze twierdzi, iż człowiek znajduje się w środowisku, które ulega ciągłym zmianom, na spotykające go bodźce nie ma przygotowanej odpowiedzi, a musi na nie zareagować. Dlatego by skutecznie poradził sobie ze stresem, powinien skorzystać z dostępnych możliwości sprostanania wewnętrznym i zewnętrznym wymaganiom, nie zakłócając przy tym równowagi. Według niego zdrowie jest mechanizmem poruszania się na kontinuum pomiędzy nim a chorobą.

Można je opisać jako zdolność do postrzegania świata jako sensownego, jak również dostrzeżenie zasobów pomagających temu by sprostać wymaganiom sytuacji. Badacz zauważył, że osoby z wysokim SOC lepiej się adaptują w stresujących sytuacjach i zachowują lepsze zdrowie psychiczne i fizyczne. Wyróżnił on trzy główne składowe koherencji:

- poczucie zrozumiałości – przekonanie, że świat i wydarzenia nas otaczające są spójne, przewidywalne i sensowne. Osoby z wysoką zrozumiałością umieją nadać logiczną strukturę rzeczywistości, spodziewają się przewidywalności zdarzeń.
- Poczucie zaradności – czyli przekonanie jednostki do posiadania wystarczających narzędzi i zasobów do tego, by skutecznie radzić sobie z trudnościami. Mogą być to być jej osobiste zasoby, lub zasoby bliskich mu osób: rodziny, przyjaciół, na których może liczyć.
- Poczucie sensowności – poczucie, że wyzwania mają sens i są warte zaangażowania. Opisuje stronę motywacyjną człowieka, który postrzega nowe zadania jako ekscytujące, „mile widziane”, a nie obciążenie, którym nie chciałby być obciążony. Gdy w życiu tej osoby pojawi się nieszczęśliwe zdarzenie, potrafi ona nadać mu pozytywny sens i stara się godnie się z nim uporać.

Stres jest łatwiejszy do opanowania, gdy sytuacja jest zrozumiała, możliwa do zarządzania i znacząca. Czyli koherencja jest niezbędna dla zachowania zdrowia psychicznego jak również fizycznego. Badania wielokrotnie potwierdziły, iż ludzie charakteryzujący się dużą koherencją są zdrowsi.

Antonovsky opracował Kwestionariusz Orientacji Życiowej, służący do pomiaru poczucia koherencji, która definiowana jest jako zgeneralizowany, emocjonalno-poznawczą perspektywę życiową, umożliwiającą zauważenie i interpretację zjawisk zachodzących w otoczeniu człowieka jako sensownych i możliwych do ich kontrolowania. Kwestionariusz ten



składa się z 29 pozycji z 7-punktową skalą szacunkową. Umożliwia ustalenie wartości, opisanych wyżej, trzech aspektów poczucia koherencji: poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności i poczucia sensowności (Jelonkiewicz i Kosińska-Dec, 2001), (Gruca, 2023), (Kaczmarska i Curyło-Sikora, 2016).

Teoria Zasobów Hobfolla

Zdefiniowana w 1989 roku przez Stevana Hobfolla, jest jedną z kluczowych podejść do stresu psychologicznego, które koncentruje się na roli zasobów radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, co opisał w książce: „Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu”. Według jego teorii jednostka dysponuje pewnymi zasobami, czyli tym co uważa za cenne, ważne i warte posiadania. Ludzie dążą do zdobywania, utrzymywania i chronienia tych zasobów. Ich utrata, zagrożenie utraty powoduje lub niepowodzenie w uzyskaniu oczekiwanego wzrostu zasobów, powoduje stres. Człowiek chcąc przystosować się do środowiska ponosi koszty, którymi są traczone przez niego zasoby.

Badacz zaznaczył ogromną rolę kultury w powstaniu stresu. Tożsamość ludzka kształtuje poprzez kontekst grupowy, dlatego kiedy niektóre wartości (w tym przypadku są to zasoby) są zagrożone człowiek odruchowo wprowadza schematy zachowań i przekonań. Stres staje się tu automatyczną reakcją adaptacyjną.

Wyróżnił cztery rodzaje zasobów, stanowiące potencjał zdrowotny jednostki:

1. Zasoby przedmiotowe – czyli wszystko co ma wartość materialną i może pomóc z poradzeniem sobie w sytuacji stresowej, na przykład oszczędności, mieszkanie, sprzęt medyczny.
2. Zasoby okolicznościowe – czyli dostępne tylko w określonych warunkach, mogą zostać uruchomione w odpowiednim momencie. Na przykład doraźna pomoc medyczna, chwilowe schronienie.
3. Zasoby osobowe – są to cechy indywidualne, na przykład poczucie własnej wartości, odporność psychiczna czy samokontrola.
4. Zasoby energetyczne – są to zasoby pomagające w funkcjonowaniu i realizacji celów na przykład zdrowie, energia lub czas.

Hobfoll opracował Kwestionariusz Samooceny Zasobów, który mierzy stres według powyższej teorii. Przeciwwstawił się on teorii Lazarusa, twierdząc iż tamten przesadził w znaczeniu „ja” w powstaniu stresu, ulegając duchowi czasu i panującemu ówczesnie kultowi



jednostki. Zarzucał Lazarusowi pominięcie automatycznej drogi powstawania stresu (Dudek, Koniarek i Szymczak Wiesław, 2007).

1.2 Stres a lęk

Stres, lęk i zaburzenie lękowe są często ze sobą mylone i używane naprzemiennie. Są to ze sobą powiązane, ale odrębne zjawiska. Różnią się pod względem przyczyn, mechanizmów i konsekwencji, które chciałam krótko opisać.

Jak opisałam w poprzednich podrozdziałach, stres jest reakcją organizmu na konkretną sytuację. Sam w sobie nie jest zjawiskiem negatywnym. Jest reakcją adaptacyjną organizmu, mającą na celu uchronienie nas przed potencjalnym zagrożeniem. Jest częścią fizjologicznego mechanizmu „walcz lub uciekaj” (Cannon, 1915). Pozytywny stres, jest krótkotrwały, dopiero długotrwały stres może mieć dla człowieka negatywne konsekwencje. Sam w sobie nie jest sklasyfikowany jako jednostka chorobowa.

Lęk natomiast jest stanem emocjonalnym, w którym poczucie zagrożenia nie musi mieć konkretnej przyczyny. Jest nadmierny i irracjonalny. Międzynarodowa klasyfikacja ICD-11 opisuje go jako: „Bojaźliwość lub oczekiwanie na przyszłe zagrożenie lub nieszczęście z towarzyszącym odczuwaniem strachu, cierpienia lub napięciowych objawów somatycznych. Spodziewane zagrożenie może być pochodzenia wewnętrznego lub zewnętrznego” (kod: MB24.3).

Według ICD-11 zaburzenie lękowe natomiast (klasyfikowane jako zaburzenie lękowe uogólnione, kod: 6B00) charakteryzuje się: „wyraźnymi objawami lęku, które utrzymują się przez co najmniej kilka miesięcy, przez większość dni, przejawiając się albo uogólnioną obawą (...) albo nadmiernym zamartwianiem się odnoszącym się do wielu codziennych wydarzeń (...). Objawy powodują istotne klinicznie cierpienie lub znaczne upośledzenie osobistych, rodzinnych, społecznych, edukacyjnych, zawodowych lub innych ważnych sfer funkcjonowania. Objawy nie są przejawem innego schorzenia i nie wynikają z wpływu substancji lub leku na ośrodkowy układ nerwowy”. Zaliczamy do niego też zaburzenie lękowe z napadami paniki, agorafobię, specyficzne fobie, lęk społeczny, lęk separacyjny, mutyzm wybiórczy, zaburzenia lękowe wywołane substancjami, czy hipochondrię. (Międzynarodowa



Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-11 – polska wersja językowa, brak daty).

Stres jest więc naturalną i adaptacyjną reakcją organizmu, w normalnych warunkach motywuje on do działania. Jeżeli jest chroniczny i nie jest skutecznie rozładowany, zaczyna uruchamiać procesy związane z lękiem. Długotrwale przeciążony układ nerwowy wchodzi w stan nadmiernej pobudliwości i zaczyna błędnie interpretować nieszkodliwe bodźce jako zagrożenie. Rozwija się hiperaktywność układu limbicznego, a w tym ciała migdałowatego odpowiadającego za odczucie lęku. To z kolei początek rozwinięcia się zaburzenia lękowego. Objawy lękowe utrzymują się przewlekłe, bez realnego zagrożenia, a organizm nie jest w stanie wyjść z trybu alarmowego. Szczegóły tego procesu opiszę w kolejnych podrozdziałach.

1.3 Stres a depresja

Stres jest jednym z czynników rozwoju depresji. W niniejszej pracy, u badanych matek małych dzieci, podwyższony poziom stresu był dodatnio skorelowany z występowaniem depresji. Związane jest to z faktem, iż chroniczny stres, jeżeli nie przejdzie w stan wysokiej reaktywności organizmu (zaburzeń lękowych), może doprowadzić do wyczerpania emocjonalnego i depresji. Z kolei u osób cierpiących na depresję nie działają prawidłowo mechanizmy radzenia sobie ze stresem. Wtedy nawet niewielkie stresory mogą prowadzić do rozbicia emocjonalnego. Dlatego jednym z typowych objawów depresji może być często odczuwany stres i rozdrażnienie.

Dlatego można powiedzieć, iż mimo że stres i depresja są różnymi zjawiskami, są ze sobą ściśle powiązane.

1.4 Konsekwencje przewlekłego stresu

Stres, zwłaszcza długotrwały i niekontrolowany, może mieć poważne skutki dla zdrowia psychicznego. Powoduje on zarówno natychmiastowe reakcje nie tylko psychiczne, ale i



fizjologiczne. Jego przewlekłe oddziaływanie może prowadzić do rozwoju poważnych zaburzeń.

1.4.1 Biologiczne skutki chronicznego stresu

Na wczesnym etapie medycyny uważano, że nie istnieje relacja pomiędzy silnymi emocjami a zdrowiem człowieka. Obecnie każdy wie, iż stres jest związany z podatnością na choroby oraz sposób rekonwalescencji.

Już Hans Salye zauważył powiązanie stresu z organizmem człowieka. Opisał on sposób, w jaki pod jego wpływem, następuje aktywacja układu autonomicznego. Teraz wiemy również o jego powiązaniu z osią podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczową i o jego wpływie na homeostazę.

Długotrwały stres odgrywa istotną rolę w rozwoju zaburzeń lękowych. Przewlekły stres powoduje ciągłą aktywację osi HPA (podwzgórze-przysadka-nadnercza), co prowadzi do chronicznie podwyższonego poziomu kortyzolu. Nadmierna aktywacja tego układu, może powodować nadwrażliwość na stresory oraz dysfunkcje w układzie nerwowym i w regulacji emocji. Na poziomie neurologicznym, stres może wpływać na ciało migdałowe i hipokamp. Ciało migdałowe odgrywa kluczową rolę w reakcjach lękowych, a nadaktywne prowadzi do zwiększonej reaktywności na bodźce stresowe. Organizm pozostaje w ciągłym stanie „walcz lub uciekaj”, co predysponuje do chronicznego lęku (Olatunji, 2019), (Kalat, 2019).

Nadmierna reakcja ciała migdałowatego utrwała lękowe reakcje na neutralne bodźce, co sprzyja rozwojowi zaburzeń lękowych, takich jak fobie, zaburzenia lęku uogólnionego (GAD). W badaniu z 2013 roku wskazano, przeprowadzono analizę MRI wśród weteranów wojennych i wskazano, że osoby z PTSD wykazały zmianę objętości ciała migdałowatego w porównaniu z grupą kontrolną (Morey, Gold i LaBar, 2012).

Długotrwały stres powoduje zmniejszenie objętości hipokampa, którego funkcją jest również wygaszanie nadmiernych reakcji lękowych. Dlatego jego dysfunkcja prowadzi do trudności w kontrolowaniu lęku. Dochodzi do ubytków pamięci deklaratywnej. Podobny efekt został zaobserwowany u osób poddanych terapii glikokortykoidami. Ważną częścią mechanizmu tworzenia pamięci w hipokampie i uczenia się jest LTP, czyli długotrwałe



wzmocnienie synaptyczne. Polega na długotrwałym zwiększeniu siły pomiędzy połączeniami synaptycznymi w neuronach. Testy na gryzoniach laboratoryjnych ukazały, że nasilony stres uszkadza proces LTP. W wyniku aktywacji osi HPA wydzielają się glikokortykoidy, a ich długotrwałe działanie uszkadza neuroplastyczność hipokampa oraz kory przedczołowej. Ciało migdałowe natomiast zostaje powiększone.

Skoro hipokamp odpowiada za konsolidację pamięci, stąd podczas chronicznego stresu człowiek może zmagać się z problemami z pamięcią, koncentracją. Kora przedczołowa natomiast reguluje impulsy, dlatego jej dysfunkcja może osłabić ich kontrolę. Powiększone ciało migdałowe wzmacnia uczucie lęku, nadwrażliwości i powoduje obniżoną odporność na stres.

Szereg badań ukazuje ogromne powiązanie stresu z mechanizmami neuroplastyczności. Wpływa na hipokamp i zależną od niego pamięć strachu warunkowego kontekstem. Stres przyczynia się do zaburzeń snu, problemów z koncentracją oraz obniżenia jakości życia. Długotrwały stres może również przyczynić się do rozwoju depresji.

Przewlekły stres wpływa na działanie neurotransmiterów (serotonina, dopamina i GABA), których równowaga jest niezbędna do regulacji emocji. (Kalat, 2019)

Szkodliwe skutki stresu w okresie prenatalnym i dziecięcym

Szczególnie destrukcyjny wpływ na mózg ma stres w okresie prenatalnym oraz dziecięcym. Mówi o tym w swoich wykładach profesor Jerzy Vetulani. Mózg dojrzały ma wykształcone mechanizmy ochronne przed stresem, natomiast mózg dziecka jest na niego szczególnie wrażliwy. Doświadczana trauma jest szczególnie szkodliwa w drugim trymestrze ciąży, ponieważ właśnie wtedy zaczyna się kształtowanie kory mózgowej. Profesor Vetulani wymienia tutaj stresory, takie jak przemoc domową, utratę partnera, ale też infekcję wirusową, powodujące zmniejszenie szarej masy w niektórych częściach mózgu. Zaburzenia te mogą prowadzić do rozwoju schizofrenii, która pozostaje utajona do okresu późnej adolescencji. Za przykład podaje wojnę zimową pomiędzy Finlandią i Związkiem Radzieckim w 40 roku, gdzie nastąpiło zwiększenie narodzin dzieci ze schizofrenią u tych matek, które w drugim trymestrze ciąży dowiedziały się o śmierci partnera na froncie, w porównaniu z tymi które dowiedziały się o tym w pierwszym lub drugim trymestrze. Zbliżone wyniki zauważono w Holandii podczas „zimy głodowej”.



Należy pamiętać, że silny rozwój neuronów następuje do około 7 roku życia, po czym następuje tak zwany „darwinizm neuronalny”, który powoduje spadek neuronów do 30%. Kora mózgowa rozwija się intensywnie do 20 roku życia, a całkowicie nawet do 30.

W okresie postnatalnym zostały wymienione takie stresory jak separacja z matką. Doświadczenia ukazały, że separacja macierzyńska u małych myszy powodowały u dorosłych osobników występowanie anhedonii. W 1978 roku w Bogocie, gdy zabrakło prądu w inkubatorach, w związku z czym ordynator poprosił by matki trzymały wcześniaki na brzuchu bezpośrednio ogrzewane ciałem. Okazało się, że takie noworodki zaczynały same pełzać w stronę sutka, pobierać mleko i rozwijały się szybciej w porównaniu do tych z inkubatora. Nazwano to porodem kangurzym.

Skany MRI ukazują, że u dzieci maltretowanych zmniejsza się objętość mózgu. Im wcześniej zaczęła się trauma i im dłużej trwała, tym większe powoduje w nim zmiany. Prowadzi to do zaburzenia w działaniu kory mózgowej i procesów myślenia, a także dysfunkcji układu limbicznego i wpływu na emocje. Badania u dorosłych osób, które miały wczesne doświadczenia traumatyczne ukazały silniejszą aktywację prawostronnej części mózgu, przy złych wspomnieniach. Objętość hipokampa była zmniejszona. Badania na kobietach molestowanych w dzieciństwie pokazały, że pewne części kory mózgowej są węższe, a sprawność umysłowa jest mniejsza (Vetulani, 2017).

1.4.2 Pozostałe następstwa stresu

Długotrwały stres osłabia układ odpornościowy. Nie tylko prowadzi do zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenie lękowe czy depresja, ale także do chorób psychosomatycznych. Przewlekły stres sprzyja stanom zapalnym organizmu, powodując rozwój szeregu chorób.

Stany zapalne

W normalnych warunkach zapalenie ma na celu usunięcie uszkodzenia tkanek lub zakażenia wirusami, czy bakteriami, co prowadzi do uzdrowienia organizmu. Dlatego jest



zjawiskiem korzystnym. W procesie tym zostają dostarczone osocze krwi zawierające białka, którymi mogą być przeciwciała. W późniejszych fazach patogeny są atakowane i eliminowane przez leukocyty. Pojawia się charakterystyczne zaczerwienienie, obrzmienie, ból tkanek i podwyższona temperatura. W końcu patogen zostaje wyeliminowany i następuje wyciszenie reakcji zapalnej. Tkanka zostaje przebudowana. Jednak inaczej sytuacja wygląda w przypadku tak zwanego zapalenia chronicznego. Wtedy reakcja zapalna trwa nieustannie nawet latami. Ma to negatywny wpływ na cały organizm. Zwiększa ryzyko choroby nowotworowej oraz zmian miażdżycowych.

Okazało się, że stres może motywować produkcję cytokin prozapalnych. Wydzielanie zachodzi poprzez mechanizm związany z aktywacją osi HPA i współczulnego układu nerwowego.

Chroniczny stres powoduje utratę zdolności człowieka do regulacji reakcji zapalnych. Może być to powiązane z faktem, iż kortyzol nie tylko nasila reakcje zapalne, ale też w kontrolowanych ilościach ma zdolności regulacyjne zapalenia. Nadmierny wzrost kortyzolu i jego wysoki poziom przez długi czas może zmniejszyć wrażliwość pewnych tkanek, w tym komórek odpornościowych, na jego działanie.

Badania profesora Sheldona Cohena wykazały, że osoby zmagające się ze stresem są bardziej podatne na przeziębienie. Stwierdził, że skoro w przeziębieniu symptomy nie są bezpośrednio wywołane przez patogeny, tylko są wyzwalane podczas walki organizmu z infekcją, to czym większa jest reakcja zapalna, objawy będą intensywniejsze. Zdrowych dorosłych wystawiono na czynnik stresogenny, po czym zakażono ich wirusem przeziębienia. Osoby były monitorowane przez kolejne pięć dni. Cohen wskazał, że stresujące wydarzenie powodowało utratę zdolności organizmu do reagowania na regulujące zapalenie sygnały hormonalne, przez co były bardziej narażone na wystąpienie przeziębienia. W kolejnym badaniu monitorowano poziom produkcji cytokin prozapalnych. Drugim badanym czynnikiem były przekaźniki chemiczne, które wywołują stan zapalny. Okazało się, że ludzie mający zaburzoną regulację reakcji zapalnych podczas zakażenia, wytwarzali więcej przekaźników wywołujących stan zapalny.

Profesor Cohen wywnioskował, iż komórki układu odpornościowego poprzez działanie stresu, tracą kontrolę nad hormonami, co prowadzi do tworzenia się stanów zapalnych. To z kolei prowadzi do chorób sercowo-naczyniowych, czy astmy, ale też przewlekłych chorób zapalnych, takich jak reumatoidalne zapalenie stawów (RZS).



Destrukcyjny wpływ może mieć również kortyzol. Niewielkie wahania jego poziomu jest czymś normalnym, na przykład podczas porannego budzenia się, wspomaganie transportu kwasów tłuszczowych do ich wykorzystania jako energii lub w zachowaniu prawidłowej glikemii, co bierze udział w procesach przeciwzapalnych. Jednak nadmiar kortyzolu jest niebezpieczny dla zdrowia. Redukuje on poziom niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania neuroprzekazników, takich jak dopamina i serotonina. Są one ważne w utrzymaniu zdrowia psychicznego. Mają zdolność pobudzania do działania, poprzez stymulację ośrodka nagrody w mózgu, tak więc ich obniżona ilość powoduje spadek motywacji i ogólne złe samopoczucie (Cohen, Janicki-Deverts i Doyle, 2012).

Choroba wrzodowa

W latach 50 ukazano powiązanie występowania choroby wrzodowej z występowaniem przewlekłego stresu. Przeprowadzono eksperymenty na szczurach, gdzie zostały one dobrane w pary. Jeden osobnik mógł uniknąć wstrząsów elektrycznych poprzez ucieczkę, po usłyszeniu ostrzeżenia. Jeśli jednak nie udało mu się uciec, stosowano wstrząsy elektryczne u obu szczurów. Okazało się, że u zwierząt które nie mogły kontrolować wstrząsów, rozwinęło się więcej wrzodów żołądka i jelit. Wrzody rozwijają się w sesjach pomiędzy wstrząsami, ponieważ w czasie sesji współczulny układ nerwowy sprawia, że aktywność wydzielania soków żołądkowych i ilość skurczów żołądka zmniejsza się, natomiast podczas przerwy stłumiony wpływ układu przywspółczulnego, powraca z większą aktywnością wydzielniczą i częstszymi skurczami żołądka. Przy braku obecności pożywienia, soki żołądkowe atakują ściany żołądka.

Natomiast szczury, które mają uszkodzoną korę przedczołową, według pomiaru za pomocą sekrecji hormonalnej i aktywności układu autonomicznego, nie wykazują większej reaktywności emocjonalnej. Okazało się, że nie rozwijają się u nich owrzodzenia, nawet kiedy są poddane silnemu stresowi.

Obecnie teoria wpływu stresu na chorobę wrzodową jest kwestionowana ze względu na odkrycie bakterii *Helicobacter pylori*. Jednak nosicielami tej bakterii jest również 70% zdrowej populacji, więc nie może ona być jedynym czynnikiem.

Stres może wpłynąć na równowagę mikroflory jelitowej, co z kolei zaburza funkcje bariery jelitowej i zwiększa jej przepuszczalność. (Kalat, 2019).



Układ krwionośny

Badania wskazują, iż osoby spokojne i zrelaksowane, mają mniejsze ryzyko na zachorowanie na chorobę serca. Natomiast ludzie z silnym wsparciem społecznym mają niskie ciśnienie i wolniejsze bicie serca. Możliwe jest, iż wsparcie społeczne może oddziaływać łagodząco na działanie nadmiernego pobudzenia układu współczulnego. Również życie w szczęśliwej relacji zwiększa szansę zdrowego serca, w porównaniu z osobami samotnymi lub tymi w relacji nieszczęśliwej.

1.5 Narzędzia mierzenia stresu

1.5.1 Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS)

Narzędzie służące do oceny indywidualnego poziomu stresu. Kwestionariusz KPS zakłada, iż stres może być ujmowany z różnej perspektywy i podzielony jest na kilka wymiarów: napięcia emocjonalny, stresu zewnętrznego i stresu intrapsychicznego. Zawiera on te skalę kłamstwa.

Mogą nim być badane osoby od 16 roku życia. Badanie może być przeprowadzone grupowo lub indywidualnie i zajmuje przeciętnie 20 minut.

Narzędzie składa się z 27 twierdzeń, do których badana osoba powinna się ustosunkować wybierając jedno z 5 stwierdzeń: A-prawda, B-raczej prawda, C-trudno powiedzieć, D-raczej nieprawda, D-nie prawda.

Napięcie emocjonalne odnosi się do subiektywnie odczuwanego pobudzenia psychicznego i fizjologicznego, które wynika z obciążenia stresowego. Charakterystyczne objawy psychiczne są to nadmierne zamartwianie się, lęk, drażliwość i poczucie napięcia wewnętrznego.

Do objawów fizjologicznych możemy zaliczyć trudności z zasypianiem, bóle głowy, napięcie mięśniowe i przyspieszone bicie serca.



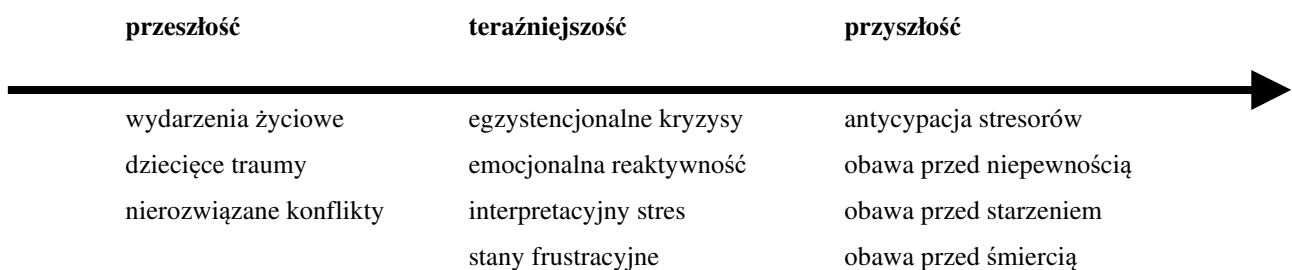
W zakresie trudności w regulacji emocji możemy tu też zaobserwować trudności w wyciszeniu się, szybkie przechodzenie w stany pobudzenia emocjonalnego lub brak energii do działania z tendencją do rezygnacji i podejmowania różnych działań.

Osoby z wysokim poziomem napięcia emocjonalnego mogą być bardziej podatne na reakcje stresowe, zarówno krótkoterminowe (np. wybuchy emocji) jak i długoterminowe (chroniczny stres, lęk czy depresja).

Skala stresu zewnętrznego w kwestionariuszu (KPS) odzwierciedla obiektywne obciążenia, na które jednostka nie ma bezpośredniego wpływu. Wysoki wynik w tej skali wskazuje na to, iż jednostka może odczuwać frustrację i męczliwość, wynikającą z przekonania, że stawiane wymagania przewyższają jej zasoby i zdolności. Może łączyć się również z niepokojem związanym z poczuciem bycie wykorzystywanym i niesprawiedliwie traktowanym w różnych obszarach jej życia. W związku z czym osoba ma poczucie bezradności i wyczerpania powiązany z obroną swoich racji.

Stres intrapsychiczny jest połączony z doświadczeniem jednostki i z jej zasobami. Zasoby można podzielić na potencjał osobowościowy (który obejmuje cechy indywidualne, takie jak odporność psychiczna, poczucie własnej skuteczności, samoocena i styl radzenia sobie ze stresem) oraz potencjał społeczny (odnosi się do wsparcia społecznego rodziny, przyjaciół czy współpracowników). Gdy zasoby te nie są wystarczająco ukształtowane, albo zmniejszają się poprzez kolejne doświadczenia jednostki, może to prowadzić do większej skłonności do doświadczania stanów lękowych, depresyjnych i anhedonii. Stres intrapsychiczny ma wymiar temporalny, czyli jest związany z czasem. Oznacza to, że jest związany z tym jak jednostka ukształtowała się na kolejnych etapach życia oraz wpływ długotrwałego stresu.

Rysunek 1: stres intrapsychiczny



Źródło: Plopa, 1996 (na podstawie Wong 1993).



Wymiar temporalny wskazuje, że stres nie jest tylko chwilową reakcją, ale może mieć długoterminowe konsekwencje dla psychiki.

Osoby wykazujący wysoki wynik w tej skali mogą przeżywać obniżone poczucie sensu życia, z powodu odczuwania trudności w realizacji celów, zadań i wyzwań życia codziennego, które wynikają z przekonania o byciu słabym psychicznie i posiadaniu zbyt małych zasobów. Pojawiają się obawy i zmartwienia. Jednostka czuje osamotnienie, trudności w akceptacji problemów, doświadczania intensywnych przeżyć z dalekiej lub bliskiej przeszłości. Nie potrafi sobie poradzić w konfrontacji z bycia sobą. Przyszłość widziana jest pesymistycznie i budzi niepokój. Obwinia się za wszystkie niepowodzenia. (Płopa i Makarowski, 2010)

Kwestionariusz obejmuje również skalę kłamstwa. Przeprowadzone analizy, iż wynik w skali kłamstwa jest (słabo) ujemnie skorelowany z wynikami uzyskanymi w trzech wymiarach odczuwania stresu. Pełni ona funkcję kontrolną i służy do oceny rzetelności odpowiedzi badanej osoby. Badana osoba może świadomie lub nieświadomie ukrywać i zaniżać odczucia stresowe, w celu zaprezentowania siebie w lepszym świetle. Niektórzy mają tendencję do idealizowania siebie i wybierają społecznie pożądane odpowiedzi. Dzięki tej skali jest możliwe wykrycie tendencyjnych odpowiedzi i korekta interpretacji wyników, co zwiększa rzetelność i trafność badania.

Obliczanie wyników:

Obliczenie wyników w kwestionariuszu odczuwania stresu jest dość proste. Poszczególным odpowiedziom przypisuje się kolejno odpowiednią wartość liczb:

A = 5

B = 4

C = 3

D = 2

E = 1

W niektórych stwierdzeniach nadaje się odwrotną punktację. W obrębie każdego wymiaru, zawarto 7 stwierżeń. Dodatkowo obliczamy wynik ogólny, który jest sumą wszystkich wymiarów. Podręcznik zawiera pełną instrukcję, oraz arkusz obliczeniowy, który



ma na celu ułatwienie zebrania wyników. W książce znajdują się też tabele, za pomocą których przeliczamy wynik surowy na steny.

1.5.2 Inne narzędzie diagnostyczne

Innym, używanym często narzędziem w obszarze badania stresu, jest Wielowymiarowy Inwentarz do pomiaru radzenia sobie ze stresem. COPE został stworzony przez Charlesa S. Carvera, Michaela F. Scheiera, Jagdishę K. Weintrauba. Autorami polskiej adaptacji są Zygfryd Juczyński i Nina Ogińska Bulik.

COPE jest narzędziem służącym do badania osób wyłącznie dorosłych, zarówno zdrowych jak i chorych. Badanie jest przeprowadzane indywidualnie lub grupowo. Nie ma ograniczeń czasowych i trwa przeciętnie około 15 minut. Składa się z 60 stwierdzeń, które są częścią 15 strategii. Ma on na celu ocenę różnych stylów radzenia sobie w trudnych sytuacjach – zarówno adaptacyjnych jak i tych mniej skutecznych. Pomaga określić, jakie konkretnie strategie jednostka stosuje w stresie. Strategie te można podzielić na trzy kategorie:

Strategie skoncentrowane na problemie (adaptacyjne):

- Aktywne radzenie sobie ze stresem – podejmowanie działań w celu rozwiązania problemu.
- Planowanie (Planning) – analiza problemu w celu opracowania strategii działania.
- Poszukiwanie instrumentalnego wsparcia społecznego – szukanie praktycznej pomocy lub porady innych.

Strategie skoncentrowane na emocjach:

- Poszukiwanie wsparcia emocjonalne – szukanie wsparcia i zrozumienia u innych.
- Zwrot ku religii – uciekanie w religię w celu znalezienia pocieszenia i celu.
- Pozytywne przewartościowanie i rozwój – dostrzeganie pozytywnych aspektów sytuacji stresowej i potraktowanie jej jako okazji do rozwoju i zmian.
- Akceptacja – pogodzenie się z rzeczywistością.
- Koncentracja na emocjach i ich wyładowanie
- Poczucie humoru – zdystansowanie się do problemu poprzez śmiech.



Strategie unikowe:

- Unikanie konkurencyjnych działań – wycofanie się, rezygnacja z próby radzenia sobie z problemem.
- Powstrzymanie się od działania
- Zaprzeczenie – nieprzyjmowanie do wiadomości istnienia problemu.
- Odwracanie uwagi – angażowanie się w inne czynności.
- Zaprzestanie działań
- Zażywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych

Istnieje też skrócona wersja o nazwie mini-COPE. (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012)



Rozdział II: Depresja i jej rodzaje

1.1 Historyczny zarys depresji

Pierwsze wzmianki odnośnie zaburzenia, sięgają bardzo dalekiej przeszłości. W czasach neolitycznych łączoną jej objawy z opętaniem przez złe duchy. W szczątkach z tego okresu znaleziono otwory trepanacyjne w czaszce, co oznacza że chore osoby były leczone przez naruszenie jej ciągłości. Podobnie wierzono w starożytnych cywilizacjach Meksyku, Egiptu, Sumerii i Peru. Depresja mogła też być postrzegana jako kara za sprzeciwienie się Bogu.

Hipokrates zaczął ją łączyć z biologicznymi podstawami. Założył, iż podstawą emocji są płyny wewnątrzustrojowe, czyli „humory” i określił to mianem teorii humoralnej. Była ona z kolei podstawą do stworzenia różnych typów temperamentu. W organizmie miały występować cztery typy płynów: krew, flegma, żółć lub czarna żółć, a przeważanie jednego z nich formowało określony typ temperamentu. Zgodnie z tą logiką, nadmiar czarnej żółci powodował temperament melancholiczny, opisany cechami jak wstręt do jedzenia, poczucie beznadziejności, rozdrażnienie, zaburzenia snu, ciągłe zmęczenie i strach przed przedłużającą się depresją (Musiał, 2007).

Avicenna na przykład uważał, że nieszczęśliwa miłość jest chorobą psychiczną, czyli rodzaj melancholii. W celach terapeutycznych proponował gorącą kąpiel w łaźni i wysyłanie do chorego brzydkich, starych kobiet, tak by obrzydziły mu kobiety (Tokarski, 2012).

Hipokratesowi przypisuje się wprowadzenie takich terminów: „dystomia”, czy „lęk”, a melancholia była jeszcze długo używana w odniesieniu do zaburzenia nastroju. Przez wiele stuleci odnosiła się zarówno do temperamentu, choroby i ogólnego pogorszenia samopoczucia. Pierwszą próbę zastąpienia określenia podjął Esquirol (1772-1840), proponując nazwę monomania. Dopiero w roku 1800 W Cullen zaproponował używany dziś termin „depresja”, aby opisać ogólne obniżenie funkcjonowania zarówno fizjologicznego, jak i psychicznego.

Kolejne lata przyniosły intensywne badania nad symptomami, leczeniem. Testowano najróżniejsze metody. W XVIII wieku nadworny lekarz francuskiego króla Ludwika XV, Quensay Francois, leczył zaburzenie rosołem z kury. W XIX wieku melancholikom zalecano wyjazd do nadmorskich uzdrowisk i poddania się hydroterapii. W XIX i w początkach XX,



wraz z rozwojem psychoanalizy, przyszedły nowe metody leczenia. Stosowano między innymi arsenik, jodek żelaza i opium. (Musiał, 2007), (Tokarski, 2012).

W 1917 roku Zygmunt Freud, w swojej pracy „Rozpacz i melancholia” stwierdził, iż depresja często wynika z nieprzepracowanej straty ważnej osoby lub relacji, a także konflikt ego – superego, gdzie superego staje się nadmiernie surowe i krytyczne wobec ego. Innymi czynnikami były ciągle przeżywane poczucia winy z tendencjami masochistycznymi oraz bieżące wydarzenia i konflikty. Wyróżnił depresję endogenną (czyli wewnętrzną, biologiczną) i egzogenną (reaktywną i sytuacyjną). W jednym ze swoich pierwszych modeli depresji, Zygmunt Freud stwierdził, że jej rozwój wiąże się z niezaspokojonych potrzeb emocjonalnych w dzieciństwie i to głównie relacja z matką odpowiedzialna była za rozwój osobowości depresyjnej. Wychodził on z założenia, że jeżeli uczucia gniewu i strachu przewyższają uczucie miłości, dziecko w końcu zaczyna kierować negatywne uczucia w swoim kierunku. W psychoanalizie założono, iż zaburzenia depresyjne wynikają z nierozwiązanych konfliktów z przeszłości, które pozostają dla chorego nieświadome. Dlatego właśnie stosowano metody wolnych skojarzeń, badano marzenia senne, wszelkie myśli i fantazje by pomóc pacjentowi uświadomić sobie problem. Używane metody, były „psychologiczne”, a nie farmakologiczne. Dyskurs, czyli rozmowa, a także refleksja terapeutyczna pomagały dotrzeć do najbardziej stłumionych emocji.

W latach 30 XX wieku popularne stały się elektrowstrząsy, używane powszechnie w szpitalach psychiatrycznych. Warto powiedzieć, iż owiane złą sławą elektrowstrząsy używa się do dziś, ale tylko w ściśle określonych przypadkach i w prawidłowych warunkach stosowania – na przykład gdy farmakologia jest nieskuteczna lub niewskazana, a stan pacjenta jest wyjątkowo ciężki. Przeprowadzane natomiast są one w znieczuleniu i zwiotczeniu mięśniowym.

W latach 50-tych odkryto pierwsze leki antydepresyjne. Zaobserwowano, iż lek używany do leczenia gruźlicy (pochodne hydrazyny), poprawia nastrój leczonych. Był to LPD – iproniazyd, który hamuje rozkład serotoniny, przez co zwiększa jej stężenie.

Powiązanie depresji z serotoniną zostało zauważone przez Wolley i Shaw w 1954 roku, a po 15 latach stworzono hipotezę o tym, że leki antydepresyjne (imipramina i inhibitory monoaminoooksydazy) podnoszą poziom 5 HT w mózgu, z związku z czym jej niedobór jest czynnikiem zwiększającym poziom depresji. Były to początki modelu neurochemicznego depresji (Tokarski, 2012).



Niejednolite nazewnictwo, brak jednostek chorobowych oraz przypisanych im objawów, skutkowało w dużych różnicach w diagnozowaniu zaburzeń przez różnych specjalistów. W odpowiedzi na ten problem, rozpoczęto pracę nad klasyfikacją zaburzeń. Z biegiem lat opracowano kolejne edycje systemu DSM – najpierw DSM-I i DSM-II, a następnie w 1980 roku DSM-III, które było zgodne z ówczesną klasyfikacją WHO, ICD-9. Kolejne aktualizacje obejmowały DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), a następnie DSM-IV-TR (2000) (Musiał, 2007).

Obecnie w Stanach Zjednoczonych obowiązuje DSM-V (wydany w 2013 roku), natomiast w Europie stosowana jest ICD-11, opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i opublikowana w 2018 roku. Oficjalnie została przyjęta w 2019 roku (a w Polsce jest w trakcie weryfikacji) (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-11 – polska wersja językowa).

1.2 Modele rozwoju depresji

Są to różne teorie i koncepcje, które na przestrzeni czasu próbowały wytłumaczyć w jaki sposób rozwija się depresja.

1.2.1 Modele biologiczne

Mówi o biologicznych aspektach pochodzenia zaburzeń nastroju. Zakłada, iż ich wynikiem są zaburzenia funkcjonowania układu nerwowego i hormonalnego. Wyróżnia kilka głównych mechanizmów.

Zaburzenia neuroprzekaźników

Najczęściej wymienia się trzy główne neuroprzekaźniki, związane z rozwojem zaburzenia: Serotonina (5-HT), Noradrenalina (NA) i Dopamina (DA).

W badaniach wykazano związek spadku serotoniny z dobrze zaplanowanymi i bardziej groźnymi próbami samobójczymi (Mann i Malone, 1997). Przebadano też jak zmienia się poziom obrotu serotoniny w ciągu roku i stwierdzono, że oscyluje w granicach 5-10%. W tym



celu mierzono L-tryptofan (prekursor serotoniny) u grupy kobiet i mężczyzn przez rok czasu. Badania wykazały między innymi, że stężenie L-tryptofanu były najniższe wiosną, co korelowało dodatnio z liczbą samobójstw. Najmniej samobójstw natomiast odnotowuje się jesienią i zimą – kiedy poziom obrotu serotoniny ma być najwyższy (Maes, Scharpe i Verkerk, 1995).

Serotonina jest monoaminą (które są zmodyfikowanymi aminokwasami), która jest głównie produkowana w błonie śluzowej jelit, ale też w jądrach szwu w mózgu, szyszynce i trombocytach. Jest indolaminą, czyli zawiera w swojej strukturze pierścień indolu i grupę aminową. Już wspomniany wcześniej tryptofan, prekursor serotoniny, który jest aminokwasem egzogennym, co oznacza że i jest on pozyskiwany z żywności bogatej w białka. Należy jednak pamiętać, że to węglowodany zwiększają jego szansę dojścia do mózgu, ponieważ to insulina zwiększa wchłanianie dużych aminokwasów (Kalat, 2019).

Serotonina która odpowiada za regulację nastroju, snu, apetytu i uczucia lęku. Jej niedobory mogą wynikać na przykład z niskiego spożycia tryptofanu, przy ubogiej diecie. Przyczyną może być też zaburzony transport tryptofanu do mózgu. Ze względu na fakt, iż konkuruje on z innymi aminokwasami, dieta która jest bogata w białko, może paradoksalnie zmniejszać jego dostępność. Dlatego ważna jest zbilansowana dieta, zawierająca węglowodany, które zwiększają transport tryptofanu (Kalat, 2019).

Duży wpływ na biologiczne podstawy rozwoju depresji ma stres. Kortyzol obniża liczbę receptorów serotoninowych. W stanach zapalnych i przewlekłego stresu, przez działanie cytokin pro-zapalnych, następuje wzmożona produkcje aktywności enzymu IDO, który przekształca tryptofan w kinureninę, zamiast w serotoninę (Margielewska, 2013).

Odkryto, że wychwyty zwrotny serotoniny (SERT) w depresji jest nadaktywny, co oznacza że jest ona usuwana z synapsy, zanim zdąży zadziałać. Leki przeciwdepresyjne (selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny) blokują działanie SERT, zwiększając ilość dostępnej serotoniny.

Inne leki antydepresyjne to leki trójpierścieniowe, których mechanizm polega na zablokowaniu wychwyty zwrotnego serotoniny i katecholamin przez neurony presynaptyczne. Leki te jednak również powodują blokowanie receptorów histaminergicznych, co powoduje senność. Przez blokowanie innych receptorów mogą też powodować szereg skutków ubocznych.



Inhibitory monoaminooksydazy hamują działanie enzymu MAO-A. Są skuteczne, ze względu na fakt, iż nadmierny rozkład serotoniny przez enzym monoaminooksydazę-A prowadzi do rozwoju zaburzeń depresyjnych. Atypowe antydepresanty natomiast to zróżnicowana grupa leków działających antydepresyjnie, o łagodnych skutkach ubocznych. Jest to na przykład bupropion, który hamuje wychwyt zwrotny dopaminy i noradrenaliny, nie działając przy tym na synapsy serotoniny. Innymi przykładami są wenlafaksyna i fadozon (Kalat, 2019).

W zaburzeniach nastroju ma znaczenie nie tylko serotonina. Ważne są też inne neuroprzekaźniki, z grupy katecholamin. Noradrenalina (NA) jest związana z pobudzeniem, energią i reakcją na stres. Jej niski poziom powoduje brak motywacji, zmęczenie i apatię. Dopamina natomiast odpowiedzialna jest za odczuwanie przyjemności i nagrody. W depresja może być związana z dysfunkcją układu dopaminergicznego, co prowadzi do braku odczuwania przyjemności. Szczególnie istotne są tu szlaki mezolimbiczny i mezokortykalny.

Niedobory dopaminy mogą wynikać ze zmniejszonej produkcji dopaminy, a także nadaktywności transporterów dopaminy (DAT), które za szybko usuwają dopaminę na synapsie, zmniejszając tym samym jej dostępność. Zmniejszona liczba receptorów dopaminowych D2 i D3 może z kolei prowadzić do mniejszej wrażliwości na dopaminę.

W leczeniu niedoborów dopaminy, stosowane są inhibitory MAO-B, które silnie podnoszą poziom dopaminy. Stosowane są głównie w chorobie Parkinsona, ale też w depresji związanej z niedoborem dopaminy (Gryz, Lehner, Wisłowska-Stanek i Płaźnik, 2018) (Kalat, 2019).

W depresji często występuje nadaktywność w osi HPA, której funkcjonowanie zostało wyjaśnione w rozdziale „stres”.

Czynniki dziedziczne

Zaburzenia depresyjne mogą mieć podłoże dziedziczne. Badania wykazują, że jeżeli jedno z bliźniąt monozygotycznych cierpi na depresję, drugie ma przynajmniej 50% szans na zachorowanie. U bliźniąt dizygotycznych jest to 5-10% (Craddock i Sklar, 2013).

Zidentyfikowano geny, które częściej występują u osób z depresją dwubiegunową. Nie znaleziono jednak konkretnego genu, który mógłby być kojarzony z jej główną przyczyną (Kalat, 2019).



W ostatnich latach mówi się dużo o epigenetyce skutkach stresu i traumy w zmianie ekspresji genów, które z kolei mogą trwale zwiększyć ryzyko depresji. Mark Wolynn, autor „Nie zaczęło się od ciebie” bada wpływ traum międzypokoleniowych na nasze życie. Autor przedstawia koncepcję dziedziczenia traumy. Według tej teorii stres i traumy mogą zmieniać sposób w jaki geny są włączone i wyłączone, co ma wpływ na kolejne pokolenia (Wolynn, 2017).

Choroby i współistniejące leki

W przypadku obniżonego nastroju, powinno wykluczyć się inne schorzenia organizmu, które mogą nieść ryzyko powikłań depresyjnych. Choroby endokrynologiczne mogą wpływać na nasz nastrój. Niedoczynność tarczycy prowadzi do zmęczenia i obniżonego nastroju, natomiast Hashimoto wprowadza organizm w stan zapalny, co również może prowadzić do depresji. Zespół Cushinga jest związany z nadmiarem kortyzolu. W zespole policystycznych jajników (PCOS) wiąże się ze skokami insuliny, wahaniami hormonów, zaburzeniem osi HPA, co prowadzi do przewlekle podwyższonego kortyzolu.

Choroby autoimmunologiczne mają wprowadzając organizm w przewlekły stan zapalny. Cytokiny prozapalne destabilizują organizm i zaburzają produkcję serotoniny. Zaliczamy tu również celiakię i nietolerancję glutenu. Ogólnie schorzenia związane z układem pokarmowym i jego florą bakteryjną mają silny związek z zaburzeniami depresyjnymi (Margielewska, 2013).

Choroby serca mogą dawać objawy podobne do lęku.

Istnieją również leki, które powodują objawy obniżonego nastroju, apatii, zmęczenia i anhedonii. Są to wszelkie leki hormonalne, na przykład tabletki antykoncepcyjne, kortykosteroidy lub leki na tarczycę. Jest to tak zwana depresja wtórna, która rozwija się na skutek zażywania leków lub innych środków psychoaktywnych, na przykład alkoholu w przypadku uzależnienia (Dąbrowska, 2023).

Neuroplastyczność w depresji.

W depresji występuje zmniejszona zdolność mózgu do tworzenia nowych połączeń neuronalnych. Neurotroficzna teoria powstania depresji zakłada udział białka BDNF (neurotroficzny czynnik pochodzenia mózgowego) w jej patogenezie. Należy ono do



neurotrofin i pełni ważną rolę w regulacji wzrostu oraz różnicowania neuronów. Związane jest z kluczowymi funkcjami plastyczności synaptycznej, szczególnie w mechanizmie wzmocnienia synaptycznego (LTP). Badania wskazały powiązanie pomiędzy systemami neurotroficznym i serotonergicznym. U zdrowych osób spadek tryptofanu jest kompensowany zwiększeniem białka BDNF. Mechanizm ten nie występuje u osób ze stwierdzoną depresją. Okazało się, że stres zaburza działanie białka, w wyniku czego obumierają dendryty, synapsy lub całe neurony, co z kolei może prowadzić do zmniejszenia hipokampa. Pacjenci depresyjni mają obniżoną ilość BDNF w hipokampie oraz korze przedczołowej, a jego podanie ma efekt przeciwdepresyjny. Podanie cytokin pro-zapalnych obniża poziom BDNF. Stwierdzono również, że leki antydepresyjne i elektrowstrząsy sprzyjają zwiększeniu ekspresji genu BDNF oraz stymulują proces neurogenezy w hipokampie.

Co ciekawe, zbliżone efekty ma zażywanie ketaminy, która jest antagonistą receptorów dla glutaminianu (Pels, 2020).

Depresja poporodowa

Należy zawsze też wziąć pod uwagę szereg zmian hormonalnych, które zachodzą u kobiety po urodzeniu dziecka. Gwałtownie spada estrogen i progesteron, co powoduje zmęczenie, wahania nastroju lub nawet stany depresyjne. Dodatkowo zaburzenia oksytocyny i prolaktyny, mogą powodować zarówno poczucie izolacji jak i strach przed separacją z dzieckiem. Aż około u 10% kobiet w krajach rozwiniętych, a 20% w nierozwiniętych rozwija się depresja poporodowa (PPD) (Langdon), (WHO, 2022). U większości kobiet, zmiany hormonalne ustępują samoistnie w ciągu kilku tygodni. Zmiany te również mogą wpływać na znacząco na wizję siebie.

1.2.2 Model psychologiczny

Podkreśla rolę sposobu myślenia i procesów poznawczych. W ramach tego modelu wykształciło się wiele teorii, opierających się na różnych mechanizmów rządzących ludzką psychiką. Ich wspólną cechą jest próba wyjaśnienia procesów psychologicznych.



Teoria wyuczonej bezradności

Eric Klinger zaproponował najstarszy model tłumaczący adaptację do niekontrolowanych zdarzeń, uwzględniający czynniki emocjonalne. Według niego, osoba która nie może zrealizować swoich celów, przechodzi przez różne etapy, które tworzą pewien cykl, opisujący zmianę motywacji:

Pobudzenie do działania → Frustracja → Agresja → Depresja → Powrót do normalnego stanu

Klinger uważa, iż wszystkie części cyklu pełnią funkcje adaptacyjne i są stanami normalnymi.

Martin Seligman w latach 60. i 70. XX wieku opracował teorię wyuczonej bezradności opartą na zaangażowaniu poznawczym. Opiera się on na założeniu, że pewne zachowania człowieka (lub zwierzęcia) mogą być wyuczone. W przypadku doświadczenia wielokrotnie sytuacji, kiedy jego działania nie mają wpływu na otaczającą rzeczywistość i nie może on kontrolować negatywnej sytuacji, rozwija przekonanie o własnej bezsilności. Będzie to prowadziło do braku motywacji i objawów depresyjnych.

W roku 1967 Seligman i Maier przeprowadzili eksperyment na psach. Podzielono je na trzy grupy:

- psy, które mogły uniknąć wstrząsów elektrycznych poprzez naciśnięcie guzika,
- psy, które otrzymywały wstrząsy elektryczne, nie mając kontroli nad ich zatrzymaniem
- psy, które nie były narażone na wstrząsy, jako grupa kontrolna

Okazało się, że w kolejnej części eksperymentu, psy z drugiej grupy nie próbowały nawet uciec, mimo iż miały taką możliwość. Ponadto w kolejnym eksperymencie zwierzęta, które wcześniej mogły kontrolować doświadczenie wstrząsów elektrycznych, szybko opanowały sposób unikania nowych. Natomiast te z drugiej grupy pokornie znosiły wstrząsy elektryczne.

Badania przeprowadzone na ludziach, w 1997 roku przez Aronsona, dały podobne rezultaty.

W odniesieniu do człowieka, gdy doświadcza on powtarzającej się sytuacji negatywnej, nad którą nie ma kontroli, na przykład przemocy domowej lub w przypadku przewlekłej choroby, może w końcu uwierzyć, że żadne działanie nie przynosi efektów.



Trzy kluczowe elementy wyuczonej bezradności to:

1. Deficyt motywacyjny – jednostka nie podejmuje próby zmiany niekomfortowej sytuacji, ponieważ nie wierzy w to, że ma to jakikolwiek sens.
2. Deficyt poznawczy – jednostka widzi siebie jako człowieka niemającego wpływu na swoje życie
3. Deficyt emocjonalny – wystąpienie lęku, depresji, niskiego poczucia własnej wartości

Atrybucyjny model bezradności i depresji opisany przez Lyn Abramson i Martina Seligmana, iż w wyzwalaniu bezradności ważne są procesy atrybucyjne, czy charakter stylu wyjaśniania porażek jest optymistyczny czy pesymistyczny (Kolber, 2019).

Teoria poznawcza

Stworzona przez Aarona Becka teoria schematów poznawczych jest jednym z głównych modeli wyjaśniających depresję w nurcie poznawczo-behawioralnym. Według tego modelu depresja wynika z negatywnych schematów poznawczych, które wpływają na sposób spostrzeganie siebie, świata i przyszłości. Wyjaśnił on szczegółowo psychologiczne mechanizmy depresji poprzez trzy sub-teorie:

Depresyjna triada poznawcza – opisuje trzy główne wzorce poznawcze:

- Negatywne przekonania i sądy na temat własnej osoby: „jestem bezwartościowy, niepotrzebny, niezdolny do osiągnięcia szczęścia”.
- Tendencja do interpretowania aktualnych doświadczeń w sposób negatywny. Człowiek jest przeświadczony, iż zewnętrzny świat stawia zbyt duże i trudne do spełnienia wymagania.
- Negatywne oceny i przewidywania dotyczące przyszłości.

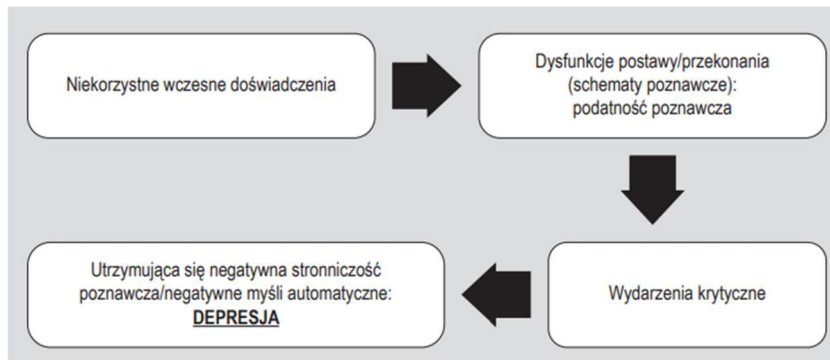
W celu odpowiedzi na pytanie, dlaczego pacjent jest przepełniony negatywnymi przekonaniem, często pomimo niezgodności z faktami, Beck stworzył koncepcję depresyjnych schematów poznawczych.

Koncepcja depresyjnych schematów poznawczych

Odnosi się ona do sposobów organizowania i gromadzenia informacji. Mówi o tym, że ukształtowane wzorce określają specyfikę spostrzegania, ocen i zachowania. Schemat przedstawiony jest na poniższym rysunku:



Rysunek 2: Koncepcja depresyjnych schematów poznawczych



Źródło: (Golek, Piątek i Piątek, Kierunki badań i rozwoju psychoterapii, 2023)

Uktywizacja negatywnych przekonań ogranicza dostęp do wartości i użytecznych pozytywnych przekonań, prowadzi do wytworzenia i kłótni w procesie myślenia

Konsepj w dliw go pr w r i i form i błędy myśli

Wiązują się z błędami myślenia i form i. Powodują o, że p i j i j i t p r k o y o ł u o s i w ł o g o p o o b u p o t r o g i, m y s l i i o i i i o t o t j a j g o r o w i o s c i. P r w i t o, z e i o u j o p o t r o b y k w o t o w o i i k o f r o t o w o i w o i h p r k o n a n o b i k t y w y m i f l k t m i. B i k p r d t w i o j e t b l e d y w m y s l i u, t k i j k: r b i t r l y w o o k, o l k t y w o b t r k j, p o w i e k o i i p o m i j o i i, g o r l i i j, m y s l i d y h o t o m i, p r o o l i i j, m y s l i o b o l u t y t y (G o l e k, P i a t e k i P i a t e k, K i e r u n k i b a d a n i r o z w o j u p o s w o j t o r i i d p r o j i, 2 0 2 4).

Nurt psychodynamiczny

Opi r o d e o p o z o u, i z d p r o j o w y k o w w e t r y h, e t o i s w i d o m y h k o f l i k t o w p y h i y h, p o h o d a y h g l o w i o w o o o g o d i n t w o i w y k j a y h i w l s i w y h r o d i m i i t u m i o y m i m o j m i.

Sigmund Freud w 1917 roku w pracy „Żłobki młoccholi” opisał depresję jako skutki w w e t r o g o g i w u i p o u i o t r t y. P o r o w l y w a o m l o c c h o l i e d o t y t u j i u t r t y, w o i i d o d o w y m i s y m b o l i y m. W d l u g i g o p o w t e t y g i w b y l k i r o w o y d o w w a t r, o p o w o d o l o o b i z i i o m o o y, w y r u t o w u m i i i p o u d i w i y. O p i u j o o d w o t e y m o j o l l, k t o r p o j w i j a i e w o d p o w i d i o t r t e. a t o z l o b i m l o c c h o l i



- **Żałoba** – jest reakcją na utratę czegoś. Może być to bliska osoba, ale też pojęcie bardziej abstrakcyjne, takie jak wolność, ideał, marzenia. Wiąże się ona z szeregiem objawów, takich jak obniżenie nastroju, zniechęcenie czy utrata zainteresowań. Osoba pogrążona w żałobie, skupia się jedynie na utraconym obiekcie. Z biegiem czasu uczucia te są wycofywane z obiektu. Sprzeciw i brak zgody na oderwanie libido od utraconego obiektu, skutkują zaprzeczeniem samej straty. Czasami w końcu następuje akceptacja utraty, co umożliwia przeniesienie uwolnionego libido na nowy obiekt, przywracając tym samym wolne „ja”. Oznacza to, że żałoba jest zdrową i naturalną reakcją i utracony obiekt zostaje świadomie pożegnany.
- **Melancholia** – również wiąże się z utraceniem ważnego obiektu, którym jest tu najczęściej zawód miłosny. Objawem cierpienia jest zubożenie własnego „ja”, uczucie utraty czegoś na zewnątrz, części świata zewnętrznego. Prowadzi to do wyrzutów wobec siebie bycia niegodnym i nieidealnym. Chory wymierza w swoim kierunku kary, takie jak samooskarżenia, zaprzestanie jedzenia, snu, czasem nawet samobójstwo. Te kary z kolei powodują wstyd.

Melancholię można porównać do depresji. Osoba przeżywa stratę nie do końca na świadomym poziomie. Nie zawsze jest w stanie wskazać co utraciła. Osoba identyfikuje się z tą stratą i w końcu zaczyna się obwiniać. Zamiast uwolnić libido, zatrzymuje ją w sobie i pojawia się wewnętrzna walka, w której „ja” zwraca się przeciwko sobie. Jest to gniew kierowany do wewnątrz. Cała wrogość do straconego obiektu zostaje skierowana do wnętrza.

Tabela 1: Porównanie dwóch stanów emocjonalnych według Zigmunta Freuda

Żałoba	Melancholia
Świadomość straty	Brak pełnej świadomości straty
Smutek i tęsknota, ale bez samo destrukcyjnych myśli	Silna samokrytyka, poczucie winy, niska samoocena, gniew skierowany w swoim kierunku
Stopniowe uwalnianie się od utraconego obiektu	Identyfikacja siebie z utraconym obiektem
Możliwość skierowania uwolnionego libido na nowy obiekt	Zablokowanie energii, co prowadzi do autodestrukcji
Proces zdrowy, naturalny	Proces patologiczny

Źródło: opracowanie własne



Zigmunt Freud w swojej pracy odnosił się też do stanów maniakałnych. Uważał, że mania następuje, gdy jednostce w końcu udaje oderwać się z depresyjnego stanu, co skutkuje nadmiernym pobudzeniem (Musiał, 2007), (Oryńczak, 2015).

Nurt behawioralny

Pochodzi z behawioryzmu, który zakłada, że ludzkie zachowania kształtują się pod wpływem środowiska i doświadczeń. Depresja powstaje w wyniku utrwalania negatywnych wzorców zachowań i braków pozytywnych wzmocnień. Przykładowo utrata pracy, brak wsparcia emocjonalnego, powoduje niedobór pozytywnych bodźców. Wycofywanie się z aktywności życia codziennego dodatkowo zmniejsza szansę na pozytywne doświadczenia, przez co powstaje błędne koło.

Nadmiar negatywnych bodźców zachodzi przy doświadczaniu zbyt wielu stresorów. To z kolei może prowadzić do wycofania się i rozwinąć mechanizmy unikania.

W roku 1974 Peter Lewinsohn połączył brak pozytywnych doświadczeń z rozwojem depresji. Forster dodał wątek uczenia się unikania negatywnych sytuacji.

1.2.3 Model społeczny

Tłumaczy on depresję jako konsekwencję interakcji społecznych, relacji międzyludzkich, i warunków środowiskowych. Podkreśla on, że depresja nie wynika wyłącznie z cech indywidualnych jednostki. Zgodnie z tym podejściem, jakość i struktura sieci społecznych jednostki odgrywają kluczową rolę w jej zdrowiu psychicznym. Brak wsparcia społecznego, konflikty interpersonalne czy izolacja społeczna mogą przyczynić się do powstania albo pogłębienia depresji.

Sheridan i Radmacher opisują wsparcie społeczne jako: „zasoby dostarczone nam poprzez interakcję z ludźmi” (Sheridan i Radmacher, 1998), a Cohen i Wills określają wsparcie społeczne jako proces w których: „jedna osoba pociesza inną, pomaga omówić problemy, daje rady, dostarcza dóbr materialnych i usług i sprawia, że czuje się ona częścią społecznej sieci” (Cohen i Wills, 1985). Wsparcie społeczne jest więc pewnego rodzaju buforem, który wspomaga zdrowie psychiczne.



Czynniki składające się na strukturę wsparcia społecznego to stan cywilny, role społeczne, przynależność do organizacji, grup, czy wyznanie religijne. Czym struktura jest większa i bardziej zżyta ze sobą, tym większe jest poczucie wsparcia.

Istnieją różne teorie wspierające model społeczny. James Coyne zauważył, że osoby cierpiące na depresję często poszukują wsparcia w sposób, który wywołuje negatywne reakcje otoczenia. Depresyjni pacjenci bowiem narzekają, domagają się uwagi i są negatywnie nastawieni. To może powodować zniechęcenie innych do ich osoby. Ostatecznie bliscy zaczynają unikać cierpiącego na depresję, co jeszcze bardziej pogłębia jego samotność i uczucie bezwartowości.

Brown i Harris przeprowadzili badania na kobietach cierpiących na depresję. Odkryli, że główną przyczyną choroby, były negatywne doświadczenia życiowe, takie jak śmierć bliskiej osoby, przemoc domowa czy sytuacja materialna. W ten sposób zdefiniowano główne przyczyny depresji.

Teoria współczesnej sieci wsparcia (Lin, 1986) mówi o tym, że wsparcie społeczne jest jednym z najważniejszych czynników chroniących przed depresją. Osoby posiadające dobre relacje z rodziną, przyjaciółmi rzadziej popadają w to zaburzenie. Dzieje się tak, ponieważ mają zasoby, które pomagają im radzić sobie w trudnych sytuacjach.

Za jednego z pionierów badań nad zjawiskiem izolacji społecznej uznaje się Emile Durkheim, która w 1897 roku w swojej pracy „Samobójstwo” opisała pojęcie anomii. Anomią nazywamy stan, w którym normy społeczne ulegają osłabieniu lub zanikowi, co może prowadzić do dezintegracji społecznej i poczucia izolacji jednostki. Co z kolei może prowadzić do zwiększonej liczby samobójstw.

O ujemnych konsekwencjach izolacji, pisze Bożena Skibińska. Analizuje ona skutki stygmatyzacji i wykluczenia społecznego, które dotyczą pojedyncze osoby i całe rodziny. Zwraca uwagę na utrwalone stereotypy i uprzedzenia, które prowadzą do niewłaściwych postaw społecznych. Artykuł ukazuje codzienność osób niepełnosprawnych intelektualnie. Opisuje „śmierć emocjonalną” u osób doświadczających odosobnienia. Osobowość człowieka nie jest w stanie normalnie rozwijać się i funkcjonować bez innych ludzi. Poczucie dobrostanu, zdolność do samorealizacji oraz budowania głębokich relacji emocjonalnych, a także wewnętrzna akceptacja i aktywne uczestnictwo w otaczającym świecie, sprzyjają optymalnemu funkcjonowaniu jednostki zarówno w życiu społecznym, jak i osobistym. Dzięki temu możliwe



jest osiągnięcie harmonii zarówno wewnętrznej, jak i w relacjach z otoczeniem (Skibińska, 2017).

1.2.4 Model biopsychospołeczny i filozofia wschodu

Pozwala on na holistyczne podejście do powstania depresji. Uwzględnia zarówno czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne. W rzeczywistości czynniki te są ze sobą połączone i nie mogą istnieć niezależnie.

To holistyczne podejście jest głęboko zakorzenione w filozofii wschodu. Medycyna chińska zakłada, iż organizm człowieka jest całością, w której wszystkie elementy są ze sobą połączone. Studiując podstawy medycyny chińskiej na wschodzie, nauczyłam się iż człowiek jest odzwierciedleniem Wszechświata. Można to odczytywać tak, iż jesteśmy silnie związani ze społeczeństwem, w którym żyjemy. Ludzie stale doświadczają zmian pochodzących z zewnątrz, a ich wewnętrzne mechanizmy samoregulujące przez zdolność do adaptacji, pozwalają zachować homeostazę organizmu. To właśnie utracenie tej adaptacji i homeostazy powoduje chorobę. Założenie holistyczne polega na podejściu, w którym nie możemy zgłębiać zdrowia lub choroby człowieka, bez uwzględniania świata, który go otacza.

W medycynie chińskiej uważa się, że organizm jest dynamicznym systemem gdzie poszczególne narządy, emocje i otoczenie są ze sobą powiązane. Nie rozgranicza się tu zdrowia fizycznego i psychicznego, a emocje są ściśle powiązane z pracą organów wewnętrznych. Na przykład gniew wpływa na wątrobę, a smutek na płuca. Leczenie tu obejmuje zmianę całego stylu życia.

Według mnie, model biopsychospołeczny również traktuje organizm jako system wzajemnie oddziałujących elementów. Połączenie obu podejść może przynieść korzyści w poprawie zdrowia psychicznego. Na przykład stosowanie techniki uważności w psychoterapii, poprzez skierowanie uwagi na to, co nas otacza i czego doświadczamy w danej chwili, pomaga pacjentowi wyciszyć emocje, uspokoić się w silnie stresującej sytuacji. Jest to też technika dzięki której, można lepiej zrozumieć własne emocje i sposób reakcji (Montakab, 2018).

W medycynie wschodu kładzie się duży nacisk na profilaktykę. Nie przeciążanie organizmu nawet w sytuacji, gdy nie występuje jednostka chorobowa oraz dążenie do dobrostanu i równowagi. W naszym społeczeństwie istnieje natomiast kult produktywności i



gloryfikuje się nieustanną aktywność oraz ciągłe samodoskonalenie. Sami sobie narzucamy wysokie wymagania, a beczynność jest postrzegana jako coś negatywnego i powoduje w nas poczucie winy.

1.3 Definicja depresji i jej rodzaje

Depresja jest jednym z najczęściej stosowanym terminem, gdy rozmawia się o zaburzeniach zdrowia psychicznego. Można o niej mówić, gdy obniżenie nastroju następuje gwałtownie i ma zbyt ciężki przebieg w stosunku do okoliczności lub nie ma wyraźnej przyczyny zewnętrznej (Ciccarelli i White, 2019). W poniższych podrozdziałach zostały przedstawione dokładne symptomy depresji oraz jej podział według klasyfikacji ICD-11 oraz DSM-V.

1.3.1 ICD-11

ICD-11 jest nową strukturą klasyfikacji depresji, w porównaniu z ICD-10, z którego korzystano w Polsce do niedawna. Z tego względu opisałam kilka najważniejszych zmian związanych z zaburzeniami depresyjnymi.

W poprzedniej wersji, zaburzenia te znajdowały się w kategorii: Zaburzenia afektywne (F30-F39), kiedy teraz są częścią nowej kategorii o nazwie: Zaburzenia psychiczne, behawioralne i neurorozwojowe (6A60-6A8Z). ICD-11 traktuje depresję jako jedno, ciągłe zaburzenie, które może mieć pojedynczy, albo nawracający charakter. Odeszło się tym samym od rozróżnienia na zaburzenia depresyjne i epizod depresyjny. W nowej wersji kładzie się też większy nacisk na cierpienie i zaburzenia funkcjonowania. Nie wymaga się też obecności minimum dwóch objawów głównych, jak to miało miejsce wcześniej. Wymaga natomiast istnienie co najmniej pięciu objawów utrudniających codzienne funkcjonowanie.

Wystąpiła też nowa kategoria: depresja mieszana z objawami lękowymi (6A71). Pozwala to na lepsze opisanie pacjentów, u których współwystępuje depresja oraz lęk. Można



zaobserwować również większy nacisk na myśli samobójcze, jako kluczowy objaw depresji, gdzie w wcześniej był on traktowany jako jeden z opcjonalnych symptomów. (Krawczyk i Świącicki, 2020)

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, ICD-11 znajdują się w sekcji oznaczonej 06, opisującej „Zaburzenia psychiczne, behawioralne i neurorozwojowe”. Znajdują się w części opisującej zaburzenia nastroju i są opisane jako: „zaburzenia depresyjne charakteryzują się nastrojem depresyjnym (np. smutny wrażliwy, poczucie pustki) lub utratą przyjemności, którym towarzyszą inne objawy poznawcze, behawioralne lub neurowegetatywne, znacząco wpływające na zdolność osoby do funkcjonowania. Zaburzenie depresyjne nie powinno być diagnozowane u osób, które kiedykolwiek doświadczyły epizodu maniakalnego, mieszanego lub hipomaniakalnego, co wskazywałoby na obecność zaburzenia dwubiegunowego.”. Zaburzenia depresyjne, wg ICD-11, dzielą się na następujące kategorie:

- Zaburzenia depresyjne z pojedynczym epizodem (6A70)

Opisuje zaburzenia związane z przebyciem jednego epizodu depresji. Objawy obniżonego nastroju utrzymują się prawie codziennie i przez większość dnia, w okresie co najmniej dwóch tygodni. Występują tu inne objawy, jak na przykład trudności z koncentracją, poczucie winy beznadziejności, myśli o śmierci, samobójstwie, a także zmiany apetytu i rytmu snu. Mogą mieć przebieg łagodny (6A70.0), umiarkowany bez objawów psychotycznych (6A70.1), umiarkowany z objawami psychotycznymi (6A70.2), ciężki bez objawów psychotycznych (6A70.3) lub ciężki z objawami psychotycznymi (6A70.3). Ciężki epizod depresyjny charakteryzuje się licznymi objawami o znacznym nasileniu, które istotnie utrudniają codzienne funkcjonowanie osoby dotkniętej tym zaburzeniem.

- Zaburzenia depresyjne nawracające (6A71)

Wyróżniają się wystąpieniem przynajmniej dwóch epizodów depresyjnych, pomiędzy którymi występował nie mniej niż kilkumiesięczny okres stabilizacji nastroju. Każdy epizod depresyjny natomiast jest związany z długotrwałym obniżeniem nastroju i typowymi objawami depresji, które utrzymują się co najmniej dwa tygodnie. Sezonowe zaburzenia depresyjne są uwzględniane jako jedna z możliwych form zaburzenia depresyjnego nawracającego.

Zaburzenia depresyjne nawracające, mogą charakteryzować się różnymi stanami nasilenia: obecny epizod łagodny (6A71.0), obecny umiarkowany epizod, bez objawów psychotycznych (6A71.1), obecny epizod umiarkowany, z objawami psychotycznymi (6A71.2), obecny epizod ciężki, bez objawów psychotycznych (6A71.3) lub z objawami

psychotycznymi (6A71.4). Obecny epizod depresji może też być nieokreślony (6A71.5), w częściowej remisji (6A71.6) lub w pełnej remisji (6A71.7).

- Zaburzenia dystymiczne (6A72)

W tym przypadku nastrój depresyjny powinien trwać przez dwa lata lub dłużej i utrzymywać się przez większą część dnia. U dzieci i młodzieży natomiast, zamiast typowego, obniżonego nastroju, może pojawiać się drażliwość. W okresie pierwszych objawy spełniające kryteria rozpoznania epizodu depresyjnego, występowały niemal ciągle. Ponadto pacjent nie przechodził epizodów maniakalnych, mieszanych lub hipomaniakalnych.

- Zaburzenia depresyjne lękowe i mieszane (6A73)

Są to pomieszane symptomy zarówno depresji i lęku, utrzymujące się przez okres minimum dwóch tygodni. Do typowych objawów depresji, jak obniżony nastrój, wyraźne zmniejszenie zainteresowania i poczucia przyjemności z wykonywanych aktywności, dochodzą też objawy lęku, takie jak: zdenerwowanie, niepokój, niekontrolowalne niepokojące myśli, problemy z odprężeniem się, uczucie, że wydarzy się coś strasznego, ale też symptomy pobudzenia autonomicznego układu współczulnego.

- Przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne (GA34.41)

Jest to zespół objawów emocjonalnych (drażliwość, obniżony nastrój), somatycznych (jak bóle stawów, czy senność) oraz poznawczych (problemy z koncentracją). Objawy te występują w okresie kilku dni przed wystąpieniem miesiączki, po czym znikają po ustąpieniu miesiączki. Występują przez większość cyków w roku.

- Inne określone zaburzenia depresyjne (6A7Y)
- Zaburzenia depresyjne nieokreślone (6A7Z)

(Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-11 – polska wersja językowa).

1.3.2 DSM-5

Depresja została tu szeroko opisana w dziale „Zaburzenia nastroju”. W piątej edycji podręcznika zaburzenia depresyjne znajdują się w dziale o zaburzeniach nastroju. Wg klasyfikatora: „niemal każdy pacjent, u którego pojawia się zaburzenie nastroju, doświadcza w



jakimś czasie depresji, ale niektórzy mają także okresy podwyższonego nastroju.” Zaburzenia depresyjne dzielą się na:

- Zaburzenia depresyjne – nie występują tu epizody manii lub hipomanii, jedynie przynajmniej jeden epizod depresji. Zaburzenie może być też nawracające.
- Utrwalone zaburzenie depresyjne (dystymia) – o małym nasileniu, różni się czasem trwania, który jest znacznie dłuższy.
- Dezorganizujące zaburzenie dysregulacji nastroju – u dziecka obniżony nastrój występuje naprzemiennie z dużymi wybuchami złości.
- Przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne – objawy depresji i lęku występujące kilka dni przed rozpoczęciem miesiączki.
- Zaburzenie depresyjne spowodowane inną chorobą lub problemem zdrowotnym – objawy depresyjne spowodowane szeregiem zaburzeń somatycznych i neurologicznych. Nie muszą spełniać innych kryteriów.
- Zaburzenie depresyjne wywołane substancją psychoaktywną lub lekiem – objawy depresyjne spowodowane spożyciem lub odstawieniem alkoholu albo innej psychoaktywnej substancji.
- Inne określone lub nieokreślone zaburzenie depresyjne – we wszystkich innych zaburzeniach, gdzie depresja występuje jako cecha.

W klasyfikatorze, wyróżniono również zaburzenia dwubiegunowe (i pokrewne), charakteryzujące się występowaniem epizodów maniakalnych, co według autorów występuje przy około 25% przypadków.

Został zdefiniowany również sam epizod depresyjny, jako jeden z objawów, lecz nie sama jednostka diagnostyczna. Powinien on spełniać 5 wymagań: obniżony nastrój lub objawy anhedonii, utrzymuje się przynajmniej przez 2 tygodnie, powoduje niepełnosprawność albo cierpienie. Spełnia on też przynajmniej 5 z objawów, poza pogorszonym nastrojem, takich jak na przykład: utrata łajnienia i masy ciała, znużenie, zahamowania psychoruchowe, pobudzenie, niskie poczucie własnej wartości, poczucie winy, problemy z koncentracją, brak energii, zmęczenie, myśli samobójcze lub rezygnacyjne. Wymienionymi wykluczeniami w diagnozie są klinicznie stwierdzone używanie substancji psychoaktywnych lub zaburzenia somatyczne, które mogłyby być powodem występujących objawów (Morrison, 2016).

1.4 Narzędzie mierzenia depresji

Skala depresji Becka (BDI-II).

W niniejszej pracy została wykorzystana Skala Depresji Becka w celu zmierzenia poziomu depresji u kobiet po urodzeniu pierwszego dziecka.

Narzędzie powstało w 1961 roku przez Aarona T. Becka i współpracowników. Mieli oni na celu dostosowanie skali do kryteriów diagnostycznych depresji zawartych w DSM-IV (Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychiatrycznych, wydanie IV).

Nowatorska poznawcza teoria Becka, polegała na założeniu iż główną przyczyną depresji są specyficzne deformacje procesów poznawczych. Dokładnie są to:

- Poznawcze błędy stronniczości, wraz ze zniekształceniem procesów przetwarzania informacji i/lub koncentrowanie na bodźcach negatywnych.
- Braki i deficyty poznawcze, takie jak deficyty uwagi, pamięci krótkotrwałej i osłabienie funkcji poznawczych. (Golonka, Piątek i Stach, Kierunki badań i rozwoju poznawczej teorii depresji, 2023)

Poznawcza teoria Becka i Skala Depresji Becka są ze sobą silnie powiązane, ze względu na fakt, iż narzędzie to zostało opracowane jako praktyczna metoda pomiaru nasilenia objawów depresyjnych zgodnie z założeniami tego modelu.

Obecnie BDI-II jest używana w diagnostyce depresji. Składa się z 21 punktów, w których pacjent wybiera z spośród czterech możliwości. Kolejne warianty odpowiedzi odpowiadają zwiększonej intensywności objawów depresji i są punktowane od 0 do 3. Sumując wszystkie punkty, otrzymujemy poziom depresji. Wyniki możemy zinterpretować w następujący sposób:

- Brak depresji – możliwe tymczasowe pogorszenie nastroju, spowodowane bieżącymi wydarzeniami. Jeśli objawy się będą utrzymywać, należy powtórzyć test po 7 dniach.
- Depresja łagodna – wskazuje na potrzebę udania się do specjalisty w celu dalszej diagnostyki.
- Depresja umiarkowana – wskazuje na potrzebę szybkiego działania oraz kontakt ze specjalistą. Może wymagać leczenia farmakologicznego.



- Depresja ciężka – niebezpieczny stan dla zdrowia i życia. Wymaga natychmiastowego udania się do lekarza psychiatry (Skala depresji Becka - test).



ROZDZIAŁ III: Rola społeczna kobiety przed i po urodzeniu dziecka

Słowo „macierzyństwo” jest diadą matki i dziecka, która jest fundamentalna dla rozwoju dziecka i to właśnie na podstawie tej relacji dziecko uczy się podstawowych interakcji społecznych, zaufania, poczucia bezpieczeństwa, a także zaczyna rozwijać swoją tożsamość. Macierzyństwo definiuje się jako bycie matką i proces stawiania się nią. Oblicza macierzyństwa są wypadkową krzyżowania się wielu czynników – emocjonalnych, psychicznych, społecznych, kulturowych oraz tworzenia różnego rodzaju indywidualnych i grupowych konstelacji tego doświadczenia (Pryszmont-Ciesielska, 2011), (Krause, 2020).

3.1 Jak zmienił się obraz matki na przestrzeni lat

W polskiej terminologii słowo „matka” oznacza kobietę mającą własne dziecko (lub dzieci). Z kolei macierzyństwo wywodzi się od dawnego „macierz” i opisuje: „bycie matką i związane z tym uczucia, doznania, powinności”, oznacza to, że termin ten jest nasycony większym znaczeniem niż sam fakt posiadania dzieci. Wg Elżbiety Górnikowskiej-Zwolak macierzyństwo jest zjawiskiem oczywistym i naturalnym oraz podlega silnemu pozytywnemu wartościowaniu. Uważa ona, że do miłości macierzyńskiej kobietę zmusza nie tylko natura ludzka, ale równie ważne są moralność, wartości religijne i społeczne.

W dziedzictwie europejskim archetyp matki pochodzi z czasów starożytnych cywilizacji Rzymu i Grecji. Modele Rzymian i Greków wykazywały podobieństwa w obecności monogamii, patriarchatu i dużej zależności żony od swojego męża. W Rzymie kobiety jednak wykazywały się większą swobodą i mogła brać udział w życiu towarzyskim, przyjęciach i poruszać się swobodnie. Matka rzymska miała duży wpływ na wychowanie potomstwa, a w wyższych sferach kobiety mogły nawet prowadzić interesy i zarządzać majątkiem. Podczas gdy Greczynki zostawały zamknięte przez większość czasu w swych komnatach, gdzie powinny się skupiać jedynie na obowiązkach domowych i wychowywaniu dzieci. W opiekę nad małymi dziećmi od zawsze były zaangażowane głównie albo i tylko kobiety.



Lucjusz Anneusz Seneka (4 r.n.e. – 65 r.n.e.) wierzył w wartość rodziny podczas wychowania dziecka. Według niego większa odpowiedzialność spadała na matkę, która to miała kształtować postawę emocjonalną dziecka. Ojciec natomiast wносił wartości duchowego i fizycznego rozwoju. Przypisał on dużą rolę pierwszym tygodniom życia, kiedy to należy noworodki często tulić i okazywać im bliskość. Uważał, że to właśnie do matek należy pielęgnacja poporodowa.

Rodzina, w czasach starożytnych stanowiła główną podstawę społeczeństwa. Pisali o niej Marek Fabiusz Kwintylian, czy Arystoteles. Matka natomiast była filarem tej rodziny i wzorem cnoty i moralności. Plutarcha z Cheronei (50 r.n.e. – 125 r.n.e.) pisał, iż dzieci w najmłodszych latach powinny być wychowywane przez rodzicielkę, gdyż to jej obecność formuje jego osobowość. Głęboko krytykował też podające noworodkom mleko mamki., twierdząc że wpływa to negatywnie na rozwój niemowlęcia i na jego relację z biologicznym rodzicem.

W średniowieczu pozycja matki i jej relacji z dzieckiem pogorszyła się. Wychowanie stało się bardziej formalne i zasadnicze. Często dziecko było oddawane do innego domu, by nauczyć się zwodu, duchownym lub pod kątem edukacji dworskiej. Najczęściej dotyczyło to męskich potomków, którzy zmuszeni byli rozstać się z matką na zawsze już we wczesnym okresie swojego życia. Występowała wtedy duża umieralność dzieci, a życiu ich samych, nie przypisywano wielkiej wartości. Edukacją dzieci zajmowali się ojcowie lub instytucje kościelne.

Kobieta spełniała rolę rodzącej i wychowującej potomstwo, bowiem Kościół uznał macierzyństwo za jej obowiązek. Stała się jeszcze bardziej podporządkowana mężowi, ojcu lub nawet synowi. Religia chrześcijańska oczekiwała od kobiety głównie pokory i uległości.

Istniało wiele przypadków porzucania noworodków lub nawet pozbawiania ich życia. Wiązało się to ze stygmatą możliwości posiadania dziecka nieślubnego, pochodzącego z nielegalnego związku, gwałtu, lub po prostu w sytuacji skrajnego ubóstwa. Określono to fenomenem niespełnionego macierzyństwa.

W XV-VVI wieku na powrót zaczęto gloryfikować macierzyństwo i doceniać matkę oraz obcowanie z nią dziecka. Na powrót zachęcano do karmienia piersią rodzicielki w celu tworzenia prawidłowej więzi. Petrycy pisał, iż „obcy pokarm przyczynić się może do różnych obyczajów od rodziców, wpaja w nie skłonności do niecnót, rozmaitym chorobom przyczyny daje”. Na powrót widziano matkę jako wzorzec moralny, której obowiązkiem było również



wychowanie etyczne. Rousseau z kolei pisał wiele o konieczności poświęcenia się kobiety na rzecz macierzyństwa.

Początki feminizmu sięgają połowy XVIII wieku i właśnie w tym okresie kobiety zaczęły mieć dostęp do edukacji. Wielu myślicieli jednak krytykowało tą drogę, sądząc że przez to odejdzie ona od najważniejszej przecież dla niej roli, do której jest uwarunkowana biologicznie, jakim jest macierzyństwo. Trentowski pisał negatywnie o pobieraniu przez kobiety nauk, gloryfikując dom rodzinny i matkę jako strażniczkę domowego ogniska. Znów pojawia się tu obraz pobożnej niewiasty jako przewodniczki duchowej i moralnej.

Sufrażystki twierdziły jednak, że kobiety dorównują mężczyznom pod względami intelektualnymi i nic nie stoi na przeszkodzie, by spełnione matki mogły również brać udział w rozwoju republiki. Termin „patriotyczne macierzyństwo” wykorzystywali zarówno zwolennicy jak i przeciwnicy emancypacji. Zależy od strony, która go głosiła, mógł on opisywać fakt, iż kobiety wyedukowane lepiej wychowują dzieci i przez to przyczyniają się do propagowania patriotyzmu, ale też ideę iż prawdziwa patriotka priorytezuje sferę domową. W każdym razie, to właśnie argument macierzyństwa przeszkadzał kobietom w otrzymaniu równych praw do edukacji i zatrudnienia. Uważano przecież, że głównym przeznaczeniem kobiety jest pozostanie w domu i opieka nad dziećmi, a edukacja, prowadząca do kariery zawodowej, może jedynie zaburzyć ten proces.

Mill w swoich dziełach pisał, że jedynie poprzez potomstwo kobieta realizuje zasadę użyteczności. Harriet Taylor postulowała, iż możliwe jest połączenie macierzyństwa z pracą zawodową i nikt nie powinien do niego przymuszać kobiet.

Historycznie tak więc kobieta była głównie postrzegana jako rodzicielka i opiekunka domowego ogniska. Rewolucja przemysłowa, urbanizacja i zmiany polityczne XX wieku przyniosły fundamentalne zmiany, otwierając kobietom drzwi do nowych możliwości, takich jak kariera zawodowa. Do 1920 roku kobiety otrzymały prawa wyborcze w niektórych państwach Europy, a w Polsce nastąpiło to 1918. Poprzez dwie wojny światowe walka o dalsze prawa kobiet zostały zepchnięte na dalszy plan, a odrodzenie ruchy emancypacyjnego odrodziło się dopiero po ustabilizowaniu się sytuacji w Europie. W 1949 roku Simone de Beauvoir wydała książkę pod tytułem: „Druga płeć”, w której podjęła wiele kontrowersyjnych ówczas tematów. Pisała o powszechności aborcji i zakłamaniu związanym z tym fenomenem. Deklarowała też, że nie istnieje coś takiego jak instynkt macierzyński, a matka nie mająca szans na wyrażenie swojej indywidualności, jest nękana procesami biologicznymi. Postulowała, iż macierzyństwo



wcale nie jest naturalnym procesem i że od maleńkości wmawia się im, że są stworzone jedynie do rodzenia dzieci i odmawia się im głosu. Patriarchalna kultura upodmiotawia kobietę, oddziela płód od matki i nadaje ważność jego życiu na równi z matką. Autorka popada w skrajność, atakując instytucję małżeństwa i chęć bycia matką, ale jej praca stała się podstawą dla późniejszych feministek. Zaczęto rozwijać myśl, iż nie jest jedyną gwarancją szczęścia i spełnienia.

Macierzyństwo było nieoddzielnie związane z instytucją małżeństwa, w innym wypadku było powodem do głębokiego wstydu i potępienia przez społeczeństwo. Co ciekawe, stygmatyzacja nie obejmowała mężczyzny (Bartkowiak, 2015), (Wodzick, 2011).

3.2 Instynkt macierzyński

Warto omówić czym jest instynkt macierzyński. Według Encyklopedii PWN jest to: „biol. uwarunkowana genetycznie dziedziczna zdolność zwierząt i ludzi do wykonywania łańcucha różnych rodzajów zachowania się, napędzanych przez popędy i sterowanych przez odpowiednie bodźce zewnętrzne, prowadzących do skutków koniecznych dla życia osobnika lub utrzymania gatunku” (Encyklopedia PWN). Instynkty związane z posiadaniem potomstwa mają kluczową rolę w mechanizmie rozmnażania się. Z biologicznego punktu widzenia, nie różni się on od tego występującego w świecie zwierząt. Sprowadza się on do wydzielania oksytocyny w większych ilościach podczas ciąży by wywołać akcje porodowe, a następnie zaraz po porodzie, by spowodować obkurczenie macicy. Oksytocyna jest też wydzielana przez drażnienie brodawek wspomaga laktację.

Z perspektywy ewolucyjnej jest niezbędny do zmotywowania samicy do ochrony i opieki nad potomstwem, co zwiększa ich szansę na przeżycie, a co za tym idzie za przetrwanie gatunku.

Oksytocyna odpowiedzialna jest również za poczucie przywiązania. Co ciekawe, poziom jej podnosi się nie tylko u matek, ale także u ojców, a nawet u rodziców adopcyjnych. Dzieje się tak, ponieważ sama opieka nad dzieckiem może podnosić poziom tego hormonu w organizmie. Jest związany z codzienną opieką i takimi czynnościami jak dotyk, mowa czy



kontakt wzrokowy. Tak więc teoria wrodzonego instynktu macierzyńskiego jest coraz częściej tematem powszechnej dyskusji (Gruszecka , 2022).

3.3 Społeczne oczekiwania wobec kobiet

Dziś obraz matki jest bardziej złożony i zróżnicowany niż kiedykolwiek wcześniej. Wiele kobiet zmaga się ze znalezieniem równowagi między życiem zawodowym oraz rodzinnym. Kobieta czuje obowiązek społeczny spełnienia się na kilku różnych płaszczyznach.

Wg Urszuli Kusio nastąpiły zmiany kulturowego wzorca macierzyństwa, przez które posiadanie przez kobietę potomstwa przestało być jedynym satysfakcjonującym modelem życia. Rynek pracy nie zachęca do przerywania kariery i nauki, a kilkuletni urlop wychowawczy nie rokuje dobrze na zawodową przyszłość (Kusio, 2004).

Współczesne społeczne wzorce są pełne sprzeczności. Społeczeństwo narzuca więcej wymagań wobec kobiety, zachowując jednocześnie nacisk na te dawne. Nowe możliwości, zwiększają zakres obowiązków. Z jednej strony umacnia się jej stereotypowy obraz, jako pani domu, matki i żony, z drugiej strony uważa się, iż powinna ona spełniać się zawodowo, naukowo, realizować swoje pasje i ambicje. Aktualne podejście może powodować dezorientację oraz przeciążenie. Kobiety coraz częściej łączą macierzyństwo z karierą zawodową, co wymaga od nich dużych pokładów energii, umiejętności zarządzania czasem, elastyczności oraz wsparcia ze strony partnera i otoczenia. Stres oraz poczucie winy, poczucie nie możliwości osiągnięcia postawionej sobie poprzeczki.

Chciałam poruszyć też temat stygmatyzacji kobiet które wybierają inne niż typowe drogi macierzyństwa. Przykładem są samotne matki. Historycznie, potomstwo powinno być wydawane jedynie po zawarciu związku małżeńskiego. Kobiety, które dopuściły się relacji z mężczyzną, który nie był ich mężem, były potępiane i społecznie marginalizowane. Jeszcze w XX wieku w Irlandii były zamykane one w specjalnych przytułkach o tragicznych warunkach, gdzie umierały zarówno mamy jak i ich podopieczni.

W Polsce obecnie pojęcie to jest wciąż nacechowane negatywnie i utrwała stereotyp kobiety porzuconej, nieszczęśliwej, niekochanej, niewartej miłości i niezaradnej. Także spełniona kobieta powinna mieć dzieci, karierę oraz męża.



W zależności od przyczyny wychowywania dziecka bez partnera pogląd może się zmieniać. Na przykład w przypadku owdowienia, sytuacja kobiety spotyka się ze współczuciem. W przypadku porzucenia opinie już nie są jednoznaczne, ponieważ współczucie tu miesza się z oskarżeniem, iż może kobieta zawiniła w jakiś sposób lub poniosła porażkę nie utrzymując swojego małżeństwa. W przypadku ciąży pozamałżeńskich lub wynikających z relacji niestałych, często bywa ona postrzegana jako lekkomyślna.

Kobieta decydująca się na poświęcenie macierzyństwa na rzecz pracy zawodowej jest wciąż postrzegana jako samolubna. Mimo równouprawnienia, społeczeństwo wciąż oczekuje, że posiadanie potomstwa powinno być jedną z jej najważniejszych ról w życiu. Presja może prowadzić do poczucia winy. Kobiety, które ze względów zdrowotnych lub losowych nigdy nie zaszły w ciążę, czują że poniosły życiową porażkę.

W krajach rozwiniętych zauważa się też coraz większy kult pięknego ciała i młodości. Na ekranach telewizyjnych i platformach społecznościowych promowane są nieosiągalne standardy piękna. Ciało matki nieuchronnie zmienia się. Jednak wszelkie niedoskonałości typu rozstępy, dodatkowe kilogramy czy zmarszczki, nie są społecznie akceptowalne u kobiet.

3.4 Wpływ macierzyństwa na tożsamość

3.4.1 Definicja tożsamości wg Eriksona

Wg Erika H. Eriksona pojęcie tożsamości może być definiowane w dwóch najważniejszych kontekstach: stosunku do samego siebie i stosunku do innych ludzi, czyli do kultury i tradycji. Definiuje ono typ związku podmiotu z nim samym, czyli z jego psychofizyczną i moralną kondycją, a także związku podmiotu z innymi (Erikson, 2004).

Opisał on różne stopnie rozwoju człowieka charakteryzują się nowymi wyzwaniem i specyficznymi kryzysami, a to jak człowiek upora się z nimi, odpowiednio ukształtuje jego osobowość. Kryzys nie jest rozumiany w sensie negatywnym, ale raczej jako punkt zwrotny, którego rozwiązanie prowadzi do rozwoju. Rdzeniem każdego ze stadiów jest tak zwany kryzys podstawowy, który stanowi wyzwanie dla ego w konkretnym stadium, ma on korzenie w poprzednich etapach i konsekwencje w kolejnych. Erikson wyróżnił 8 etapów:



1. Ufność vs. brak ufności

Etap do pierwszego roku życia. Właściwa opieka pozwala dziecku uwierzyć w to, że świat jest bezpieczny, dobry i godny zaufania. Przewaga pozytywnych przeżyć powoduje, iż maluch akceptuje coraz dłuższą nieobecność opiekuna.

Z kolei niewłaściwa opieka i negatywne doświadczenia powodują widzenie świata przez pryzmat lęku i niepewności i spostrzeganie go zagrażający, zawodzący, wykorzystujący.

2. Autonomia vs. wstyd

Jest to okres wczesnego dzieciństwa. Na tym etapie ważna jest nauka autonomii i mobilizowanie dziecka do samodzielnego rozwiązywania codziennych wyzwań. Zawstydzanie albo wyręczanie go prowadzi do jego zwątpienia we własne możliwości.

Jest to też okres przygotowujący do zdolności odróżniania „dobra” i „zła”.

3. Inicjatywa vs. poczucie winy

W wieku przedszkolnym dziecko jest ciekawe świata, pozostaje w ciągłym ruchu. Jeżeli umożliwi się mu wolność w działaniu, jedynie naprowadzając je i zapewniając bezpieczeństwo, odpowiadając na pytania, pozwoli mu się na rozwinięcie inicjatywy.

4. Pracowitość vs. poczucie niższości

W wieku szkolnym dziecko zaczyna mieć więcej obowiązków i poprzez naukę uczy się pracowitości. Motywacja przez nagradzanie powoduje poczucie satysfakcji z uczenia się. Rozwija się poczucie pracowitości i kompetencji. Krytyka z kolei może powodować poczucie niższej wartości.

5. Tożsamość vs. pomieszanie tożsamości

W okresie dojrzewania kształtuje się tożsamość człowieka. Ryzykiem w tym czasie może być rozwinięcie „negatywnej tożsamości”, czyli niepożądanymi przez społeczeństwo, rodzinę lub autorytety. Przykładem może być nastolatek odrzucający wartości moralne, kulturowe albo religijne i kierujący się skrajnym konformizmem lub celowo angażujący się w zachowania destrukcyjne, jak narkotyki, wandalizm, przestępczość. Powodem może być brak pozytywnego wzorca, niskie poczucie własnej wartości albo poczucie presji ze strony rodziny lub instytucji. Jeżeli młody człowiek czuje się odrzucony przez społeczeństwo, może zacząć utożsamiać się z jego przeciwieństwem.



6. Bliskość vs. izolacja

Wczesny wiek dojrzały jest okresem, w którym człowiek szuka intymności emocjonalnej i bliskości w romantycznych relacjach i przyjaźniach. Rozwija zdolność budowania głębokich i trwałych relacji, doświadcza seksualności, zakochania, zaufania. Wszystkie przebyte etapy będą miały wpływ na to, jak jednostka poradzi sobie w tym wyzwaniu. Porażka może prowadzić do jeszcze większych problemów z nawiązywaniem więzi w przyszłości.

7. Twórczość vs. stagnacja

Przypada na wiek średni. Ludzie zaczynają większą wagę przykładac w produkty swojej twórczości oraz działania na rzecz kolejnych pokoleń. Może być to zaangażowanie w wychowanie dzieci, rozwój zawodowy, działalność społeczną czy inne sposoby podzielenia się swoją wiedzą i doświadczeniem. Sukces wiąże się z dużym poczuciem wewnętrznego spełnienia, a porażka z poczuciem zubożenia i stagnacji.

8. Integralność vs. rozpacz

Okres starości, to czas w którym człowiek patrzy wstecz i czuje zadowolenie, że jego życie miało sens i cel. Ma poczucie iż wybrał słuszną ścieżkę i podąża za nią. Czuje spełnienie i akceptację przeszłości, poprzez osiąga integralność ego.

Przeciwieństwem jest rozpacz, która objawia się przez gorycz i rozczarowanie życiem. Człowiek głęboko żałuje podjętych decyzji. Prowadzi to do silnego lęku przed śmiercią i poczucia depresji i izolacji (Stefaniak, 2015).

3.4.2 Zmiany w tożsamość po urodzeniu dziecka

Czym takim jest macierzyństwo? Może być ujmowane ono przez konteksty społeczne, psychologiczne, biologiczne i prawne. Według Małgorzaty Lesińskiej-Sawickiej, jest to „proces stawania się matką” i „obejmuje zasięgiem nie tylko bezpośredni fakt urodzenia dziecka i opiekę nad nim, ale poprzedzający go okres ciąży, a także czas przed poczęciem, który stanowi poprzedzenie, przygotowanie kobiety do jej właściwego macierzyństwa, czyli do ciąży, urodzenia dziecka i opieki nad nim”.



Narodziny pierwszego dziecka są ważnym momentem i punktem zwrotnym w życiu kobiety. Powodują jej przemianę w matkę. Zmieniają się jej priorytety, rytm dnia, sposób spędzania wolnego czasu. Ma ona mniej czasu na swoje pasje i karierę. Może to być frustrujące i obciążające. Dodatkowo jest to wydarzenie wspólnotowe, przez co społeczeństwo oczekuje od niej poświęcenia innych aspektów jej życia. Przykładowo istnieje dużo większa akceptacja, na to że mężczyzna będzie zostawał po godzinach, czy wyjeżdżał służbowo. Kobieta jest natomiast postrzegana przez pryzmat macierzyństwa, co może wpływać na to jak jest traktowana w sferze zawodowej i prywatnej. Z drugiej strony macierzyństwo wpływać pozytywnie na kobietę i budować jej poczucie samorealizacji.

Według Małgorzaty Kościelnej kobiety doświadczające trudnego macierzyństwa jeżeli mają problem zaakceptowaniem ciąży lub są pozbawione emocjonalnej więzi z partnerem. Narodziny nieplanowanego potomka mogą stać się wydarzeniem krytycznym, natomiast: „Osoba zostaje niejako zmuszona do przeformułowania stosunku do siebie, do własnych zasobów (kompetencji), przyjętego kanonu wartości, własnego poczucia tożsamości oraz własnego Ja idealnego, a także do przeorientowania swoich zasobów poznawczego odbioru rzeczywistości, nastawieniowo-motywacyjnych stanów oraz podejmowanych dotąd schematów reakcji i działania”. Badania wskazują na to, iż rola rodzicielska ma o wiele większą wartość dla kobiety niż mężczyzny. Możliwe, iż wiąże się to z faktem większej ilości zmian odczuwanych przez nie. Powszechna wiara w instynkt macierzyński obarcza kobietę niemal całkowitą odpowiedzialnością za potomka, często od mężczyzny wymagając jedynie wkładu finansowego (Koronkiewicz, 2014), (Lesińska-Sawicka, 2008).

Macierzyństwo bez wątpienia jest lub staje się częścią tożsamości kobiety. Pragnę rozważyć nie tylko jego pozytywne aspekty, ale przyjrzeć się również wyzwaniom związanym z tą rolą społeczną. Rodzicielstwo u kobiety przynosi poczucie spełnienia, celowości i dumy, a nowa rola może stać się kluczowym elementem autopercepcji, który przynosi satysfakcję i nową perspektywę na życie.

Oczekuje się, że kobieta będzie instynktownie wiedziała, jak być dobrą matką i że od razu odnajdzie się w nowej roli. Te wyidealizowane oczekiwania często nie uwzględniają rzeczywistości, w której macierzyństwo wiąże się z wieloma wyzwaniami, zmęczeniem, poczuciem izolacji, a także presją by być perfekcyjną w każdej dziedzinie życia.

Nagle kobieta staje się przede wszystkim matką. Może ona doświadczać poczucia utraty dotychczasowej tożsamości po narodzinach dziecka. Przed macierzyństwem mogła definiować



siebie przez pryzmat swojej kariery lub pasji. Narodziny dziecka mogą wprowadzić znaczące zmiany, które wymagają redefinicji siebie. Proces adaptacji nowej tożsamości może być trudny, zwłaszcza jeżeli kobieta czuje, że musi zrezygnować z części swojego dawnego życia.

Warto zwrócić na większy poziom stresu psychologicznego odczuwanego przez kobiety niezamężne oraz te, których ciąża nie była zaplanowana. Spotykają się z brakiem wsparcia i krytyką ze strony otoczenia.

Wspomniany wcześniej, popularny dziś model kobiety doskonałej, która spełnia się na wszystkich płaszczyznach i jest głęboko zaangażowana zarówno w życie rodzinne jak i zawodowe, jest dodatkowym stresorem. W obliczu wysokich oczekiwań wiele kobiet boryka się z poczuciem winy, że nie są wystarczająco dobre jako matki lub nie spełniają się wystarczająco w innych płaszczyznach.

Należy również wziąć pod uwagę też intensywne zmiany fizjologiczne podczas ciąży oraz po porodzie. Chroniczne napięcie może stanowić dodatkowy czynnik obciążający. Gwałtowne zmiany hormonalne mogą jeszcze bardziej potęgować przeżywany stres wpływając na destabilizację nastroju. Wiąże się to z rozwojem depresji poporodowej, która jest niebezpieczna dla życia matki i noworodka oraz wymaga jak najszybszej interwencji psychiatrycznej i psychologicznej.

Wszystkie powyższe czynniki mogą powodować krótkotrwały jak i przewlekły stres. Zmiana w postrzeganiu siebie, wynikająca z potrzeby dostosowania się do nowej roli społecznej, niemożność spełniania się w dawnych polach rozwoju oraz nieosiągalne oczekiwania społeczne mogą prowadzić do poczucia przeciążenia emocjonalnego i rozwoju zaburzeń depresyjnych.



Rozdział IV: Przedmiot i cel badania

4.1 Przedmiot i cel badania

Przedmiotem w mojej pracy dyplomowej jest poziom odczuwanego stresu i natężenie objawów depresji, w kontekście zmiany roli społecznej i wizji kobiety, po urodzeniu jej pierwszego dziecka.

Celem badań jest ocena poziomu stresu i depresji w pierwszych pięciu latach po urodzeniu dziecka oraz identyfikacja czynników, które mogą wpływać na ich nasilenie. Zbadane zostały wiek, wykształcenie, sytuacja materialna, przebieg ciąży, ale też czynniki związane ze zmianą roli społecznej (na przykład z żony, pracownicy – na matkę), wizją siebie w aspektach fizycznych i emocjonalnych a także zmianach w dystrybucji swojego czasu.

4.2. Pytania i hipotezy badawcze

Przeprowadzone badanie skupiło się na analizie zmian wizji swojej roli u kobiet w ciągu pięciu lat od urodzenia pierwszego dziecka, z uwzględnieniem związku tych zmian z poczuciem stresu i smutku. Badania statystyczne pozwoliły na zidentyfikowanie zależności pomiędzy zmiennymi badanymi, takimi jak: trudności w pogodzeniu ról społecznych, wpływ aktywności zawodowej, poczucie izolacji społecznej oraz subiektywna ocena łatwości wejścia w nową rolę macierzyńską.

Ponadto, analizowano wpływ czynników dodatkowych, takich jak: związek pomiędzy poczuciem stresu i depresji a zmianami w relacji z partnerem oraz wpływ wieku, wykształcenia i sytuacji materialnej.

Zbadano również korelację między stresem a depresją.



Postawiono poniższe pytania:

P0: Czy istnieje istotny związek między poziomem stresu (KPS) a nasileniem objawów depresji (BDI-II) u kobiet po urodzeniu pierwszego dziecka?

P1. Czy zmiana wizji siebie, postrzeganie i akceptacja swoich nowych i dawnych ról społecznych wpływają na poziom poczucia smutku i stresu?

P2. Jaki wpływ na kobietę ma aktywność zawodowa w okresie kilku lat po urodzeniu pierwszego dziecka?

P3. Czy takie czynniki jak wiek, sytuacja materialna, wykształcenie czy wielkość miejsca zamieszkania mają wpływ na poziom stresu i występowanie depresji u kobiet?

Na podstawie pytań, sformułowano następujące hipotezy:

Hipotezy główne:

H0: Istnieje istotny pozytywny związek między poziomem stresu (KPS) a nasileniem objawów depresji (BDI-II) u kobiet po urodzeniu pierwszego dziecka.

H1: Kobiety, które mają trudności z pogodzeniem ról społecznych (np. pracownika, żony, przyjaciółki) z rolą matki, wykazują wyższy poziom stresu i nasilenia objawów depresji.

H2: Kobiety, które doświadczają poczucia izolacji społecznej, wykazują wyższy poziom stresu i depresji.

H3: Kobiety, które oceniają swoją rolę macierzyńską jako trudną lub bardzo trudną, wykazują wyższy poziom stresu i nasilenie depresji.

H4: Kobiety, które ograniczyły aktywność zawodową lub całkowicie przerwały pracę po urodzeniu dziecka, wykazują wyższy poziom stresu i więcej objawów depresji niż kobiety, które nie zmieniły swojej sytuacji zawodowej.

H5: Kobiety, które zachowały lub zwiększyły godziny pracy po urodzeniu dziecka, wykazują większe trudności w pogodzeniu ról społecznych (matki, pracownika, partnerki) niż kobiety, które ograniczyły aktywność zawodową.

Hipotezy dodatkowe

H6: Pogorszenie relacji z partnerem po narodzinach dziecka jest istotnie skorelowane z wyższym poziomem stresu i nasileniem objawów depresji.

H7: Im wyższy wiek matki w momencie urodzenia dziecka, im niższe wykształcenie oraz im trudniejsza sytuacja materialna tym większy poziom stresu i poczucia smutku.

4.3 Zmienne i wskaźniki

W badaniu wykorzystano dwie kategorie zmiennych: zależne i niezależne. Zmienne niezależne charakteryzują grupę objętą badaniem pod względem wieku, płci, wykształcenia, miejsce zamieszkania i stanu cywilnego. Próba obejmowała wyłącznie kobiety, które w okresie ostatnich pięciu lat urodziły pierwsze dziecko.

W pracy tej pierwszą zmienną jest wiek w jakim badana była podczas urodzenia pierwszego dziecka, gdzie uczestniczki miały dowolność w odpowiedzi.

Kolejną zmienną niezależną jest wykształcenia, który został podzielony na sześć kategorii: podstawowe, średnie, zawodowe, studia I stopnia, studia II stopnia oraz studia III stopnia.

Miejsce zamieszkania zostało sklasyfikowane w 4 kategoriach: wieś, małe miasto do 100 tys. mieszkańców, miasto średnie pomiędzy 100 – 500 tysięcy mieszkańców oraz duże miasto powyżej 500 tysięcy mieszkańców.

Dodatkowo ankietowane zostały poproszone o określenie swojego statusu związku, wybierając spośród opcji: brak związku, związek partnerski, narzeczeński, małżeński, rozwód lub wdowiństwo; a także określenie czy mieszkają z partnerem, wybierając jedną z odpowiedzi: tak, nie, mieszkam z innymi członkami rodziny.

Zbadano również przebieg ciąży i porodu. Włączając w analizę szereg zmiennych niezależnych. Wśród nich znalazły się pytania o to, czy ciąża była planowana (tak/nie) lub zagrożona (tak/nie). Dodatkowo ankietowane zapytano, czy podczas ciąży nastąpiła hospitalizacja (tak/nie) oraz o przebieg samego porodu: poród naturalny, poprzez cesarskie



cięcie lub przy użyciu kleszczy. Kolejnym badaną zmienną była długość karmienia piersią, z podziałem na kategorie: nigdy, do 3 miesięcy, od 3 do 6 miesięcy, powyżej 6 miesięcy.

Ponadto uwzględniono wsparcie rodziny (kategorie: tak/nie), sytuacja materialna (kategorie: dobra/średnia/trudna) oraz personalne odczucia dotyczące nowych obowiązków związanych z macierzyństwem, gdzie badane mogły wybierać pomiędzy odpowiedziami: uwzględniłam, żona bardzo łatwa; uwzględniłam, żona łatwa; uwzględniłam, żona umiarkowana; uwzględniłam, żona trudna; uwzględniłam, żona bardzo trudna.

Uznano za ważne również zmienne niezależne związane z odczuciami o zmianie roli społecznej, oceniane w czterostopniowej skali: znacząco się zmieniła, zmieniła się umiarkowanie, niewiele się zmieniła, nie zmieniła się. Badano także zmiany w relacjach z partnerem, gdzie odpowiedzi obejmowały: zbliżyliśmy się do siebie, relacje pozostały bez zmian, oddaliliśmy się od siebie, nie dotyczy. Relacje z przyjaciółmi oraz z pozostałą częścią rodziny oceniano w kategoriach: relacje się zmieniły na lepsze, na gorsze, nie zmieniły się. Dodatkowo uwzględniono ogólne poczucie odizolowania społecznego, a także zaangażowania w życie towarzyskie z opcjami odpowiedzi: zmniejszyła się, pozostała bez zmian, zwiększyła się.

Ciekawą zmienną był czas na romantyczne chwile, oceniany jako: tak, nie, czasami. Ważnym aspektem badania było także odczucie możliwości pogodzenia ról społecznych, gdzie ankietowane mogły wybierać jedną z trzech odpowiedzi: jest to dla mnie łatwe, czasami jest to trudne lub jest to dla mnie trudne.

Zostały zbadane zmienne niezależne dotyczące aktywności zawodowej, które miały na celu określenie w jaki sposób sytuacja zawodowa zmieniła się u kobiet po zajściu w ciążę. Respondentki mogły wybrać pomiędzy szeroką gamą odpowiedzi: Nie pracowałam przed ciążą, przestałam pracować po zajściu w ciążę, przerwałam aktywność zawodową na określony czas, zmniejszyłam godziny pracy, zwiększyłam godziny pracy, aktywność nie zmieniła się.

Wszystkie opisane zmienne niezależne zostały poddane analizie w odniesieniu do zmiennych zależnych, takich jak poziom odczuwania stresu i natężenie objawów depresji. Taka struktura badania pozwala na ocenę wpływu kluczowych czynników związanych ze zmianą roli społecznej i rytmu życia w momencie, kiedy kobieta zostaje matką.

Zmiennymi zależnymi, które przyjąłam w mojej pracy są: poziom stresu oraz natężenie objawów depresji. Uznałam je za kluczowe wskaźniki odchylenia od normy dobrostanu



psychicznego. Poziom stresu został zmierzony kwestionariuszem poczucia stresu (KPS), który pozwala zbadać jak kobiety radzą sobie z presją wynikającą ze zmiany roli społecznej oraz nowych obowiązków. Natężenie objawów depresyjnych natomiast został oceniony przy użyciu kwestionariusza depresji Becka (BDI-II).

W przypadku obydwóch skali, wskaźnikami są wyniki uzyskane po wypełnieniu kwestionariuszy.

4.4 Charakterystyka badanej grupy

Grupą docelową są kobiety, które w przeciągu ostatnich pięciu lat urodziły swoje pierwsze dziecko. W badaniu wzięło udział 145 kobiet, które w momencie urodzenia pierwszego dziecka były w wieku 17-44 lat ($M=30,24$; $SD=4,97$).

Największą grupę badanych (45,5%) stanowią kobiety mieszkające w miastach liczących ponad 500 tysięcy mieszkańców. Zdecydowana większość, bo aż 89,6% ma wyższe wykształcenie.

4.5 Metody badawcze

W niniejszej pracy zastosowano kwestionariusz własny, kwestionariusz poczucia stresu (KPS) kwestionariusz depresji Becka (BDI-II).

Kwestionariusz własny został stworzony na potrzeby tego badania w celu zebrania danych socjodemograficznych w celu korelacji ich z poziomem stresu i nasilenia objawów depresyjnych.

Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) został opracowany przez Cohena i Williamsona (1988) i przetłumaczony oraz zaadaptowany na język polski przez Mieczysława Plopa, Ryszard Makarowskiego.



Kwestionariusz Depresji Becka (BDI-II), stworzony przez Becka, Steera i Browna (1996).

4.5.1. Arkusz personalny

Arkusz personalny został podzielony na pięć części.

Pierwszą część stanowi metryczka, której celem jest scharakteryzowanie grupy badawczej. Zawiera pytania dotyczące danych socjodemograficznych jak: wiek, miejsce zamieszkania i wykształcenie.

W drugiej części skupiono się na sytuacji rodzinnej. Zawiera ona pytania dotyczące statusu związku oraz wspólnego mieszkania z partnerem.

Trzecia część dotyczy ciąży i porodu. Ankietowane odpowiadały na pytania dotyczące tego czy ciąża była planowana oraz czy była zagrożona i czy wymagała hospitalizacji. Następnie zapytano o przebieg porodu.

Czwarta część bada sytuację po porodzie. Pytania obejmują długość karmienia piersią, poziom wsparcia rodziny i ocenę sytuacji materialnej.

Ostatnią, piątą część, zatytułowaną „odnalezienie siebie w nowej roli społecznej” poświęcono najważniejszym kwestiom związanym z odczuciami badanych kobiet wobec zmian wynikających ze zmian roli społecznej. Pytania dotyczą trudności w wykonywaniu nowych obowiązków związanych z macierzyństwem, oceny zmiany roli społecznej po urodzeniu dziecka, zmian w relacjach z partnerem, przyjaciółmi oraz rodziną, czasu na romantyczne chwile, a także poczucie izolacji społecznej po urodzeniu dziecka.

4.5.2. Kwestionariusz KPS

Do pracy dołączono Kwestionariusz poczucia stresu (KPS). Został opracowany przez Cohena i Williamsona w 1988 roku. W pracy skorzystano z tłumaczenia M. Płopa i R



Makarowskiego z 2009 roku. Został wybrany ze względu na potrzebę zmierzenia stresu. Pozwala on na badanie kilku wymiarów stresu: napięcia emocjonalnego, stresu zewnętrznego i stresu intrapsychnicznego. Teoretyczne podstawy kwestionariusza zostały opisane w części teoretycznej.

Kwestionariusz KPS mierzy następujące skale:

- Skala napięcia emocjonalnego – dotyczy poczucia niepokoju, nadmiernej nerwowości, trudności w odprężaniu się w różnych codziennych sytuacjach, braku energii do działania połączonej z tendencją do rezygnacji z podejmowania zadań, realizacji planów, występowania nadmiernej drażliwości w różnych relacjach interpersonalnych, braku energii do działania i poczucia zmęczenia bez wyraźnej przyczyny.
- Skala stresu zewnętrznego – opisuje zewnętrzne naciski wywołujące stres. Należy do nich poczucie bycia niesprawiedliwie ocenianym, poczucie bezradności, doświadczenie niepokoju wynikające z uczucia, że jest się wykorzystywanym, frustracja, że stawiane wymagania przewyższają zasoby badanego.
- Skala stresu intrapsychnicznego – związany jest z umiejętnością radzenia sobie ze swoimi przeżyciami, z przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. Wydarzenia z przeszłości to dziecięce traumy, nierozwiązane konflikty i inne wydarzenia życiowe. Wydarzenia teraźniejsze to egzystencjonalne kryzysy, emocjonalna reaktywność, interpretacyjny stres i stany frustracyjne. Wydarzenia z przyszłości obejmują antycypację stresorów, obawy przed niepewnością, starzeniem się i śmiercią.
- Skala kłamstwa – rozpoznaje osoby próbujące zaprezentować się w korzystnym świetle.

Wynik ogólny stresu to suma wartości określających napięcie emocjonalne, stres zewnętrzny oraz stres intrapsychniczny. W niniejszej pracy uwzględniono wyłącznie wynik ogólny.

Stanowił on zmienną zależną analizowaną w relacji do zmiennych niezależnych zbadanych w kwestionariuszu własnym.



4.5.3. Kwestionariusz BDI-II

W niniejszej pracy wykorzystano BDI-II, ponieważ jest to jedno z najbardziej powszechnych i uznanych narzędzi do oceny objawów depresji. Dzięki swojej konstrukcji umożliwia ono precyzyjną identyfikację nasilenia symptomów depresyjnych, co pozwala na analizę badanych przez mnie czynników.

Skala Depresji Becka (BDI-II), opracowana przez Aarona T. Becka, Steera i Browna w 1996 roku, jest narzędziem służącym do samodzielnej oceny samopoczucia. Jej celem jest identyfikacja objawów depresji oraz ocena ich nasilenia. Warto jednak podkreślić, że BDI-II jest narzędziem przesiewowym i nie służy do stawiania diagnozy klinicznej.

Kwestionariusz BDI-II składa się z 21 pozycji, z których każda odnosi się do innego objawu depresji, takich jak obniżony nastrój, pesymizm, poczucie winy, trudności w koncentracji czy zmiany w apetycie. Każde pytanie oceniane jest na czterostopniowej skali (0–3), gdzie wyższe wartości oznaczają większe nasilenie danego objawu.

Polska wersja BDI-II charakteryzuje się bardzo wysoką zgodnością wewnętrzną. Współczynnik alfa Cronbacha dla całej próby normalizacyjnej wynosi 0,91, a dla osób z rozpoznaną depresją – 0,93. Oznacza to, że narzędzie jest niezwykle spójne i wiarygodne w pomiarze nasilenia objawów depresyjnych.

Wyniki kwestionariusza są obliczane poprzez zsumowanie punktów przypisanych do odpowiedzi na każde pytanie. Na podstawie uzyskanego wyniku można zakwalifikować badanych do jednej z czterech kategorii: brak depresji, depresja łagodna, depresja umiarkowana lub depresja ciężka. Narzędzie to pozwala na precyzyjną ocenę nasilenia objawów depresyjnych i jest powszechnie stosowane w badaniach naukowych oraz w praktyce klinicznej.



Rozdział V: Wyniki badań

5.1. Prezentacja wyników badań

W tej części zostały zaprezentowane wyniki przeprowadzonych badań, które miały na celu ocenę poziomu stresu i smutku u kobiet po urodzeniu pierwszego dziecka, w kontekście zmiany roli społecznej. Przeprowadzona analiza, pozwoliła odpowiedzieć na postawione pytania badawcze oraz zweryfikować przyjęte hipotezy.

Badaniem objęto grupę 145 kobiet, które wypełniły trzy kwestionariusze w wersji online: kwestionariusz własny, Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) oraz Kwestionariusz Depresji Becka (BDI-II). Wyniki prezentowane są w formie opisowej, tabelarycznej oraz graficznej, co pozwala na szczegółową analizę badanych zależności.

Celem tej analizy jest nie tylko opis zjawiska, ale także wskazanie kluczowych czynników wpływających na dobrostan emocjonalny badanych kobiet.

W pierwszej kolejności przedstawiono charakterystykę badanej próby. Następnie obliczono statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych przedziałowych i w oparciu o test Shapiro-Wilka zweryfikowano założenie o normalnym rozkładzie analizowanych zmiennych. Ze względu na stwierdzenie istotnych statystycznie odchyień od rozkładu normalnego kolejne analizy przeprowadzono w oparciu o nieparametryczne metody statystyczne. Hipotezy dotyczące różnic międzygrupowych zweryfikowano wykorzystując test U Manna-Whitneya. Hipotezy dotyczące korelacji zweryfikowano za pomocą wartości współczynnika korelacji ρ Spearmana. Analizy zależności pomiędzy zmiennymi, spośród których obie dzieliły osoby badane na grupy przeprowadzono wykorzystując test niezależności χ^2 Pearsona.

5.1.1. Wyniki kwestionariusza własnego

W tej części zaprezentowano wyniki badania uzyskane za pomocą kwestionariusza własnego. Przedstawione analizy obejmują charakterystykę socjodemograficzną grupy badawczej, a także odpowiedzi na postawione pytania związane z przebiegiem ciąży, porodem, a także zmianami zachodzącymi w życiu po urodzeniu pierwszego dziecka.

W tabeli 2 przedstawiono rozkład częstości dla wielkości miejscowości zamieszkania osób badanych:

Tabela 2: Miejsce zamieszkania osób badanych

Miejsce zamieszkania	<i>n</i>	%
wieś	17	11,7
miasto do 100 tys. mieszkańców	34	23,4
miasto od 100 do 500 tys. mieszkańców	28	19,3
miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	66	45,5
Ogółem	145	100

n – liczba osób badanych; % - procent próby

Największą grupę badanych (45,5%) stanowiły kobiety mieszkające w miastach liczących ponad 500 tysięcy mieszkańców. Na drugim miejscu znalazły się respondentki z miejscowości poniżej 100 tysięcy mieszkańców (23,4%). Mieszkanki średnich miast (100-500 tys.) stanowiły kolejną grupę. Z kolei z obszarów wiejskich pochodziło jedynie około 12% ankietowanych.

W tabeli 3 przedstawiono rozkład poziomemu wykształcenia osób badanych.



Tabela 3: Poziom wykształcenia osób badanych

Wykształcenie	<i>n</i>	%
podstawowe	2	1,4
zasadnicze zawodowe	1	0,7
średnie	12	8,3
wyższe I stopnia	34	23,4
wyższe II stopnia	78	53,8
wyższe III stopnia	18	12,4
Ogółem	145	100

n – liczba osób badanych; % - procent próby

Badane kobiety charakteryzują się wysokim poziomem wykształcenia, które posiada aż 89,6% z nich (ogólnie wykształcenie wyższe). Co więcej, 53,8% posiada stopień magistra, a 12,4% ukończyło studia trzeciego stopnia.

W tabeli 4 przedstawiono rozkład statusu bliskich relacji osób badanych:

Tabela 4: Status bliskich relacji osób badanych

Rodzaje związków	<i>n</i>	%
nie są w związku	7	4,8
w związku partnerskim	25	17,2
w związku narzeczeńskim	6	4,1
w związku małżeńskim	94	64,8
po rozwodzie	13	9,0
Ogółem	145	100

Analiza danych wykazała, że zdecydowana większość badanych (64,8%) pozostawała w związku małżeńskim. Jedynie, 13,8% kobiet deklarowało brak partnera (zsumowano kobiety, które odpowiedziały, że nie są w związku i te po rozwodzie). Warto zauważyć, że aż 82,1% badanych mieszkało razem ze swoim partnerem.

Sto szesnaście osób (80,0%) było w planowanej ciąży. W 25 przypadkach (17,2%) ciąża była zagrożona. W przypadku 38 osób badanych (26,2%) podczas ciąży nastąpiła hospitalizacja. W tabeli 5 przedstawiono rozkład rodzajów porodu.:

Tabela 5: Rodzaj porodu

Rodzaj porodu	<i>n</i>	%
poród naturalny	86	59,3
przy użyciu kleszczy	6	4,1
cesarskie cięcie	53	36,6
Ogółem	145	100

n – liczba osób badanych; % - procent próby

Najwięcej kobiet urodziła siłami natury (59,3%). Dość duża grupa rodziła też za pomocą cesarskiego cięcia (36,6%).

W tabeli 6 przedstawiono rozkład długości okresu karmienia piersią.

Tabela 6: Długość okresu karmienia piersią

Karmienie piersią	<i>n</i>	%
nigdy	19	13,1
do 3 miesięcy	28	19,3
od 3 do 6 miesięcy	27	18,6
powyżej 6 miesięcy	71	49,0
Ogółem	145	100

n – liczba osób badanych; % - procent próby



Najwięcej osób badanych karmiła piersią dłużej niż 6 miesięcy (49%).

W tabeli 7 przedstawiono rozkład ocen własnej sytuacji materialnej dokonanych przez osoby badane:

Tabela 7: Ocena własnej sytuacji materialnej

Sytuacja materialna	<i>n</i>	%
trudna	8	5,5
średnia	38	26,2
dobra	99	68,3
Ogółem	145	100

n – liczba osób badanych; % - procent próby

Większość kobiet (68,3%) oceniła swoją sytuację materialną jako dobrą. W trudnej sytuacji znajduje się jedynie 5,5% respondentek.

W kolejnych częściach zaprezentowano wyniki dotyczące zmiennych niezależnych związanych z oceną sytuacji kobiet po porodzie.

W tabeli 8 przedstawiono rozkład ocen nowych obowiązków związanych z macierzyństwem dokonanych przez osoby badane.

Tabela 8: Ocena nowych obowiązków związanych z macierzyństwem

Obowiązki związane z macierzyństwem	<i>n</i>	%
są bardzo trudne	21	14,5
są trudne	43	29,7
są umiarkowane	66	45,5
są łatwe	9	6,2
są bardzo łatwe	6	4,1
Ogółem	145	100

n – liczba osób badanych; % - procent próby



Większość badanych określiło nowe obowiązki jako umiarkowane (45,5%) albo trudne (29,7%). Tylko 10,3% łącznie odpowiedziało, że są one łatwe lub bardzo łatwe.

W tabeli 9 przedstawiono rozkład zmian ról społecznych po urodzeniu dziecka:

Tabela 9: Zmiana roli społecznej po urodzeniu dziecka

Zmiany ról społecznych	<i>n</i>	%
brak	2	1,4
niewielkie	13	9,0
umiarkowane	48	33,1
znaczące	82	56,6
Ogółem	145	100

n – liczba osób badanych; % - procent próby

Większość kobiet oceniła, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się znacząco (56,6%). 33,1% kobiet oceniła, że ich rola zmieniła się umiarkowanie, a jedynie 1,4% oceniło, że ta rola wcale się nie zmieniła.

W tabeli 10 przedstawiono rozkład zmian w relacjach z partnerem po urodzeniu dziecka:

Tabela 10: Zmiany w relacjach z partnerem po urodzeniu dziecka

Zmiany w relacjach z partnerem	<i>n</i>	%
nie dotyczy	5	3,4
oddalili się od siebie	65	44,8
bez zmian	35	24,1
zbliżyli się do siebie	40	27,6
Ogółem	145	100

n – liczba osób badanych; % - procent próby

Większość badanych kobiet wskazuje, iż oddaliło się od partnera po narodzinach dziecka (44,8%). 27,6% zbliżyło się do partnera.



W tabeli 11 przedstawiono rozkład zmian w relacjach z rodziną i przyjaciółmi po urodzeniu dziecka.

Tabela 11: Zmiany w relacjach z rodziną i przyjaciółmi po urodzeniu dziecka

Zmiany w relacjach z rodziną i przyjaciółmi	<i>n</i>	%
na gorsze	45	31,0
pozostały takie same	52	35,9
na lepsze	48	33,1
Ogółem	145	100

n – liczba osób badanych; % - procent próby

Wyniki są zrównoważone: 33,1% badanych wskazało, że ich relacje z rodziną i przyjaciółmi uległy poprawie, 31% uznało, że się pogorszyły, a 35,9% stwierdziło, że pozostały bez zmian.

W tabeli 12 przedstawiono rozkład ocen posiadania czasu na romantyczne chwile po urodzeniu dziecka.

Tabela 12: Oceny posiadania czasu na romantyczne chwile po urodzeniu dziecka

Czas na romantyczne chwile	<i>n</i>	%
nie	47	32,4
czasami	72	49,7
tak	24	16,6
brak danych	2	1,4
Ogółem	145	100

n – liczba osób badanych; % - procent próby

Większość respondentek ma czasami czas na romantyczne chwile ze swoim partnerem (49,7%). Natomiast aż 32,4% czuje, że nie ma go nigdy.



W tabeli 13 przedstawiono rozkład poczucia odizolowania społecznego po urodzeniu dziecka.

Tabela 13: Poczucie odizolowania społecznego po urodzeniu dziecka

Poczucie odizolowania społecznego	<i>n</i>	%
nie	36	24,8
czasami	54	37,2
tak	55	37,9
Ogółem	145	100

n – liczba osób badanych; % - procent próby

37,9% przebadanych kobiet czuje się odizolowanymi społecznie po narodzinach pierwszego dziecka, a kolejne 37,2% czuje się tak czasami.

W tabeli 14 przedstawiono rozkład poczucia możliwości pogodzenia ról społecznych z rolą matki.

Tabela 14: Poczucie możliwości pogodzenia ról społecznych z rolą matki

Poczucie możliwości pogodzenia ról społecznych z rolą matki	<i>n</i>	%
jest to łatwe	12	8,3
czasami to bywa trudne	77	53,1
jest to trudne	56	38,6
Ogółem	145	100

n – liczba osób badanych; % - procent próby

Większość badanych określiło, iż pogodzenie roli społecznej matki z innymi rolami (żony, pracownicy i innych) czasami bywa trudne. Wskazało na to 53,1% kobiet. Kolejne 38,6% stwierdziło, że jest to trudne. Jedynie 8,3% uważało to za łatwe.

W tabeli 15 przedstawiono rozkład zmian aktywności zawodowej osób badanych.



Tabela 15: Zmiany aktywności zawodowej osób badanych

Zmiany aktywności zawodowej	<i>n</i>	<i>%</i>
nie pracowały przed ciążą	10	6,9
przestały pracować po zajściu w ciążę	18	12,4
przerwały aktywność zawodową na określony czas	62	42,8
zmniejszyły godziny pracy	30	20,7
brak zmian	22	15,2
zwiększyły godziny pracy	3	2,1
Ogółem	145	100

n – liczba osób badanych; % - procent próby

Aż 42,8% badanych kobiet przerwało aktywność zawodową, a kolejne 20,7% zmniejszyło godziny pracy. 12,4% całkowicie przestało pracować. Wyniki te wskazują, że urodzenie dziecka znacząco wpłynęło na życie zawodowe badanej grupy.

W tabeli 16 przedstawiono rozkład zmian zaangażowania osób badanych w życie towarzyskie:

Tabela 16: Zmiany zaangażowania osób badanych w życie towarzyskie

Zmiany zaangażowania w życie towarzyskie	<i>n</i>	<i>%</i>
zmniejszyło się	122	84,1
pozostało bez zmian	21	14,5
zwiększyło się	2	1,4
Ogółem	145	100

n – liczba osób badanych; % - procent próby

U 84,1% kobiet życie towarzyskie zmniejszyło się.

Statystyki opisowe:

W tabeli 17 przedstawiono statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych, tj. wartości średnie, odchylenia standardowe, minimalne i maksymalne wartości oraz wartości



miar skośności i kurtozy. Zestawienie uzupełniono testem Shapiro-Wilka weryfikującego założenie o normalnym rozkładzie analizowanych zmiennych oraz wartościami współczynników rzetelności wyznaczonych w oparciu o metodę α Cronbacha.

Tabela 17: Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych przedziałowych

Zmienne	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>S</i>	<i>K</i>	<i>S-W</i>	<i>p</i>	α
Napięcie emocjonalne	24,54	7,40	7	35	-0,43	-0,82	0,95	0,001	0,90
Stres zewnętrzny	20,59	6,76	8	35	0,09	-0,86	0,98	0,014	0,84
Stres intrapsychiczny	20,02	6,86	7	34	0,03	-0,71	0,98	0,019	0,81
Nasilenie stresu	65,16	19,12	24	100	-0,18	-0,76	0,98	0,010	0,94
Nasilenie depresji	11,97	8,78	0	42	0,98	0,78	0,93	0,001	0,90

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *min* – wartość minimalna; *max* – wartość maksymalna; *S* – skośność; *K* – kurtoza; *S-W* – wartość testu Shapiro-Wilka; *p* – istotność statystyczna; α – współczynnik rzetelności α Cronbacha

Stwierdzono istotne statystycznie odchylenia od rozkładu normalnego w przypadku wszystkich analizowanych zmiennych, wobec tego kolejne analizy zostały przeprowadzone w oparciu nieparametryczne metody statystyczne.

5.2. Weryfikacja hipotez badawczych i wniosków

Nasilenie stresu a poziom depresji

W tabeli 18 przedstawiono wartość współczynnika korelacji ρ Spearmana pomiędzy wskaźnikami nasilenia stresu a nasileniem depresji.



Tabela 18: Wartości współczynników korelacji pomiędzy wskaźnikami nasilenia stresu a nasileniem depresji

Zmienne	Depresja	
	ρ	p
Napięcie emocjonalne	0,808	0,001
Stres zewnętrzny	0,653	0,001
Stres intrapsychiczny	0,743	0,001
Nasilenie stresu	0,808	0,001

ρ – współczynnik korelacji Spearmana; p – jednostronna istotność statystyczna

Stwierdzono, że wszystkie wskaźniki stresu korelowały z nasileniem depresji dodatnio, wobec tego otrzymano wyniki potwierdzające hipotezę H0, która mówi o tym iż istnieje pozytywny związek między poziomem stresu (KPS) a nasileniem objawów depresji (BDI-II) u kobiet po urodzeniu pierwszego dziecka.

Nasilenie stresu i depresji w grupie kobiet, które oceniają swoją rolę macierzyńską jako trudną lub bardzo trudną.

W tabeli 19 przedstawiono porównanie średnich wartości nasilenia stresu i depresji w grupie kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako trudną lub bardzo trudną i w grupie kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako umiarkowanie trudną lub łatwą. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya.

Tabela 19: Średnie wartości nasilenia stresu i depresji w grupie kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako trudną lub bardzo trudną i w grupie kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako umiarkowanie trudną lub łatwą

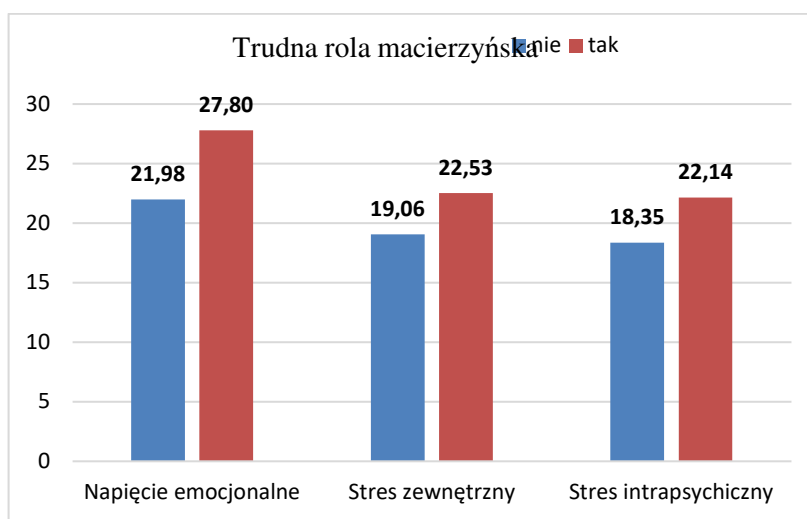
Zmienne	Trudna rola macierzyńska					
	nie		tak		U	p
	M	SD	M	SD		
Napięcie emocjonalne	21,98	7,63	27,80	5,66	1459,50	0,001
Stres zewnętrzny	19,06	6,92	22,53	6,08	1852,50	0,003



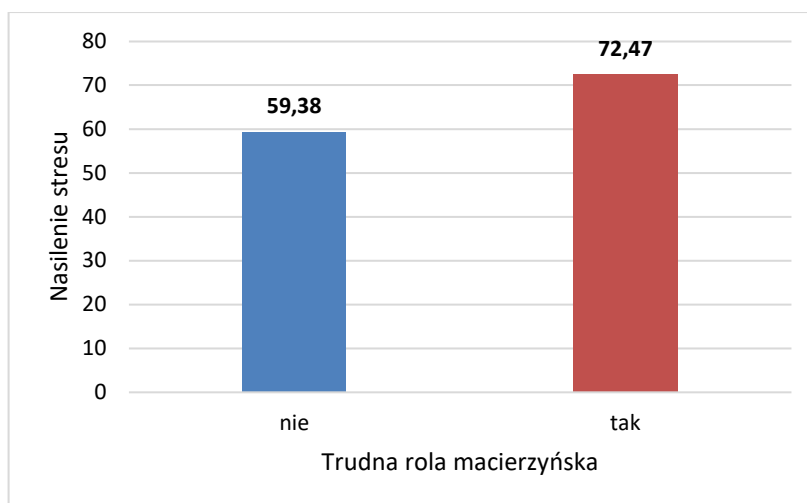
Stres intrapsychiczny	18,35	6,59	22,14	6,65	1796,00	0,002
Nasilenie stresu	59,38	19,38	72,47	16,19	1599,00	0,001
Nasilenie depresji	9,23	7,31	15,42	9,31	1517,00	0,001

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wartość testu U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna

Stwierdzono, że zarówno nasilenie stresu jak i nasilenie depresji było istotnie statystycznie wyższe w grupie kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako trudną lub bardzo trudną (por. rys. 3-5), wobec tego otrzymano wyniki potwierdzające hipotezę H3.

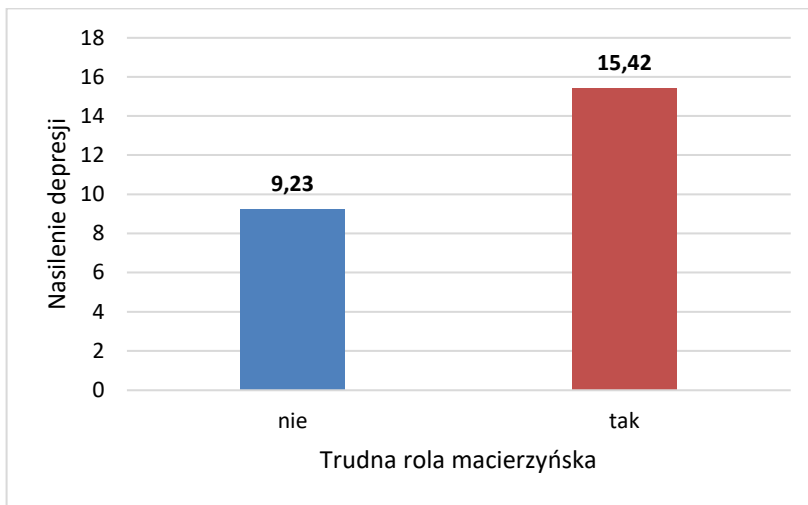


Rysunek 3: Średnie wartości wskaźników nasilenia stresu w grupie kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako trudną lub bardzo trudną i w grupie kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako umiarkowanie trudną lub łatwą.



Rysunek 4: Średnie wartości ogólnego nasilenia stresu w grupie kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako trudną lub bardzo trudną i w grupie kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako umiarkowanie trudną lub łatwą.





Rysunek 5: Średnie wartości nasilenia depresji w grupie kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako trudną lub bardzo trudną i w grupie kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako umiarkowanie trudną lub łatwą.

Nasilenie stresu i depresji w grupie kobiet, które zauważyły pogorszenie relacji z partnerem.

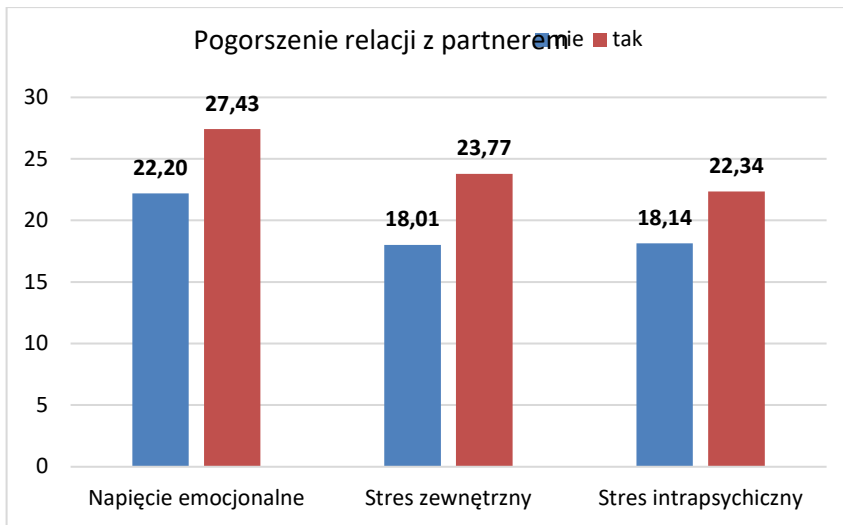
W tabeli 20 przedstawiono porównanie średnich wartości nasilenia stresu i depresji w grupie kobiet, które zauważyły pogorszenie relacji z partnerem po porodzie i w grupie kobiet, które nie zauważyły zmian lub zauważyły poprawę. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya.

Tabela 20: Średnie wartości nasilenia stresu i depresji w grupie kobiet, które zauważyły pogorszenie relacji z partnerem po porodzie i w grupie kobiet, które nie zauważyły zmian lub zauważyły poprawę

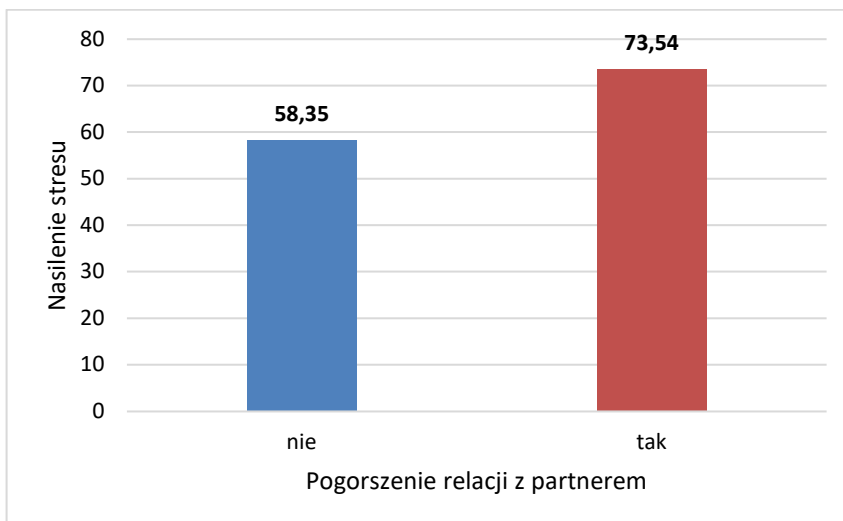
Zmienne	Pogorszenie relacji				U	p
	nie		tak			
	M	SD	M	SD		
Napięcie emocjonalne	22,20	7,42	27,43	6,32	1543,00	0,001
Stres zewnętrzny	18,01	5,99	23,77	6,33	1312,00	0,001
Stres intrapsychiczny	18,14	6,59	22,34	6,51	1715,50	0,001
Nasilenie stresu	58,35	17,97	73,54	17,18	1422,00	0,001
Nasilenie depresji	8,76	6,64	15,91	9,51	1405,00	0,001

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wartość testu U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna

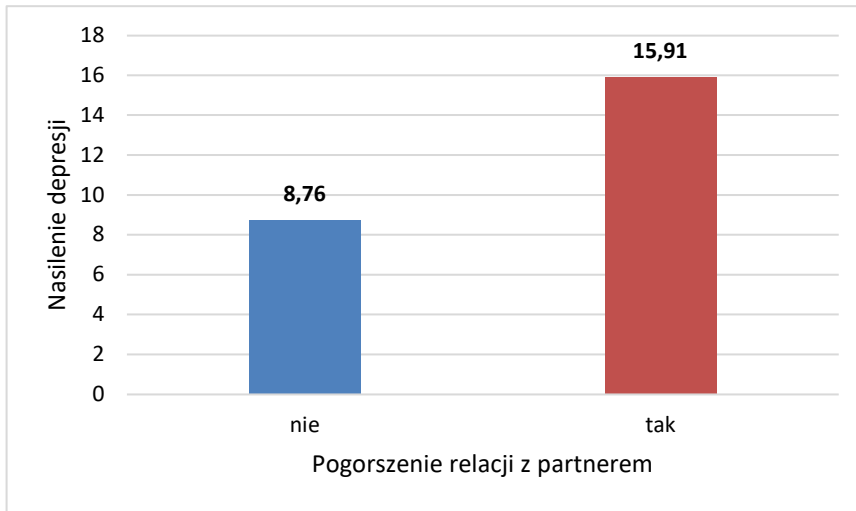
Stwierdzono, że zarówno nasilenie stresu jak i nasilenie depresji było istotnie statystycznie wyższe w grupie kobiet, które zauważyły pogorszenie relacji z partnerem po porodzie (por. rys. 6-8), wobec tego otrzymano wyniki potwierdzające hipotezę H7.



Rysunek 6: Średnie wartości wskaźników nasilenia stresu w grupie kobiet, które zauważyły pogorszenie relacji z partnerem po porodzie i w grupie kobiet, które nie zauważyły zmian lub zauważyły poprawę.



Rysunek 7: Średnie wartości ogólnego nasilenia stresu w grupie kobiet, które zauważyły pogorszenie relacji z partnerem po porodzie i w grupie kobiet, które nie zauważyły zmian lub zauważyły poprawę.



Rysunek 8: Średnie wartości nasilenia depresji w grupie kobiet, które zauważyły pogorszenie relacji z partnerem po porodzie i w grupie kobiet, które nie zauważyły zmian lub zauważyły poprawę.

Wiek matki, wykształcenie oraz sytuacja materialna a nasilenie stresu i poziom depresji.

W tabeli 21 przedstawiono wartość współczynnika korelacji ρ Spearmana pomiędzy wiekiem matki, poziomem wykształcenia i ocenami własnej sytuacji materialnej a wskaźnikami nasilenia stresu a nasileniem depresji.

Tabela 21: Wartości współczynników korelacji pomiędzy wiekiem matki, poziomem wykształcenia i ocenami własnej sytuacji materialnej a wskaźnikami nasilenia stresu a nasileniem depresji.

Zmienne	Wiek	Wykształcenie	Syt. materialna
Napięcie emocjonalne	-0,061	-0,138*	-0,170*
Stres zewnętrzny	-0,180*	-0,227**	-0,274**
Stres intrapsychiczny	-0,086	-0,188*	-0,218**
Nasilenie stresu	-0,125	-0,210**	-0,239**
Nasilenie depresji	-0,020	-0,172*	-0,280**

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

Stwierdzono, że wiek matek w momencie urodzenia dziecka korelował ujemnie z nasileniem stresu zewnętrznego. Poziom wykształcenia korelował ujemnie ze wszystkimi wskaźnikami nasilenie stresu i z nasileniem depresji. Ocena sytuacji materialnej również korelowała ujemnie ze wszystkimi wskaźnikami nasilenie stresu i z nasileniem depresji. Otrzymano wyniki zgodne z hipotezą H8.

Nasilenie stresu i depresji w grupie kobiet, które odczuwały trudności w zakresie pogodzenia ról społecznych

W tabeli 22 przedstawiono porównanie średnich wartości nasilenia stresu i depresji w grupie kobiet, które odczuwały trudności w zakresie pogodzenia ról społecznych i w grupie kobiet, dla których pogodzenie ról społecznych było łatwe lub tylko czasami bywało trudne. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya.

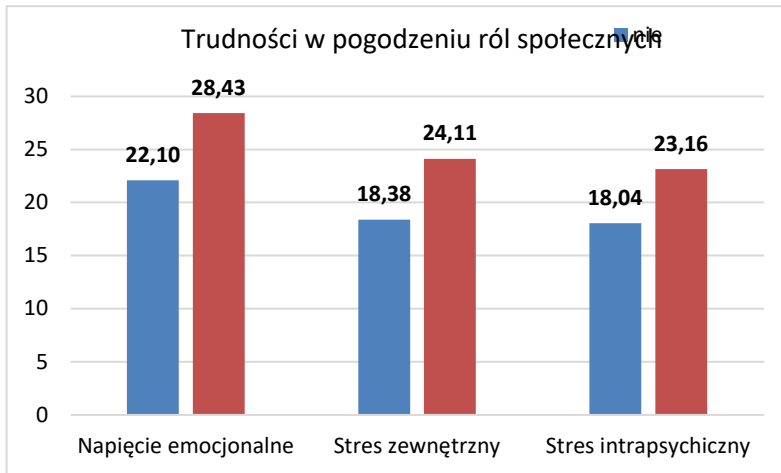
Tabela 22: Średnie wartości nasilenia stresu i depresji w grupie kobiet, które odczuwały trudności w zakresie pogodzenia ról społecznych i w grupie kobiet, dla których pogodzenie ról społecznych było łatwe lub tylko czasami bywało trudne.

Zmienne	Trudności w pogodzeniu ról					
	nie		tak		U	p
	M	SD	M	SD		
Napięcie emocjonalne	22,10	7,10	28,43	6,14	1223,50	0,001
Stres zewnętrzny	18,38	6,43	24,11	5,75	1274,00	0,001
Stres intrapsychiczny	18,04	6,56	23,16	6,17	1415,50	0,001
Nasilenie stresu	58,53	18,24	75,70	15,53	1204,00	0,001
Nasilenie depresji	9,48	7,34	15,91	9,47	1440,00	0,001

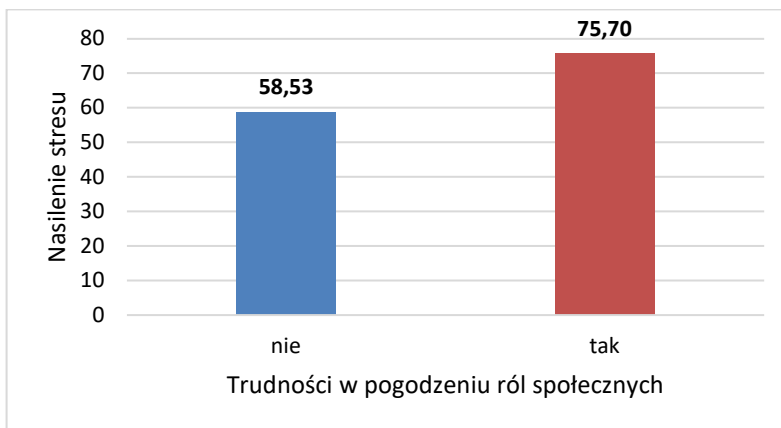
M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wartość testu U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna

Stwierdzono, że zarówno nasilenie stresu jak i nasilenie depresji było istotnie statystycznie wyższe w grupie kobiet, które odczuwały trudności w zakresie pogodzenia ról społecznych (por. rys. 9-11), wobec tego otrzymano wyniki potwierdzające hipotezę H1.

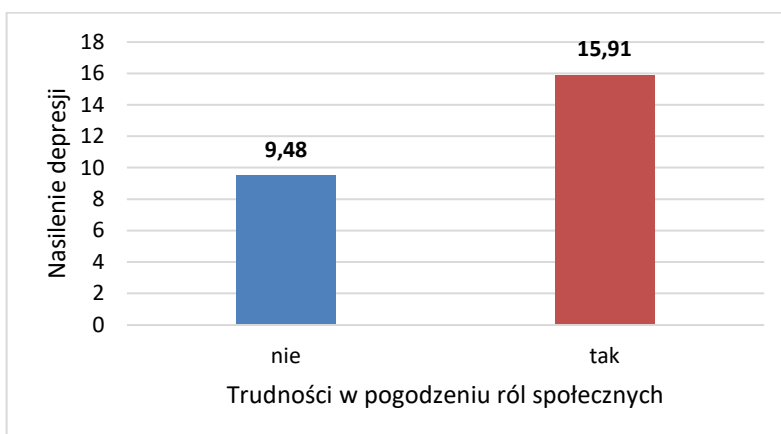




Rysunek 9: Średnie wartości wskaźników nasilenia stresu w grupie kobiet, które odczuwały trudności w zakresie pogodzenia ról społecznych i w grupie kobiet, dla których pogodzenie ról społecznych było łatwe lub tylko czasami bywało trudne.



Rysunek 10: Średnie wartości ogólnego nasilenia stresu w grupie kobiet, które odczuwały trudności w zakresie pogodzenia ról społecznych i w grupie kobiet, dla których pogodzenie ról społecznych było łatwe lub tylko czasami bywało trudne.



Rysunek 11: Średnie wartości nasilenia depresji w grupie kobiet, które odczuwały trudności w zakresie pogodzenia ról społecznych i w grupie kobiet, dla których pogodzenie ról społecznych było łatwe lub tylko czasami bywało trudne.

Nasilenie stresu i depresji w grupie kobiet, które miały poczucie izolacji społecznej

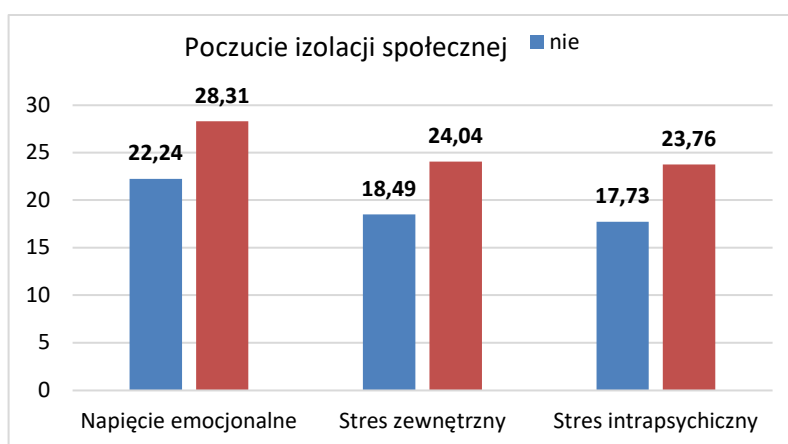
W tabeli 23 przedstawiono porównanie średnich wartości nasilenia stresu i depresji w grupie kobiet, które miały poczucie izolacji społecznej i w grupie kobiet, które nie miały poczucia izolacji społecznej lub miały je tylko czasami. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya.

Tabela 23: Średnie wartości nasilenia stresu i depresji w grupie kobiet, które miały poczucie izolacji społecznej i w grupie kobiet, które nie miały poczucia izolacji społecznej lub miały je tylko czasami.

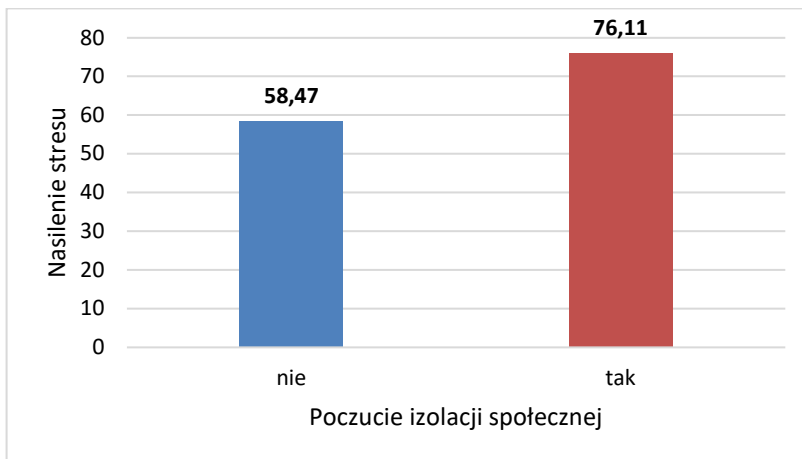
Zmienne	Poczucie izolacji społ.				U	p
	nie		tak			
	M	SD	M	SD		
Napięcie emocjonalne	22,24	7,35	28,31	5,81	1293,50	0,001
Stres zewnętrzny	18,49	6,51	24,04	5,71	1296,50	0,001
Stres intrapsychiczny	17,73	6,37	23,76	5,97	1261,50	0,001
Nasilenie stresu	58,47	18,16	76,11	15,33	1156,50	0,001
Nasilenie depresji	8,68	6,37	17,35	9,55	1130,00	0,001

M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wartość testu U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna

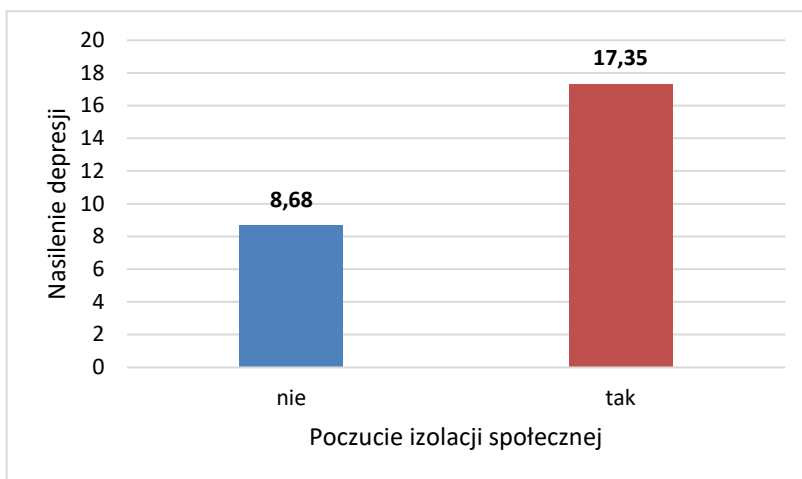
Stwierdzono, że zarówno nasilenie stresu jak i nasilenie depresji było istotnie statystycznie wyższe w grupie kobiet, które miały poczucie izolacji społecznej (por. rys. 12-14), wobec tego otrzymano wyniki potwierdzające hipotezę H2.



Rysunek 12: Średnie wartości wskaźników nasilenia stresu w grupie kobiet, które miały poczucie izolacji społecznej i w grupie kobiet, które nie miały poczucia izolacji społecznej lub miały je tylko czasami.



Rysunek 13: Średnie wartości ogólnego nasilenia stresu w grupie kobiet, które miały poczucie izolacji społecznej i w grupie kobiet, które nie miały poczucia izolacji społecznej lub miały je tylko czasami.



Rysunek 14: Średnie wartości nasilenia depresji w grupie kobiet, które miały poczucie izolacji społecznej i w grupie kobiet, które nie miały poczucia izolacji społecznej lub miały je tylko czasami.

Nasilenie stresu i depresji w grupie kobiet, które ograniczyły swoją aktywność zawodową

W tabeli 24 przedstawiono porównanie średnich wartości nasilenia stresu i depresji w grupie kobiet, które ograniczyły swoją aktywność zawodową i w grupie kobiet, które nie ograniczyły swojej aktywności zawodowej lub nawet ją zwiększyły. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya.

Tabela 24: Średnie wartości nasilenia stresu i depresji w grupie kobiet, które ograniczyły swoją aktywność zawodową i w grupie kobiet, które nie ograniczyły swojej aktywności zawodowej lub nawet ją zwiększyły

Zmienne	Ograniczenie akt. zawodowej				U	p
	nie		tak			
	M	SD	M	SD		
Napięcie emocjonalne	24,92	8,77	24,45	7,07	1272,50	0,561
Stres zewnętrzny	20,88	7,95	20,25	6,40	1327,50	0,788
Stres intrapsychiczny	20,36	7,65	19,84	6,70	1316,50	0,740
Nasilenie stresu	66,16	22,54	64,54	18,33	1316,00	0,738
Nasilenie depresji	12,88	11,21	11,88	8,29	1344,50	0,863

M – wartość średnia, SD – odchylenie standardowe, U – wartość testu U Manna-Whitney, p – istotność statystyczna

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy porównywanymi grupami, wobec tego nie otrzymano wyników potwierdzających hipotezę H4.

Aktywność zawodowa a trudności w pogodzeniu ról społecznych

W tabeli 25 przedstawiono rozkład trudności w pogodzeniu ról społecznych w grupie kobiet, które ograniczyły swoją aktywność zawodową i w grupie kobiet, które nie ograniczyły swojej aktywności zawodowej lub nawet ją zwiększyły.

Tabela 25: Trudności w pogodzeniu ról społecznych w grupie kobiet, które ograniczyły swoją aktywność zawodową i w grupie kobiet, które nie ograniczyły swojej aktywności zawodowej lub nawet ją zwiększyły.

Poczucie możliwości pogodzenia ról społecznych z rolą matki	Ograniczenie akt. zawodowej			
	nie		tak	
	n	%	n	%
jest to łatwe	2	8,0	9	8,2
czasami to bywa trudne	10	40,0	60	54,5
jest to trudne	13	52,0	41	37,3
Ogółem	25	100	110	100

n – liczba osób badanych; % - procent grupy



W oparciu o wartość testu niezależności χ^2 nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy ograniczeniem aktywności zawodowej poczuciem trudności dot. pogodzenia ról społecznych z rolą matki, $\chi^2(2)=1,94$, $p>0,05$, wobec tego nie otrzymano wyników potwierdzających hipotezę H5.

Nasilenie stresu i depresji w grupie kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się znacząco i w grupie kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się umiarkowanie

W tabeli 26 przedstawiono porównanie średnich wartości nasilenia stresu i depresji w grupie kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się znacząco i w grupie kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się umiarkowanie. Zestawienie uzupełniono wartościami testu U Manna-Whitneya.

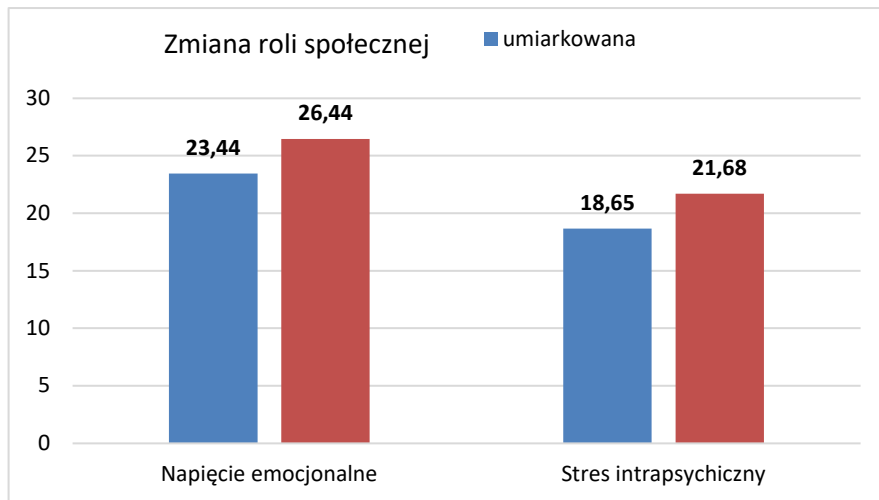
Tabela 26: Średnie wartości nasilenia stresu i depresji w grupie kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się znacząco i w grupie kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się umiarkowanie.

Zmienne	Zmiana roli społecznej				U	p
	umiarkowana		znacząca			
	M	SD	M	SD		
Napięcie emocjonalne	23,44	6,94	26,44	6,91	1462,00	0,015
Stres zewnętrzny	19,94	6,40	22,09	6,49	1595,50	0,072
Stres intrapsychiczny	18,65	6,48	21,68	6,60	1447,50	0,012
Nasilenie stresu	62,02	17,72	70,21	17,91	1457,50	0,014
Nasilenie depresji	10,33	7,84	14,09	9,22	1482,00	0,019

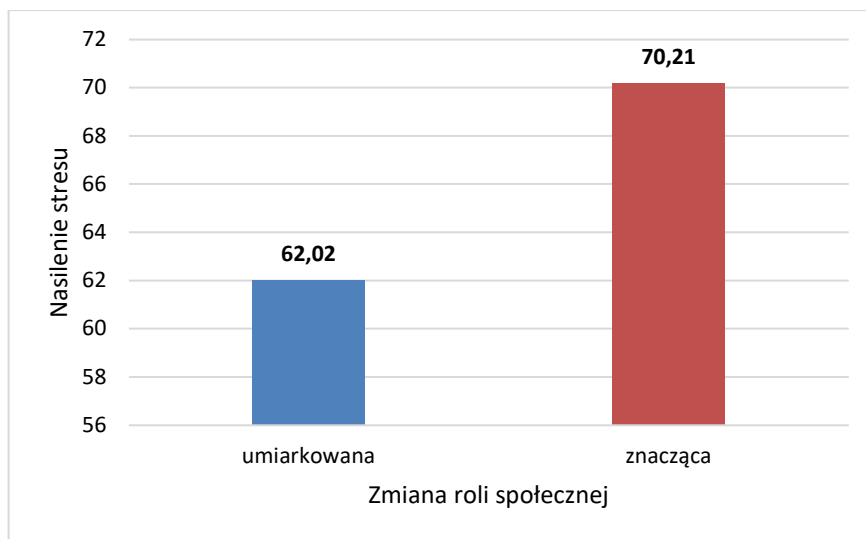
M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; U – wartość testu U Manna-Whitneya; p – istotność statystyczna

Stwierdzono, że zarówno nasilenie napięcia emocjonalnego i stresu intrapsychicznego było istotnie statystycznie większe w grupie kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się znacząco (por. rys. 13), również ogólne nasilenie stresu i nasilenie depresji było istotnie statystycznie większe w grupie kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się znacząco w porównaniu z grupą kobiet, w grupie

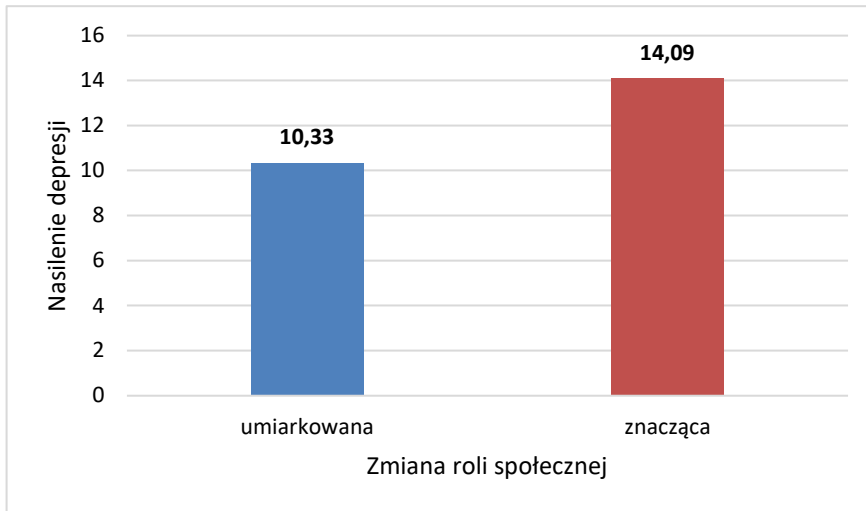
kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się umiarkowanie (por. rys., 15 i 16).



Rysunek 15: Istotne statystycznie różnice w zakresie nasilenia stresu pomiędzy grupą kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się znacząco i grupą kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się umiarkowanie.



Rysunek 16: Średnie wartości ogólnego nasilenia stresu w grupie kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się znacząco i w grupie kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się umiarkowanie.



Rysunek 17: Średnie wartości nasilenia depresji w grupie kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się znacząco i w grupie kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się umiarkowanie.

5.3. Dyskusja wyników

Przebadano grupę 145 matek, które w momencie urodzenia swojego pierwszego dziecka były w wieku 17-44 lat. Próbę zawężono do kobiet, które urodziły pierwszego potomka nie później niż w okresie ostatnich 5 lat. Odpowiednio opracowany kwestionariusz własny połączono z kwestionariuszem poczucia stresu (KPS) oraz skalą depresji Becka w celu zbadania czy ocena zmiany roli społecznej u kobiety po urodzeniu dziecka wiąże się ze wzrostem poziomu stresu i depresji. Stres przebadano pod kątem trzech wskaźników: stresu emocjonalnego, który opisuje subiektywnie odczuwany stres, stresu zewnętrznego, który odnosi się do percepcji stresora, a także stresu intrapsychnicznego, który mówi o zasobach wspomagających radzenie sobie ze stresem. Szczegółowe pytania zostały zaprojektowane przeze mnie w taki sposób, aby zbadać które konkretnie aspekty zmiany tej roli przyczyniły się do podwyższonego odczucia stresu i smutku.

W badaniu wykazano, że wyższy poziom odczuwanego stresu wiąże się wyższym nasileniem objawów depresji. Jest to przewidywalne, biorąc pod uwagę biologiczne podłoże stresu i depresji. Są to zjawiska silnie ze sobą powiązane. Stałe podwyższenie poziomu kortyzolu może prowadzić do zmian w układzie nerwowym, mających następstwo w zaburzeniach depresyjnych. Z kolei chroniczny stres może być jednym z objawów depresji.

Badania charakterystyki grupy wskazały, że aż 45,5% kobiet pochodzi z bardzo dużych miast (powyżej 500 tysięcy mieszkańców). Charakteryzują się też one wysokim poziomem wykształcenia - łącznie 89,6%. Aż 53,8% respondentek ukończyło studia II stopnia. Duży odsetek kobiet z dużych miast oraz z wysokim wykształceniem może mieć istotny wpływ na wyniki przeprowadzonych badań.

Korelacja pomiędzy wykształceniem a poziomem stresu i depresji w wykonanym badaniu jest ujemna ze wszystkimi wskaźnikami nasilenia stresu i nasilenia depresji. Czyli kobiety z wyższym wykształceniem doświadczały niższego stresu i rzadziej wykazywały objawy depresyjne w porównaniu do tych o niższym wykształceniu. Może wiązać się to z większą świadomością zaburzeń psychicznych i wyposażenia w lepsze strategie radzenia sobie z nimi. Wiedza może obejmować techniki zarządzania emocjami, lepsze zdolności organizacyjne czy chętniejsze korzystanie z pomocy specjalisty. Dużą rolę może odgrywać sytuacja materialna i brak presji finansowej. Osoby wykształcone mogą mieć większą



stabilność finansową i możliwości na rynku pracy. Przewidziana przeze mnie presja kariery i trudność pogodzenia macierzyństwa z ambicjami zawodowymi, okazały się drugorzędne.

Duże miasta wiążą się z dostępem do instytucji mogących pomóc w kryzysie. Z drugiej strony szybsze tempo i większe koszty życia, poczucie izolacji społecznej w dużej metropolii, mogą być bez wątpienia dodatkowym stresorem.

Znaczna większość kobiet mieszkała ze swoim partnerem, a większość z nich było w związku małżeńskim. Obecność partnera może być czynnikiem stabilizującym emocjonalnie. Życie w stabilnym i udanym związku zwiększa poczucie szczęścia i dobrostanu.

Jednakże równie ważna jest jakość relacji z partnerem. Dlatego wprowadziłam zmienną opisującą czy i jak zmieniły się relacje z partnerem po narodzinach dziecka. Tylko 27,6% badanych oceniła, że zbliżyła się do swojego partnera, natomiast aż 44,8% oceniła, iż oddaliła się od niego. Zarówno nasilenie stresu: napięcia emocjonalnego, stresu zewnętrznego i intrapsychoicznego, a także nasilenia depresji było istotnie statystycznie wyższe u tej ostatniej grupy. Oznacza to, iż pogorszenie relacji z partnerem istotnie jest związane z subiektywnym odczuciem stresu, a także uczucia presji pochodzącej z zewnątrz. Wyższy poziom odczucia stresu intrapsychoicznego, wiąże się z trudnościami w regulacji emocji.

68,3% respondentek oceniła swoją sytuację materialną jako dobrą. Natomiast stabilność finansowa korelowała ujemnie ze wszystkimi wskaźnikami stresu i ze wskaźnikiem depresji.

Stwierdzono też, że wiek matek w momencie urodzenia dziecka korelował ujemnie z nasileniem stresu zewnętrznego. Oznacza to, iż starsze matki odczuwały niższy poziom stresu wynikającego z czynników zewnętrznych od tych młodszych. Może być to związane z większą dojrzałością i stabilizacją życiową. Dojrzałe matki prawdopodobnie mają też lepiej rozwiniętą zdolność do radzenia sobie z emocjami i w trudnych sytuacjach. Prawdopodobnie ma na to wpływ też lepsza stabilizacja finansowa.

Główne hipotezy postawione przeze mnie powiązane są ze zmianami ich ról społecznej. Otóż Hipoteza numer 1, która mówi że: „kobiety, które mają trudności z pogodzeniem ról społecznych (np. pracownika, żony, przyjaciółki) z rolą matki, wykazują wyższy poziom stresu i depresji” została potwierdzona. Wskazuje to, iż konflikt wynikający z pełnienia różnych ról w życiu kobiety, może stanowić istotny czynnik stresogenny. Jedynie 8,3% respondentek określiło, że pogodzenie macierzyństwa z innymi rolami jest dla nich łatwe.



Hipoteza numer 3 zakładała, że subiektywna ocena roli macierzyńskiej przez kobiety (jako trudnej lub bardzo trudnej) ma związek z wyższym poziomem stresu i depresji. Wykazano, iż rzeczywiście poczucie stresu we wszystkich wymiarach, jak i nasilenie objawów depresyjnych było u nich istotnie statystycznie wyższe.

Trudności te mogą wynikać z wielu czynników, jak presja społeczeństwa i współczesna wizja kobiety doskonałej, która spełnia się we wszystkich dziedzinach i angażuje równie mocno w życie rodzinne jak i karierę.

Postawiona przeze mnie hipoteza o tym, że przerwanie aktywności zawodowej jest powiązana z poczuciem trudności pogodzenia ról społecznych, nie została poparta. Podobnie nie uzyskano istotnie statystycznych różnic pomiędzy ograniczeniem pracy i poziomem stresu i depresji. Aż 42,8% badanych kobiet przerwało aktywność zawodową, a kolejne 20,7% zmniejszyło godziny pracy, nie przełożyło się to na znaczące różnice w subiektywnej ocenie trudności pogodzenia macierzyństwa z innymi rolami. Może oznaczać to, że przerwanie lub ograniczenie aktywności kariery jest świadomym wyborem kobiet i nie wiąże się z poczuciem utraty świadomości zawodowej. Być może realizują one preferowany model rodziny.

Ostatnią potwierdzoną w badaniach zmienną jest poczucie izolacji społecznej, które wykazało istotną statystycznie pozytywną korelację z nasileniem stresu i depresji. Oznacza to, że im większe było poczucie izolacji u badanych kobiet, tym wyższy poziom stresu i objawów depresyjnych odnotowano. Wynik ten potwierdza hipotezę H2, wskazując, że izolacja społeczna może być istotnym czynnikiem wpływającym na dobrostan psychiczny młodych matek. Biorąc pod uwagę poprzednie wyniki, można spekulować, iż poczucie izolacji jest związane z poczuciem braku wsparcia od partnera i ma mniejszy związek z porzuceniem aktywności zawodowej. Wiąże z innymi i poczucie przynależności jest jednym z kluczowych elementów wpływających na dobrostan psychiczny. Izolacja natomiast może osłabiać zdolności radzenia sobie ze stresem, większą koncentrację na problemach i negatywnych myślach.

5.4. Dyskusja ograniczeń

W porównaniu do ogólnych danych demograficznych w Polsce, odsetek kobiet z wyższym wykształceniem w tej grupie jest znacznie wyższy niż w populacji ogólnej, gdzie



według danych GUS około 35-40% kobiet posiada wykształcenie wyższe. Może to sugerować, że grupa badawcza nie jest w pełni reprezentatywna dla całej populacji matek w Polsce, co należy uwzględnić przy interpretacji wyników.

Ze względu na specyfikę próby, w której dominują kobiety z dużych miast i z wyższym wykształceniem, wyniki mogą nie być w pełni adekwatne dla kobiet z mniejszych miejscowości czy tych o niższym poziomie edukacji. Kobiety te mogą mierzyć się z innymi wyzwaniami, np. ograniczonym dostępem do opieki psychologicznej, większym wpływem tradycyjnych norm społecznych czy mniejszym wsparciem instytucjonalnym. Warto uwzględnić ten czynnik przy interpretacji wyników i ewentualnie w przyszłości przeprowadzić badania na bardziej zróżnicowanej grupie respondentek.



Zakończenie

W pracy badane były wahania poziomu stresu oraz depresji w odniesieniu do zmiany roli społecznej i wizji siebie przez kobietę po urodzeniu pierwszego dziecka.

Część teoretyczna wskazuje na to, że rola kobiety związana z macierzyństwem łączy się z wieloma wyzwaniami. Analiza literatury potwierdza, iż wciąż istnieją duże społeczne oczekiwania wobec matek. Bez wątpienia może powodować to duży stres, który z kolei może ewoluować do rozwoju depresji. Z tego względu analizowane zagadnienie jest szczególnie ważne, a badania pozwoliły lepiej zrozumieć z jakimi trudnościami zmagają się kobiety w tym okresie, co z natomiast może pomóc we wsparciu ich.

W pracy stwierdzono, że zarówno nasilenie stresu jak i depresji było istotnie statystycznie wyższe w grupie kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako trudną lub bardzo trudną. Bazując na literaturze, wykazałam silny biologiczny wpływ przewlekłego i silnego stresu na rozwój zaburzeń depresyjnych. Objawy rozdrażnienia i niepokoju są też symptomem w rozwiniętych już zaburzeniach. Z racji tego uznałam za ważne użycie w pracy obydwu skali. Ponadto korelacja poziomu stresu i depresji u przebadanych kobiet była dodatnia, tak więc niniejsze badania potwierdziły to.

Odpowiednio opracowany kwestionariusz własny, połączony z kwestionariuszem poczucia stresu (KPS) oraz skalą depresji Becka, miały na celu zbadanie czy ocena zmiany roli społecznej u kobiety po urodzeniu dziecka wiąże się ze wzrostem poziomu stresu i depresji. Szczegółowe pytania były jednak zaprojektowane w taki sposób, aby zbadać które konkretnie aspekty zmiany tej roli przyczyniły się do podwyższonego odczucia stresu i smutku.

Weryfikacja wyników wykazała potwierdzenie postawionych przeze mnie hipotez badawczych. U kobiet, które czuły, że ich rola w społeczeństwie po urodzeniu dziecka zmieniła się znacząco, w porównaniu z grupą, w której zmieniła się ona umiarkowanie, zarówno nasilenie napięcia emocjonalnego jak i stresu intra-psychicznego, były większe. Kobiety te cechowały się też ogólnie większym nasileniem stresu i depresji. Związane z nowymi obowiązkami poczucie izolacji społecznej, także wpłynęło na nasilenie poziomów stresu i depresji.

Udowodniono też statystycznie wyższe nasilenie depresji i stresu u kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako trudną lub bardzo trudną. Podobne wyniki wykazano u



przebadanych, które odczuły trudności w zakresie pogodzenia roli matki z innymi rolami społecznymi, takimi jak na przykład żona, pracownica, czy przyjaciółka.

W pracy badałam czy ograniczenie aktywności zawodowej może wpłynąć na poczucie braku możliwości spełnienia się, a co za tym idzie, obniżenia nastroju. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy porównywanymi grupami, wobec czego nie można potwierdzić postawionej hipotezy.

Po zebraniu wyników przeanalizowałam dodatkowe czynniki, które mogłyby przyczynić się do lepszego zrozumienia problemu. Okazało się, że pogorszenie relacji z partnerem po porodzie jest związane z większym odczuwaniem stresu i depresji. Wiek matki korelował ujemnie z nasileniem stresu zewnętrznego. Natomiast analiza takich zmiennych jak poziom wykształcenia i ocena sytuacji materialnej wykazała negatywny związek ze wszystkimi wskaźnikami nasilenia stresu i nasilenia depresji.

Należy zwrócić uwagę na pewne ograniczenia, które mogły wpłynąć na uogólnienie wyników badania. Jednym z nich jest forma rekrutacji grupy badawczej. Kwestionariusze miały formę online i były dystrybuowane głównie za pośrednictwem platformy Facebook, co mogło wpłynąć na charakterystykę badanych kobiet. Dodatkowo duża grupa badanych pochodziła z kręgu znajomych, co mogło ograniczyć różnorodność próby, chociażby wpłynąć na fakt że w badaniu nadreprezentowane były kobiety o wyższym wykształceniu.

Badanie nie uwzględniło też innych potencjalnych zaburzeń zdrowia psychicznego, czy czynników poza-macierzyńskich, mogących wpływać na podwyższone poczucie napięcia i obniżonego nastroju wśród uczestniczek.

Mając na uwadze uzyskane wyniki, warto podjąć dalsze badania w celu pogłębiania analizy poszczególnych czynników oraz weryfikacji ich. Szczególnie istotne może okazać się skoncentrowanie na elementach wspierających kobietę w okresie trudnych zmian. Może być to na przykład sieć wsparcia społecznego, ze strony partnera, przyjaciół, ale też poczucie wsparcia i zrozumienia w miejscu pracy. Kierunek przyszłych badań powinien obejmować analizę różnych form wsparcia mających wpływ na dobrostan psychiczny matek.

Powyższe wyniki mają istotne znaczenie praktyczne zarówno w zakresie psychologii społecznej i klinicznej. Zrozumienie dokładnych czynników stresu u matek małych dzieci może przyczynić się do lepszego konstruowania programów edukacyjnych oraz ich wsparcia psychologicznego. Miałyby one na celu przygotowanie kobiet do zmian wynikających z



macierzyństwa. Dodatkowo obserwacja może być przydatna w pracy specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym i prenatalnym. Ważne jest zwiększenie świadomości społecznej o istnieniu innych czynników stresogennych związanych z macierzyństwem, które nie są tożsame z depresją poporodową, na której skupia się większość kampanii społecznych.



Bibliografia

- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bartkowiak, E. (2015, 10 20). Obraz matki i macierzyństwa w przekazach źródłowych z historii wychowania. *Wychowanie rodzinne*, 12. doi:doi: 10.23734/wwr20152.271.294
- Cannon, W. (1932). *The Wisdom of the Body*.
- Ciccharelli, S. K. i White, J. N. (2019). *Psychologia*. Poznań: Rebis.
- Cohen, S. i Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D. i Doyle, W. (2012, 02 27). Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk. *Pnas*, strony 5995-5999. Pobrano z lokalizacji MitoMed.
- Craddock, N. i Sklar, P. (2013, 05 11). Genetics of bipolar disorder. *Lancet*, 381(9878), strony 1654-1662. doi:10.1016/S0140-6736(13)60855-7
- Dąbrowska, Z. (2023, 11 30). Rodzaje depresji. Pobrano z lokalizacji www.abczdrowie.pl
- Dudek, B., Koniarek, J. i Szymczak Wiesław. (2007). Stres związany z pracą a teoria zachowania zasobów Stevana Hobfolla. 58(4), 317-325.
- Encyklopedia PWN*. (brak daty). Pobrano z lokalizacji <https://encyklopedia.pwn.pl/>
- Erikson, E. H. (2004). *Tożsamość a cykl życia*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Golonka, K., Piątek, E. i Stach, R. (2023, Maj 15). Kierunki badań i rozwoju poznawczej teorii depresji. *Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST*, 1-12. doi:<https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/161676>
- Golonka, K., Piątek, E. i Stach, R. (2024). Kierunki badań i rozwoju poznawczej teorii depresji. *Psychiatria Polska*, 58(4), strony 669-680. doi:<https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/161676>
- Gruca, B. (2023). *Satysfakcja z życia i koherencja wśród Polaków żyjących we Francji*. Nowy Sącz: Wyższa Szkoła Biznesu. National Louis University.
- Gruszecka, A. (2022, 03 18). *Brak instynktu macierzyńskiego vs. oczekiwania społeczne*. Pobrano z lokalizacji Przystanek mama: <https://przystanek-mama.spsk4.lublin.pl/>
- Gryz, M., Lehner, M., Wisłowska-Stanek, A. i Płaźnik, A. (2018). Funkcjonowanie układu dopaminergicznego w warunkach stresu - poszukiwanie podstaw różnic indywidualnych, badania przedkliniczne. *Psychiatria Polska*, 52(3), strony 459-470. doi: <https://doi.org/10.12740/PP/80500>
- Holmes, T. H. (1967, 02 11). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, strony 213-218. doi:10.1016/0022-3999(67)90010-4



- Jelonkiewicz, I. i Kosińska-Dec, K. (2001). Poczucie koherencji a style radzenia sobie ze stresem: empiryczna analiza kierunku zależności. *44(3)*, 337-347.
- Juczyński, Z. i Ogińska-Bulik, N. (2012). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem (NPSR)*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kaczmarek, A. i Curyło-Sikora, P. (2016). Problematyka stresu – przegląd koncepcji. *Hygeia Public Health, 51(4)*, 317-321.
- Kalat, J. W. (2019). *Biologiczne podstawy psychologii* (wyd. 12). Warszawa: PWN.
- Kolber, M. (2019). Psychologiczne aspekty wyuczonej bezradności i ich implikacje pedagogiczne. *Przegląd pedagogiczny(2)*, strony 134-143. doi:10.34767/PP.2019.02.10
- Koronkiewicz, K. (2014). Kształtowanie tożsamości matki u kobiet doświadczających nieplanowanego macierzyństwa. *Kultura - społeczeństwo - edukacja, 5(1)*, strony 95-118.
- Krause, E. (2020, 12). Współczesna kobieta w kontekście macierzyństwa. *Wychowanie w Rodzinie*.
- Krawczyk, P. i Świącicki, Ł. (2020). ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości. *Psychiatria Polska, 54*, strony 7-20. Pobrano z lokalizacji www.psychiatriapolska.pl
- Kusio, U. (2004). Współczesna kobieta wobec. *Kultura i Edukacja, 40-47*.
- Langdon, K. (brak daty). Postpartum Depression Statistics. Pobrano z lokalizacji <https://www.postpartumdepression.org>
- Lazarus, R. i Folkman, S. (1984). *S. Stress, Appraisal and Coping*.
- Lazarus, R. S. i Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Lesińska-Sawicka, M. (2008). *Późne macierzyństwo: studium socjomedyczne*. Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.
- Maes, M., Scharpe, S. i Verkerk, R. (1995, 11). Seasonal Variation in Plasma L-Tryptophan Availability in Healthy Volunteers. *Arch Gen Psychiatry, 52(11)*.
- Mann, J. i Malone, K. (1997, 01 15). Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed inpatients. *Biological Psychiatry, 41(2)*, strony 162-171.
- Margielewska, A. (2013). Rola układu odpornościowego w powstaniu depresji. *Wszecławiat, 114(4-6)*.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-11 – polska wersja językowa*. (brak daty). Pobrano z lokalizacji RSK Rejestr Systemów Kodowania: <https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/details>
- Montakab, H. (2018). *Medycyna chińska w praktyce*. Łódź: Galaktyka.



- Morey, R., Gold, A. i LaBar, K. (2012, 11). Amygdala volume changes with posttraumatic stress disorder in large case-controlled veteran group. *Archives of General Psychiatry*, 69(11), strony 1169-1178. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2012.50
- Morrison, J. (2016). *Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego .
- Musiał, A. (2007). Depresja – rys historyczny. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 7(1), strony 42-46.
- Olatunji, B. O. (2019). *The Cambridge Handbook of Anxiety and Related Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Oryńczak, S. (2015, 12 09). Depresja, rozumienie psychoanalityczne cz. 1. Pobrano z lokalizacji Znany Lekarz: www.znanylekarz.pl
- Pels, K. K. (2020). O molekularnej patogenezie stresu i depresji. *Kosmos*, 69(1), strony 169-183.
- Plopa, M. i Makarowski, R. (2010). *Kwestionariusz Poczucia Stresu*. Warszawa: Vizja Press & IT.
- Pryszmont-Ciesielska, M. (2011). Macierzyństwo w perspektywie kobiet podejmujących aktywność naukowo-dydaktyczną – trzy autonarracje. *Edukacja Dorosłych*, 2, 163-178.
- Scheridan, C. i Radmacher, R. (1998). Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. *Psychologia Zdrowia*, str. 217.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. McGraw-Hill.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. McGraw-Hill. New York: McGraw-Hill.
- Skala depresji Becka - test*. (brak daty). Pobrano z lokalizacji Kulepszemu psychoterapia: <https://kulepszemu.pl/skala-depresji-becka/>
- Skibińska, B. (2017). Skazani na samotność. O konsekwencjach izolacji społecznej w wybranych jej kontekstach. *Studia Edukacyjna*(44), strony 265-284.
- Stefaniak, K. (2015, 04 09). *Etapy rozwoju tożsamości człowieka wg Eriksona*. Pobrano z lokalizacji <https://psychoterapia-polna.warszawa.pl/etapy-rozwoju-tozsamosci-czlowieka-wg-eriksona/>
- Strelau, J. (1992). *Badania nad temperamentem*. Warszawa: Wrocław.
- Strelau, J. i Doliński, D. (1992). *Psychologia Akademicka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Tokarski, K. (2012, 02 09). Drogi wyjścia z depresji - przeszłość, terażniejszość i przyszłość. Pobrano z lokalizacji medonet.pl



Vetulani, p. d. (2017, 06 23). Trauma dziecięca a rozwój mózgu - prof. dr hab. Jerzy Vetulani. Pobrano z lokalizacji <https://www.youtube.com/watch?v=tZkBXxqZUIY>

WHO. (2022, September 19). Launch of the WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. World Health Organization. Pobrano z lokalizacji <https://www.who.int/>

Wiśniewska-Śliwińska, H. (2011). *Studium higieniczno - socjomedyczne funkcjonowania uczestników postępowania*. Rozprawa doktorska, Uniwersytet Medyczny Im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań. Pobrano z lokalizacji <https://www.wbc.poznan.pl/Content/218164/PDF/index.pdf>

Wodzick, J. (2011). Krótka historia macierzyństwa w ujęciu feministycznym. *Analiza i egzystencja*, 16, 91-104.

Wolynn, M. (2017). *Nie zaczęło się od ciebie*. Warszawa: Czarna Owca.

Spis Ilustracji:

Rysunek 1: stres intrapsychiczny	21
Rysunek 2: Koncepcja depresyjnych schematów poznawczych	34
Rysunek 3: Średnie wartości wskaźników nasilenia stresu w grupie kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako trudną lub bardzo trudną i w grupie kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako umiarkowanie trudną lub łatwą.	74
Rysunek 4: Średnie wartości ogólnego nasilenia stresu w grupie kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako trudną lub bardzo trudną i w grupie kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako umiarkowanie trudną lub łatwą.	74
Rysunek 5: Średnie wartości nasilenia depresji w grupie kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako trudną lub bardzo trudną i w grupie kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako umiarkowanie trudną lub łatwą.	75
Rysunek 6: Średnie wartości wskaźników nasilenia stresu w grupie kobiet, które zauważyły pogorszenie relacji z partnerem po porodzie i w grupie kobiet, które nie zauważyły zmian lub zauważyły poprawę.	76
Rysunek 7: Średnie wartości ogólnego nasilenia stresu w grupie kobiet, które zauważyły pogorszenie relacji z partnerem po porodzie i w grupie kobiet, które nie zauważyły zmian lub zauważyły poprawę.	76
Rysunek 8: Średnie wartości nasilenia depresji w grupie kobiet, które zauważyły pogorszenie relacji z partnerem po porodzie i w grupie kobiet, które nie zauważyły zmian lub zauważyły poprawę.	77



Rysunek 9: Średnie wartości wskaźników nasilenia stresu w grupie kobiet, które odczuwały trudności w zakresie pogodzenia ról społecznych i w grupie kobiet, dla których pogodzenie ról społecznych było łatwe lub tylko czasami bywało trudne.	79
Rysunek 10: Średnie wartości ogólnego nasilenia stresu w grupie kobiet, które odczuwały trudności w zakresie pogodzenia ról społecznych i w grupie kobiet, dla których pogodzenie ról społecznych było łatwe lub tylko czasami bywało trudne.	79
Rysunek 11: Średnie wartości nasilenia depresji w grupie kobiet, które odczuwały trudności w zakresie pogodzenia ról społecznych i w grupie kobiet, dla których pogodzenie ról społecznych było łatwe lub tylko czasami bywało trudne.	79
Rysunek 12: Średnie wartości wskaźników nasilenia stresu w grupie kobiet, które miały poczucie izolacji społecznej i w grupie kobiet, które nie miały poczucia izolacji społecznej lub miały je tylko czasami.	80
Rysunek 13: Średnie wartości ogólnego nasilenia stresu w grupie kobiet, które miały poczucie izolacji społecznej i w grupie kobiet, które nie miały poczucia izolacji społecznej lub miały je tylko czasami.	81
Rysunek 14: Średnie wartości nasilenia depresji w grupie kobiet, które miały poczucie izolacji społecznej i w grupie kobiet, które nie miały poczucia izolacji społecznej lub miały je tylko czasami.	81
Rysunek 15: Istotne statystycznie różnice w zakresie nasilenia stresu pomiędzy grupą kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się znacząco i grupą kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się umiarkowanie.	84
Rysunek 16: Średnie wartości ogólnego nasilenia stresu w grupie kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się znacząco i w grupie kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się umiarkowanie.	84
Rysunek 17: Średnie wartości nasilenia depresji w grupie kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się znacząco i w grupie kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się umiarkowanie.	85

Spis tabel:

Tabela 1: Porównanie dwóch stanów emocjonalnych według Zigmunta Freuda.....	35
Tabela 2: Miejsce zamieszkania osób badanych	64
Tabela 3: Poziom wykształcenia osób badanych.....	65
Tabela 4: Status bliskich relacji osób badanych	65



Tabela 5: Rodzaj porodu.....	66
Tabela 6: Długość okresu kamienia piersią.....	66
Tabela 7: Ocena własnej sytuacji materialnej.....	67
Tabela 8: Ocena nowych obowiązków związanych z macierzyństwem	67
Tabela 9: Zmiana roli społecznej po urodzeniu dziecka.....	68
Tabela 10: Zmiany w relacjach z partnerem po urodzeniu dziecka.....	68
Tabela 11: Zmiany w relacjach z rodziną i przyjaciółmi po urodzeniu dziecka.....	69
Tabela 12: Oceny posiadania czasu na romantyczne chwile po urodzeniu dziecka	69
Tabela 13: Poczucie odizolowania społecznego po urodzeniu dziecka.....	70
Tabela 14: Poczucie możliwości pogodzenia ról społecznych z rolą matki	70
Tabela 15: Zmiany aktywności zawodowej osób badanych.....	71
Tabela 16: Zmiany zaangażowania osób badanych w życie towarzyskie	71
Tabela 17: Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych przedziałowych.....	72
Tabela 18: Wartości współczynników korelacji pomiędzy wskaźnikami nasilenia stresu a nasileniem depresji	73
Tabela 19: Średnie wartości nasilenia stresu i depresji w grupie kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako trudną lub bardzo trudną i w grupie kobiet, które oceniły swoją rolę macierzyńską jako umiarkowanie trudną lub łatwą	73
Tabela 20: Średnie wartości nasilenia stresu i depresji w grupie kobiet, które zauważyły pogorszenie relacji z partnerem po porodzie i w grupie kobiet, które nie zauważyły zmian lub zauważyły poprawę	75
Tabela 21: Wartości współczynników korelacji pomiędzy wiekiem matki, poziomem wykształcenia i ocenami własnej sytuacji materialnej a wskaźnikami nasilenia stresu a nasileniem depresji.....	77
Tabela 22: Średnie wartości nasilenia stresu i depresji w grupie kobiet, które odczuwały trudności w zakresie pogodzenia ról społecznych i w grupie kobiet, dla których pogodzenie ról społecznych było łatwe lub tylko czasami bywało trudne.	78
Tabela 23: Średnie wartości nasilenia stresu i depresji w grupie kobiet, które miały poczucie izolacji społecznej i w grupie kobiet, które nie miały poczucia izolacji społecznej lub miały je tylko czasami.	80
Tabela 24: Średnie wartości nasilenia stresu i depresji w grupie kobiet, które ograniczyły swoją aktywność zawodową i w grupie kobiet, które nie ograniczyły swojej aktywności zawodowej lub nawet ją zwiększyły.....	82
Tabela 25: Trudności w pogodzeniu ról społecznych w grupie kobiet, które ograniczyły swoją aktywność zawodową i w grupie kobiet, które nie ograniczyły swojej aktywności zawodowej lub nawet ją zwiększyły.....	82



Tabela 26: Średnie wartości nasilenia stresu i depresji w grupie kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się znacząco i w grupie kobiet, które oceniły, że ich rola społeczna po urodzeniu dziecka zmieniła się umiarkowanie. 83

Załączniki:

- Kwestionariusze – ankieta online.

