

prof. UKSW, dr hab. Elżbieta Trzęsowska-Greszta
dr Jarosław Jastrzębski, dr Renata Sikora
mgr Małgorzata Fiałek, mgr Paulina Trębicka
*Instytut Psychologii WFCH,
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie*

Poziom depresji u kobiet z utrudnioną prokreacją a styl radzenia sobie ze stresem i płęć psychologiczna

Wprowadzenie

Utrudniona prokreacja jest poważnym problemem psychologicznym, źródłem głębokiego cierpienia: *„Niemożność posiadania dziecka to nie tylko niespełnienie oczekiwań i wymagań związanych z biologiczno-społeczną rolą mężczyzny i kobiety, ale także utrata potencjalnego obiektu miłości, zagrożenie dla poczucia własnej wartości, ograniczenie kontaktów społecznych, brak szans na przedłużenie własnego życia w egzystencji przyszłych pokoleń”* (Bielawska-Batorowicz, 1991, s. 104).

Utrudniona prokreacja (niepłodność) jest definiowana jako niemożność poczęcia dziecka, mimo utrzymywania regularnej aktywności seksualnej, bez stosowania metod antykoncepcyjnych, w okresie wynoszącym 12 miesięcy (Radwan, 2003). Niepłodność została uznana przez Światową Organizację Zdrowia za chorobę społeczną (Rowe i in., 2000). W latach 1990-2010 wskaźniki bezpłodności na świecie zmieniały się w niewielkim stopniu. W roku 2010 na świecie ok. 50 milionów par nie miało dzieci po 5 latach prób (Mascarenhas i in., 2012). Liczba par zmagających się z problemem utrudnionej prokreacji jest różna w populacjach i waha się w granicach 10-20% (Sokalska i Pawelczyk, 2003). W Stanach Zjednoczonych 12% par ma problem z niepłodnością (Chandra i in., 2013), natomiast w Europie odsetek ten szacuje się na ok. 12-20%, w Polsce 15-20% par (Radwan, 2003). Najczęstszymi przyczynami niepłodności u kobiet są zaburzenia owulacji (ok. 40%), niedrożność jajowodów (30-35%) oraz zaburzenia hormonalne (25%). Do czynników ryzyka niepłodności u kobiet należą zapalenie jajników i jajowodów o różnej etiologii (rzeżączkowe, bakteryjne, choroby przenoszone drogą płciową), w przebiegu zabiegu usunięcia ciąży, związane z obecnością wkładki wewnątrzmacicznej (IUD) oraz przebyte operacje. Do najczęstszych przyczyn niepłodności u mężczyzn zalicza się aspermię, asthenospermię, zaburzenia spermiogenezy, zaburzenia hormonalne czynności jąder i inne. U mężczyzn czynnikami ryzyka niepłodności są m.in. choroby przenoszone

drogą płciową. Na płodność u obu płci wpływają leki, m.in. morfina i jej pochodne, kokaina, duże dawki estrogenów i kortykosteroidów, leki cytotoksyczne, neuroleptyki i antydepresanty. Ważnym czynnikiem ryzyka jest wiek; u kobiet - wiek powyżej 30 roku życia, u mężczyzn - powyżej 40 roku życia (Pisarski, 2008; Banaszewska, Basta, i Czajkowski, 2016).

Niektórzy autorzy podkreślają wagę czynników psychologicznych, które mogą przyczyniać się do utrudnionej prokreacji. Istnieją trzy różne psychogenne modele niepłodności, stanowiące że: (1) problemy psychiczne lub mechanizmy psychologiczne są wyłączną przyczyną problemów prokreacyjnych; (2) czynniki psychiczne są odpowiedzialne za niepłodność tylko w przypadku braku uwarunkowań biologicznych; (3) kołowa interakcja czynników psychologicznych i biologicznych prowadzi do utrudnionej prokreacji (model cyrkularny). W tym ostatnim modelu odwoływano się m.in. do silnego stresu, który może wpływać na poziom hormonów, odpowiedzialnych za rozrodczość. Z kolei trudności prokreacyjne pociągają za sobą wiele następstw psychicznych, takich jak: silny stres, obniżony nastrój, frustracja, załamania psychiczne, które dodatkowo oddziałują na reakcje fizjologiczne w organizmie, potęgując problemy z płodnością (van Balenn, 2002; Edelmann i Golombok, 1989; Anders i Bruce, 1997; za: Bielawska-Batorowicz, 2006).

Jak wynika z przedstawionego powyżej modelu cyrkularnego, negatywne emocje, mogą pogłębiać problem niepłodności. Mimo wagi problemu, niewiele jest jeszcze badań nad uwarunkowaniem negatywnych stanów emocjonalnych, towarzyszących utrudnionej prokreacji. Niezwykle ważne jest znalezienie odpowiedzi na pytanie, jakie czynniki psychologiczne mogą przyczyniać się do wzrostu negatywnych stanów emocjonalnych, u kobiet z utrudnioną prokreacją, w szczególności takich, jak stany depresyjne. Kluczowym czynnikiem wydaje się sposób radzenia sobie z silnym stresem związanym z niepowodzeniem w obszarze własnej płodności, tj. samorealizacji jako kobiety w roli matki. Celem pracy uczyniono więc zbadanie, czy styl radzenia sobie ze stresem i płęć psychologiczna są związane z występowaniem objawów depresyjnych u kobiet z utrudnioną prokreacją.

1. Teoretyczne wprowadzenie do badań własnych

1.1. Stres utrudnionej prokreacji i sposoby radzenia sobie

Niemożliwość zajścia w ciążę i urodzenia dziecka jest stresorem uniwersalnym w każdej kulturze. Ze względu na wpływ, jaki ma na życie kobiety, bezpłodność jest określana stresorem chronicznym o „wyjątkowej sile oddziaływania” (Lykeridou i in., 2011). W przypadku bezpłodności mowa jest o efekcie kaskadowym stresu.

Początkowo kobieta (a także jej partner), radzą sobie z faktem niemożności zajścia w ciążę. Po okresie niepowodzeń, zwykle 12-18 miesięcy, wiele par decyduje się na leczenie. Proces diagnozy medycznej, psychologiczno-psychiatrycznej, a następnie nieinwazyjne lub inwazyjne leczenie uruchamiają kolejną grupę napięć, które stają się, każde z osobna, istotnymi przyczynami stresu przyczyniając się do jego eskalacji (Loftus i Andriot, 2012). Z bardzo silnymi wyzwaniem muszą sobie także radzić kobiety po nieudanych (czasami kilku) próbach zapłodnienia in-vitro (Peterson i in., 2006). Podkreśla się, że natężenie stresu w tak trudnej sytuacji jest ściśle związane z pragnieniem kobiety, a pośrednio i jej partnera. Im bardziej pragną zostać rodzicami, matką i ojcem, tym obciążenie i stres jest dla nich silniejszy (Kraaij, Garnefski i Vlietstra, 2008). Stres uruchamia proces radzenia sobie. W myśl koncepcji Richarda Lazarusa i Suzan Folkman (1984) radzenie sobie ze stresem to podejmowanie poznawczych i behawioralnych wysiłków, których celem jest przepracowanie problemu i regulacja przykrych emocji towarzyszących stresowi. Wysiłki te nazywane zostały stylami radzenia sobie ze stresem.

Lykeridou i wsp. (2011) zauważyli, że preferowane przez leczone kobiety strategie grupowały się wokół czterech grup. Grupa pierwsza to aktywne unikanie np. zaangażowanie w inne niż leczenie zajęcia, unikanie spotykania kobiet w ciąży lub z małymi dziećmi. Grupa druga to strategie aktywno-konfrontujące tj. ujawnianie emocji, aktywne poszukiwanie wsparcia społecznego, poszukiwanie informacji, współpraca z lekarzem. Grupę trzecią stanowiły strategie polegające na pasywnym unikaniu np. nadzieja na cud, pasywne oczekiwanie na to, co się wydarzy. Ostatnią grupę stanowiły strategie polegające na przeformułowaniu i reinterpretacji tj. widzeniu dobrych stron sytuacji, wykorzystaniu problemu do rozwoju osobistego i pracy nad relacjami w parze. Co interesujące kobiety stosowały zarówno strategie aktywne, jak i pasywne – co mogło wynikać ze zmiennych kontekstualnych (wsparcie partnera lub jego brak), jak i ich poziomu dobrostanu psychicznego (faza leczenia, leki hormonalne, uwarunkowania osobowościowe i inne).

Kobiety stosują inne strategie radzenia sobie z bezpłodnością i jej leczeniem niż ich partnerzy. Schmidt, i in. (2005) badali predyktory stresu, wynikającego z problemów z płodnością w grupie 812 kobiet i mężczyzn, u których leczenie niepłodności zakończyło się niepowodzeniem. U kobiet predykatorem silnie odczuwanego stresu związanego z niepłodnością okazał się styl radzenia sobie ze stresem oparty na aktywnym unikaniu (np. angażowaniu się w inne czynności, by nie myśleć o problemach), omijanie miejsc gdzie przebywają kobiety w ciąży i dzieci. Znaczącym predykatorem niskiego poziomu stresu związanego z problemami z płodnością u mężczyzn, okazał się styl radzenia sobie oparty na aktywnej konfrontacji z problemem (szukanie porady u innych, wsparcia społecznego),

natomiast u kobiet - przeciętne lub częste wykorzystywanie stylu radzenia sobie opartego na rozumowaniu.

W badaniach polskich stwierdzono, że kobiety niepełodne częściej stosują styl skoncentrowany na unikaniu, niż kobiety bez problemu z płodnością. Nie zaobserwowano statystycznie istotnych różnic między badanymi stosującymi styl ucieczkowy, polegający na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich, znacząca różnica dotyczyła unikania, polegającego na odwracaniu uwagi. Kobiety niepełodne, w sytuacjach trudnych prezentują znacząco większą skłonność do odwracania uwagi w porównaniu do kobiet bez problemu dotyczącego płodności. W badaniu nie odnotowano różnic dotyczących stosowania strategii skoncentrowanych na emocjach oraz na zadaniu (Bidzan, Józefiak, 2002; Siedlecka, 2003; za: Bidzan, 2006). Natomiast w badaniach Warawan i Wycisk (2013), okazało się, że kobiety niepełodne rzadziej stosują styl radzenia sobie oparty na emocjach niż kobiety pełne.

Szeroki wachlarz strategii radzenia sobie ze stresem związanym z bezpłodnością u kobiet opisali Benyamini i wsp. (2008), którzy korzystali z Kwestionariusza Radzenia Sobie z Bezpłodnością. W kwestionariuszu, którego konstrukcja oparła się na doświadczeniach leczących się na bezpłodność kobiet, znalazły się następujące strategie: społeczne wycofanie, zaprzeczanie, obwinianie się, zaniechywanie się, ukrywanie problemu, akceptacja, pozytywne przeformułowanie, kompensacja, inwestowanie w siebie, poszukiwanie wsparcia społecznego, planowanie, radzenie sobie przez praktyki religijne i nadzieja. Ten bogaty repertuar poznawczych i behawioralnych odpowiedzi na stres pokazuje na jak wiele sposobów usiłowały sobie radzić kobiety. W radzeniu sobie z niepłodnością leczące się pacjentki oraz osoby, które zaprzestały już leczenia (oczekujące na adopcję) stosowały, obok wymienianych strategii także inwestowanie w siebie, skupianie się na przyjemnych zajęciach, wzbudzanie nadziei, autokontrolę (Lee i in. 2010; Peterson i in. 2006).

Peterson i wsp. (2006) uważają, że pomiar strategii winien odbywać się w diadzie kobieta – partner, jako że strategie stosowane przez jedną osobę, mają wpływ na strategie stosowane przez współpartnera. Takie systemowe podejście powoduje potrzebę korelacji strategii stosowanych przez dwie osoby. Podjęli się jej Berghus i Stanton (2002). W jej efekcie uzyskali wyniki, ukazujące, że poziom zależności między stosowanymi przez diady strategiami jest niski lub umiarkowany. Było to związane przede wszystkim z tym, że kobiety były aktywniejsze od mężczyzn i miały wyższe wyniki we wszystkich mierzonych skalach (orientacja na problem, pozytywna reinterpretacja, religijne radzenie sobie, przepracowanie emocji, wyrażanie emocji). Dość silne zależności w stosowanych przez diady strategiach stwierdzili natomiast Jordan i Revenson (1999). Różnice między mężczyznami a kobietami dotyczyły przede wszystkim strategii polegających na przeskalowaniu i poszukiwaniu społecznego wsparcia. Zdaniem autorów wynika to z osobistej

sytuacji kobiety, która podejmując leczenie, w niektórych jego okresach musi radzić sobie sama. Podobieństwa miałyby wynikać m.in. ze wspólnego celu pary, jakim jest doczekanie się potomstwa. Z innych badań wynika, że choć dziecka pragną oboje partnerzy, dla mężczyzn sytuacja ta jest mniej obciążająca, a możliwości radzenia sobie inne (Lee i in. 2010).

Bezpłodność jest określana stresorem chronicznym o wyjątkowej sile oddziaływania. Dla mężczyzn sytuacja ta, jest mniej obciążająca niż dla kobiet. Istnieje stosunkowo wiele badań, dotyczących stresu i sposobów radzenia sobie u kobiet borykających się z utrudnioną prokreacją. Badania polskie pokazały, że najczęściej stosowanymi stylami radzenia sobie ze stresem przez kobiety z utrudnioną prokreacją jest (1) aktywne unikanie oraz (2) styl oparty na emocjach. Natomiast badania zachodnie ujawniły 4 style: (1) aktywne unikanie; (2) aktywne poszukiwanie wsparcia społecznego i poszukiwanie informacji; (3) pasywne unikanie oraz (4) strategie polegające na rozumowaniu, przeformułowaniu, reinterpretacji. Powstaje pytanie, czy strategie radzenia sobie ze stresem u kobiet z niepłodnością są skuteczne i chronią je przed rozwojem zaburzeń.

1.2. Depresja u kobiet z utrudnioną prokreacją a strategie radzenia sobie

Rozpoznanie niepłodności wiąże się u kobiet ze znacznym naruszeniem poczucia własnej wartości i prowadzi do niezadowolenia z siebie. Kobiety cierpiące na niepłodność, czują się ponadto przytłoczone trudnościami w relacjach społecznych, odczuwają presję otoczenia. Pojawiają się problemy w relacji z partnerem, takie jak poczucie winy, trudne relacje seksualne, czy obawa o porzucenie. Kobiety przeżywają także wątpliwości o charakterze egzystencjalnym, sens własnego istnienia staje się zagrożony (Downey i McKinsey, 1992, za: Bielawska-Batorowicz, 2006). Trudności prokreacyjne powodują u kobiet pojawienie się intensywnej reakcji emocjonalnych, głównie smutku i niepokoju. Po zapoznaniu z diagnozą, obniżeniu ulega satysfakcja z życia. Długotrwałe cierpienie wiąże się z silnymi ujemnymi emocjami, takimi jak szok i zaprzeczanie, bunt, poczucie krzywdy, zagubienie, niepewność (Peng i in., 2011; Sina, Ter Meulen i de Paula, 2010). Należy pamiętać, że emocje te towarzyszą kobietom przez wiele miesięcy, a czasami i lat. Kobiety mówią także o odczuwaniu poczucia winy i zagubienia, a często i skrajnej samotności. Przeżyciom tym towarzyszy poczucie smutku, rozpacz, pustki, lęku i niepewności (Sina, Ter Meluen i dePaula, 2010). Opisane powyżej skutki psychiczne, towarzyszące problemom prokreacyjnym, takie jak, długotrwałe i silne negatywne emocje, przygnębienie, rozpacz, poczucie bezsilności oraz znaczne naruszenie poczucia własnej wartości prowadzą do obniżenia nastroju, a w końcu – depresji (p. model depresji Becka, 1987).

Wiele badań potwierdza, że depresyjność kobiet, które pragną mieć dziecko, a nie mogą doczekać się potomstwa i poddają się w związku z tym leczeniu, jest istotnie wyższa niż poziom symptomów depresji w grupach kobiet nie zmagających się z tym problemem (np. Aisenberg i in., 2012; Berghuis i Stanton, 2002; Kraaij, Garnefski i Vlietstra, 2008). W jednym z wcześniejszych badań stwierdzono ponad 10-krotną różnicę częstotliwości objawów depresyjnych u kobiet z niepłodnością (29,7%) niż u kobiet bez tego problemu (2,7%) (Aghauwa i in., 1999; za: Bidzan, 2006). Z kolei z badań Dahan i in. (2001; za: Kowalczyk, Styla i Skrzypulec, 2006) wynika, że występowanie depresji i jej nasilenie jest 2-krotnie częstsze w porównaniu z grupą kontrolną.

Kobiety borykające się z problemem niepłodności podejmują działania w celu poradzenia sobie z ich niezwykle trudną sytuacją. Często te strategie nie są wystarczające i dlatego dochodzi do rozwinięcia się depresji. Jak wcześniej opisano, kobiety z utrudnioną prokreacją stosują szeroki wachlarz strategii radzenia sobie, takie jak: społeczne wycofanie, zaprzeczanie, obwinianie się, ukrywanie problemu, pozytywne przeformułowanie, kompensacja, inwestowanie w siebie, poszukiwanie wsparcia społecznego, planowanie, radzenie sobie przez praktyki religijne i nadzieja (m.in. Benyamini i wsp., 2008; Lykeridou i wsp., 2011).

Istotną rolę w radzeniu sobie z utrudnioną prokreacją, a tym samym zmniejszające ryzyko rozwoju depresji, ma wsparcie społeczne. Wyjaśnienie tego mechanizmu opiera się na tzw. „buforowej teorii wsparcia”, która głosi, że wsparcie społeczne osłabia związek między negatywnymi wydarzeniami życiowymi i ryzykiem rozwoju depresji (Cohen i Wills, 1985; Wheaton, 1985). Ten interakcyjny model stanowi, że w obliczu trudnych sytuacji życiowych, u jednostek z wyższym poziomem wsparcia rodziny, występuje mniejsze niebezpieczeństwo rozwoju depresji, niż u jednostek z niższym poziomem. Taką zależność potwierdzają np. badania Robakowskiej (2014), które wykazały, że ogromną pomocą dla kobiet z depresją jest wsparcie i dobre relacje z bliskimi. Odpowiadają one na potrzeby pacjentek związanych z oczekiwaniem akceptacji, troski i opieki ze strony rodziny.

Zachodzi pytanie, czy kobiety borykające się z niepłodnością mają wystarczające poczucie wsparcia u bliskich. Warawan i Wycisk (2013) badały subiektywną ocenę jakości związku u kobiet z niepłodnością. Okazało się, że kobiety z utrudnioną prokreacją charakteryzowały się wyższymi wynikami niż kobiety płodne w ocenie trwałości i jakości relacji, poziomu intymności i empatii w relacji małżeńskiej, sposobach rozwiązywania sytuacji konfliktowych i komunikacji w związku. Jednakże kobiety z grupy kontrolnej wyżej oceniały satysfakcję seksualną niż kobiety z niepłodnością. Dodatkowo autorki zaobserwowały dodatni związek między czasem starań o potomstwo, a jakością i trwałością związku oraz czasem leczenia, a empatią i trwałością związku. Opisane badania wskazują, że kobiety borykające się z niepłodnością prawdopodobnie mają odpowiednie poczucie

wsparcia w swojej sieci społecznej. Okazuje się jednak, że styl radzenia sobie ze stresem moderuje ocenę jakości relacji ze współmałżonkiem. Warawan i Wycisk (2013) stwierdziły u kobiet z niepłodnością ujemną korelację stylu opartego na emocjach, a oceną trwałości i jakości małżeństwa, umiejętnością rozwiązywania konfliktów, intymnością i empatią. Do podobnych wniosków skłaniają badania Schmidt, Holstein, Christensen, Boivin (2005), które zostały przeprowadzone na grupie 812 osób (kobiet i mężczyzn), u których leczenie niepłodności nie przyniosło spodziewanego rezultatu. Sprawdzano, czy style radzenia sobie ze stresem i strategię komunikacyjną są predyktorami stresu wynikającego z problemów z płodnością. Zarówno dla kobiet jak i dla mężczyzn, problemy w komunikacji z partnerem okazały się być predyktorami silnie odczuwanego stresu związanego z niepłodnością.

Kraaij, Garnefski, Vlietstra (2008) odkryli, że w radzeniu sobie z niepłodnością leczące się pacjentki stosowały katastrofizowanie oraz ruminację, polegającą na częstym powracaniu do myślenia o problemie i niejako oglądaniu go z wielu perspektyw. Zgodnie z teorią depresji Becka (1987), jednymi z najbardziej depresjogennymi stylami reagowania na stres jest katastrofizowanie oraz ruminacja. Tak więc, kobiety z utrudnioną prokreacją, stosujące wymienione powyżej strategie, są bardziej narażone na zaburzenia depresyjne, niż pacjentki stosujące inne sposoby radzenia sobie ze stresem.

Część kobiet, leczących się z powodu niepłodności, podejmuje strategie, które mogą chronić je przed rozwojem zaburzeń depresyjnych. Liczne badania jednoznacznie wskazują na dobroczynny wpływ na dobrostan psychiczny tych kobiet, próby przeformułowania problemu, tj. reinterpretacja trudności pod kątem znalezienia dobrej strony w przeżywanych trudnościach (Benyamini i in. 2008; Jordan i Revenson 1999; Kraaij, Garnefski i Vlietstra 2008). Choć może to się wydawać zaskakujące, nawet poszukiwanie dobrych stron w „chwilowym niebyciu matką” wiąże się z niższymi wskaźnikami depresji (Loftus i Andriot 2012). Na przykład, wykorzystywanie okresu „oczekiwania” na zdrowie prokreacyjne - pod kątem rozwoju osobistego (nauka nowych umiejętności, zdobywanie nowego zawodu itp.) lub sprawianie sobie przyjemności - wydawanie na siebie większych kwot, chodzenie do fryzjera, kosmetyczki, ćwiczenia fizyczne było związane z niższą depresyjnością u leczących się na bezpłodność kobiet (Lykeridou i in. 2011).

Z przywołanych badań wynika, że skupianie się na problemie, współpraca z lekarzami, czy monitorowanie swojego stanu zdrowia nie ma tak korzystnego wpływu na odczuwane przez kobiety emocje. Można spekulować, czy „niskodepresyjnym” kobietom towarzyszy optymizm i mniej lub bardziej jasno wyrażane przekonanie, iż zostaną matkami, czy też w tym wypadku strategie aktywnego unikania problemu są skutecznym sposobem na regulację silnych niekorzystnych emocji. Nie bez znaczenia jest też odczuwane przez kobiety

subiektywne poczucie kontrolowalności sytuacji, które może wynikać ze specyficznego stylu radzenia sobie z trudnościami (Benyamini, Gozlan i Kokia, 2009).

Interesujące badania przeprowadzili Aisenberg i in. (2012). W badaniu kobiet z wyjaśnioną i niewyjaśnioną przyczyną bezpłodności mierzono depresję oraz strategie radzenia sobie, niepokój, kortyzol we krwi oraz ewentualną obecność psychopatologii (kwestionariusz MMPI). Z uzyskanych danych wynika, że kobiety z niewyjaśnioną przyczyną bezpłodności w porównaniu z kobietami, u których stwierdzono przyczynę miały wyższy poziom emocjonalności (reagowania emocjonalnego, pobudzenia, spektrum emocji), miały one także istotnie mniej wsparcia emocjonalnego. Co dość zaskakujące, zmagając się z niepewnością co do przyczyn swoich trudności, nie miały istotnie wyższego poziomu depresji, w porównaniu z grupą kobiet, u których znaleziono biologiczną przyczynę bezpłodności. Wynik jest o tyle zaskakujący, że zwykle w przypadkach niewyjaśnienia trudności z zajściem w ciążę przyczyn upatruje się w psychicznej kondycji kobiety (a więc niejako się ją obwinia). Z drugiej strony poziom symptomów depresji mógł wynikać z nadziei (przeświadczenia, że uda się wyjaśnić ich „kondycję”).

Niewiele jest jeszcze badań, poświęconych poszukiwaniu związku między depresją i strategiami radzenia sobie ze stresem u kobiet z utrudnioną prokreacją. Z dotychczas przeprowadzonych badań wynika, że związki te mogą być nietypowe, swoiste dla kobiet z utrudnioną prokreacją. Część kobiet stosuje strategie depresjorodne, takie jak, społeczne wycofanie oraz katastrofizowanie i ruminacje. Niektóre kobiety podejmują strategie, które mogą chronić je przed rozwojem zaburzeń depresyjnych, takie jak pozytywne przeformułowanie oraz strategie aktywnego unikania problemu.

1.3. Płeć psychologiczna a radzenie sobie ze stresem i depresja u kobiet z niepłodnością

Interakcyjny związek między płcią psychologiczną i poziomem stresu oraz depresją u kobiet z utrudnioną prokreacją nie jest jeszcze dostatecznie poznany. Przegląd badań i hipotez, dotyczący związków pomiędzy płcią, stresem i depresją, odnoszących się do populacji ogólnej, wskazuje, że istotną rolę w tym związku odgrywają czynniki psychologiczne i społeczno-kulturowe, głównie powiązane z rolami płciowymi. Zdrowie psychiczne podlega wpływowi społeczno-kulturowego konstruktu zarówno męskości, jak i kobiecości, poprzez przypisane płciowo role społeczne, stereotypy płci, normy, oczekiwania i wartości społeczne w stosunku do kobiet i mężczyzn (Trzęsowska-Greszta i in., 2017).

Sandra L. Bem (1981) stworzyła Teorię schematów płciowych i w oparciu o podstawy empiryczne wyodrębniła - w zależności od układu różnych cech

psychicznych związanych z płcią - następujące typy płciowe: (1) osoby określone seksualnie, odpowiadające społecznym definicjom kobiecości i męskości; (2) osoby nieokreślone seksualnie, które w niewielkim zakresie prezentują cechy kobiece i męskie; (3) osoby krzyżowo określone seksualnie, prezentujące cechy psychiczne, charakterystyczne dla płci biologicznie przeciwnej oraz (4) osoby „androgyniczne”, które mają wysoki poziom zarówno cech kobiecych, jak i męskich (Bem, 1981; 2000). Według Sandry L. Bem (1981), kobiety mające obraz własnej osoby, zgodny ze społeczno-kulturowym ujęciem kobiecości, mają wyraźną tendencję do zachowań, które są spójne ze zdefiniowaną społecznie rolą kobiety. Gdy nie mogą podjąć zadań, które są ich rolą zgodne, będą odczuwały niepokój i napięcie.

Kobiety z niepłodnością cechuje niska akceptacja siebie w roli kobiety, czują się one niekompletne i okaleczone (Zingler-Shani i in., 1979; Whiteford, Gonzales, 1995, za: Bidzan, 2006). Można się więc spodziewać, że problemy prokreacyjne będą większym obciążeniem psychicznym dla kobiet, które silniej identyfikują się ze swoją rolą płciową. Z badań wynika, że kobiety z utrudnioną prokreacją traktowały swoją niepłodność jako zagrożenie dla poczucia własnej wartości i przyczynę niezadowolenia z siebie (Mahlstadt, 1985; Klimek, 1995; za: Bidzan, 2006). Kobiety mówią o odczuwaniu swojej niepełnej wartości, „uszkodzeniu”, które przyczynia się do odczuwania poczucia smutku, rozpaczy i pustki, co często prowadzi do depresji (Sina, Ter Meluen i dePaula, 2010). Bielawska-Batorowicz (1991) podkreśla, że niemożność posiadania dziecka silnie zagraża zadaniom, jakie wiążą się z biologiczno-społeczną rolą kobiety. Po usłyszeniu diagnozy, kiedy to uświadamiają sobie niemożność spełnienia fundamentalnego zadania człowieka – reprodukcji, upośledzona zostaje pozytywna ocena własnego ciała, następuje utrata samoakceptacji, co może prowadzić do depresji (Drosdzol i in., 2006). Janczur-Bidzan (1995) podaje, że kobiety z niepłodnością cechuje niska akceptacja siebie w roli seksualnej, mniejsze poczucie własnej wartości, jak również stan napięcia, niepokoju i tłumionej lęklivosti. Zwraca także uwagę, że w niektórych badaniach nie stwierdzono istotnych różnic między kobietami płodnymi i niepłodnymi w omawianym zakresie.

Związki między płcią psychologiczną i radzeniem sobie ze stresem zostały potwierdzone w badaniach osób z populacji ogólnej. Hirschy i Morris (2002) stwierdzili, że dla kobiet poczucie własnej skuteczności jest pozytywnie związane z poczuciem własnej wartości oraz męskim typem płci psychologicznej. Dodatkowo okazało się, że wysokie wyniki w „męskości” i poczuciu własnej wartości są związane z adaptacyjnymi formami sukcesu. Kimlicka, Cross i Tarnai (1983) przebadali 204 niezamężnych studentek pod względem płci psychologicznej, stosunku do własnego ciała i poczucia własnej wartości. Badacze wykryli, że płć androgyniczna i męska są do siebie podobne i związane z dobrą adaptacyjnością. Natomiast płć psychologiczna kobieca i nieokreślona są do siebie podobne

i związane ze słabą adaptacyjnością. Ponadto okazało się, że „androgyniczne” i „męskie” kobiety charakteryzowały się wyższym poziomem poczucia własnej wartości, zadowolenia ze swojego ciała niż kobiety „kobiece” i nieokreślone płciowo.

Badania potwierdzają także związek pomiędzy nasileniem depresji i płcią psychologiczną. Szpitalak i Prochwicz (2013) badały 13 mężczyzn i 47 kobiet z zaburzeniami afektywnymi. Doniesienia wstępne pokazały, że płć psychologiczna wykazuje związek z poziomem depresyjności. Osoby androgyniczne charakteryzują się znacznie mniejszym nasileniem objawów depresji niż osoby nieokreślone seksualnie. Osoby określone seksualnie mają bardziej nasilone objawy depresji niż osoby androgyniczne. Osoby nieokreślone seksualnie odznaczają się większym nasileniem depresji niż osoby określone seksualnie. Zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn największym nasileniem objawów depresyjnych charakteryzują się osoby o nieokreślonej seksualności. Okazało się również, że „męscy” mężczyźni mają mniej nasilone objawy depresji niż „kobiecy” kobiety. Najbardziej nasilone objawy depresji w grupie kobiet występują u pań nieokreślonych płciowo. U kobiet określonych płciowo stopień nasilenia depresji również jest wysoki. Natomiast niskim stopniem nasilenia objawów depresji charakteryzują się kobiety „androgyniczne” oraz „męskie”. Co ciekawe, „kobiecy” mężczyźni mają większe nasilenie depresji w porównaniu z mężczyznami określonymi płciowo i androgynicznymi.

Analiza badań nad zależnością między płcią psychologiczną, stresem i depresją potwierdza zakładany związek. Badania osób nieborykających się z problemem niepłodności wskazują na istnienie zależności pomiędzy płcią psychologiczną, stresem i depresją. Analiza badań na populacji ogólnej oraz Teoria schematów płciowych daje podstawę, aby zakładać, że kobiety „kobiecy” mają wyższy poziom stresu i depresji z powodu własnej niepłodności, niż kobiety nieokreślone płciowo lub „androgyniczne”, z powodu niewypełnienia swojej roli płciowej.

2. Badania własne

2.1. Hipotezy

Na podstawie przeglądu literatury z zakresu obszaru podjętych badań, postawiono następujące hipotezy:

Hipoteza 1. Poziom depresji u kobiet z utrudnioną prokreacją zależy od płci psychologicznej. Poziom depresji u kobiet z utrudnioną prokreacją zależy od płci psychologicznej w taki sposób, że kobiety „kobiecy” ujawniają wyższy poziom depresji niż kobiety „androgyniczne”.

Hipoteza 2. Skłonność do preferowania określonego stylu radzenia sobie ze stresem u kobiet zmagających się z utrudnioną prokreacją zależy od płci

psychologicznej. Kobiety „kobiece” preferują styl skoncentrowany na emocjach oraz styl unikowy, natomiast kobiety „androgyniczne” preferują styl skoncentrowany na zadaniu.

Hipoteza 3. Poziom depresji u kobiet borykających się z problemem prokreacji zależy od stylu radzenia sobie ze stresem. Kobiety ujawniające wyższy poziom depresji preferują styl skoncentrowany na emocjach oraz styl unikowy w formie angażowania się w czynności zastępcze, natomiast te, które charakteryzuje niższy poziom depresji radzą sobie ze stresem stosując styl skoncentrowany na zadaniu oraz styl unikowy w formie poszukiwania kontaktów towarzyskich.

2.2. Osoby badane

Przebadano 65 kobiet, z utrudnioną prokreacją. Uczestniczki badania były w wieku od 25 do 30 lat. ($M=27,21$; $SD =1,47$). Czas starań o potomstwo każdej z badanych kobiet wynosił od 6 do 24 miesięcy ($M=16,46$; $SD=4,83$). Osoby badane zostały wylosowane z uczestników aktywnie biorących udział w dyskusjach na forum internetowym, dla kobiet bezskutecznie starających się o dziecko. Kobiety były zapraszane na spotkanie w celu wypełnienia kwestionariuszy, poprzez kontakt telefoniczny. Tylko kilka kobiet podczas rozmowy telefonicznej, odmówiło wzięcia udziału w badaniach. Wszystkie kobiety, z którymi się spotkano, zgodziły się wypełnić kwestionariusze.

2.2. Narzędzia badawcze

W badaniu zastosowano następujące narzędzia badawcze: Skalę Depresji Becka, Inwentarz do oceny Płci Psychologicznej oraz Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych.

Inwentarz Depresji Becka (BDI) określa liczbę i stopień nasilenia symptomów depresji i został opracowany przez Aarona Becka (1961, 1988). Polskiej standaryzacji dokonali Parnowski i Jernajczyk (1977). Skala BDI składa się z 21. W ocenie stopnia nasilenia objawów depresji za pomocą Skali Depresji Becka przyjmuje się następującą punktację: powyżej 25 punktów – depresja o głębokim nasileniu, między 20 a 25 punktów – średni poziom depresji, między 10 a 19 punktów – depresja o łagodnym nasileniu, do 9 punktów - brak depresji (Parnowski i Jernajczyk, 1977).

Inwentarz do oceny Płci Psychologicznej jest skalą opracowaną przez Alicję Kuczyńską (1992a, 1992b), opartą na teorii schematów płciowych (*Gender Schema Theory*) Sandry Lipsitz Bem (1981, 2000). IPP składa się z 35 pozycji, wśród których 15 opisuje cechy stereotypowo przypisywane kobietom (skala Kobiecości), 15 – stereotypowo przypisywane mężczyznom (skal Męskości) oraz z 5 cech neutralnych pod względem stereotypu płci. Odpowiedni stosunek wyników uzyskanych w skali

kobiecości do wyników uzyskanych w skali męskości w połączeniu z płcią biologiczną pozwala na zakwalifikowanie osoby badanej do jednej z czterech kategorii, reprezentujących cztery różne typy płci psychologicznej: (1) osoby określone seksualnie („kobiecy” kobiety i mężczyźni) charakteryzują się cechami psychicznymi, odpowiadającymi ich płci biologicznej, (2) osoby krzyżowo określone seksualnie („kobiecy” mężczyźni i „męskie” kobiety) - charakteryzują się cechami, odpowiadającymi przeciwnej płci niż ich płeć biologiczna, (3) osoby „androgyniczne” - charakteryzują się w dużym stopniu zarówno cechami kobiecymi, jak i męskimi, niezależnie od swej płci biologicznej, (4) osoby nieokreślone seksualnie - charakteryzują się niewielkim ukształtowaniem cech kobiecych i męskich (Kuczyńska, 1992a).

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS, *Coping Inventory for Stressful Situations*) został stworzony przez N.S. Endlera i J.D.A. Parkera, a polskiej adaptacji dokonali J. Strelau, A. Jaworowska, K. Wrześniewski i P. Szczepaniak (2005). CISS składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań ludzkich, w sytuacjach stresowych. Wyniki CISS ujmowane są na trzech skalach: Styl Skoncentrowany na Zadaniu (SSZ); Styl Skoncentrowany na Emocjach (SSE); Styl Skoncentrowany na Unikaniu (SSU). Styl SSU przyjmuje dwie formy: Angażowanie się w Czynności Zastępcze (ACZ) i Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich (PKT). Osoby wykazujące styl radzenia sobie ze stresem oparty na zadaniu, mają tendencję do podejmowania wysiłków, które prowadzą do rozwiązania problemu przez poznawcze przekształcenie lub próby zmiany sytuacji. Główny nacisk kładą na zadanie lub planowanie rozwiązania problemu. Osoby, które charakteryzuje styl skoncentrowany na emocjach, w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentracji na sobie, własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy i napięcie. Mają one skłonności do myślenia życzeniowego oraz fantazjowania. Działanie takie ma na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego, związanego z sytuacją stresową. Styl radzenia sobie ze stresem, skoncentrowany na unikaniu, powoduje u osób, które charakteryzuje, wystrzeganie się myślenia, przeżywania oraz doświadczania tej sytuacji.

3. Uzyskane wyniki

3.1. Statystyki opisowe i rozkład uzyskanych wyników

Przed przystąpieniem do właściwych analiz statystycznych analizie poddano liczbowe charakterystyki rozkładu wartości badanych zmiennych oraz ich zgodność z rozkładem normalnym. Pozwoliło to na wybór testów parametrycznych w dalszej analizie statystycznej, a także na zakwalifikowanie badanych kobiet do jednego z czterech typów płci psychologicznej.

Dane na temat rozkładu wyników w Inwentarzu Depresji Becka BDI zaprezentowano w tabeli 1. W grupie badanych kobiet średni poziom depresji wynosi $M=12,3$, mediana zaś równa jest $Me=9,00$, a to oznacza, że w Inwentarzu Depresji Becka BDI 50% badanych kobiet uzyskało wynik równy 10 i więcej punktów, co według przybliżonych norm jest podstawą do rozpoznania depresji. Współczynnik W testu Shapiro-Wilka jest istotny statystycznie, co należy interpretować jako odchylenie rozkładu badanej zmiennej od normalności, jednak wartości skośności ($0,811$) oraz kurtozy ($-0,089$) mieszczą się w przedziale od $-1,00$ do $1,00$, co świadczy o tym, iż odchylenia te nie są znaczące. Wynik ten upoważnia więc do zastosowania statystyk parametrycznych w dalszych analizach.

Tabela 1. Statystyki opisowe i współczynniki testu Shapiro-Wilka dla wyników uzyskiwanych przez kobiety z utrudnioną prokreacją ($N=65$) w Inwentarzu Depresji Becka BDI

	M	SD	Me	Skośność	Kurtoza	W	p
Poziom depresji	12,3	9,45	9,00	0,811	-0,089	0,159	0,001

Według hipotez badawczych, zarówno poziom depresyjności, jak i style radzenia sobie ze stresem zależą od płci psychologicznej. W związku z tym, korzystając z odpowiedniego wzoru (Kuczyńska, 1992a) przeliczono wyniki badanych kobiet w skali Kobiecości i Męskości Inwentarza do badania Płci Psychologicznej IPP, aby zakwalifikować je do jednego z czterech typów płci psychologicznej. Dane na ten temat przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Liczebność grup kobiet z utrudnioną prokreacją ($N=65$) zakwalifikowanych do czterech typów płci psychologicznej na podstawie wyników w skali Kobiecości i Męskości Inwentarza do badania Płci Psychologicznej IPP

	Kobiece	Męskie	Androgyniczne	Nieokreślone	Łącznie
Liczebność grupy	28	2	25	10	65

Jak widać w powyższym zestawieniu, najliczniejszą grupę stanowiły kobiety określone seksualnie czyli „kobiece” kobiety ($n=28$) oraz kobiety charakteryzujące się dużym nasileniem cech psychicznych zarówno męskich, jak i kobiecych czyli kobiety „androgyniczne” ($n=25$). Do grupy osób krzyżowo określonych seksualnie zakwalifikowały się dwie kobiety, a do grupy osób nieokreślonych seksualnie – dziesięć kobiet. Z uwagi na tak niskie liczebności dwóch ostatnich grup w dalszych analizach statystycznych brano pod uwagę jedynie wyniki kobiet określonych

seksualnie, które stanowiły 44% badanych osób oraz kobiet androgynicznych, które stanowiły 38% badanych osób.

Tabela 3. Statystyki opisowe i współczynniki testu Shapiro-Wilka dla wyników uzyskiwanych przez kobiety z utrudnioną prokreacją (N=65) w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS

	M	SD	Skośność	Kurtoza	W	p
SSZ	57,7	8,29	-0,258	-0,017	0,987	0,746
SSE	49,6	8,82	-0,307	0,547	0,998	0,772
SSU	43,8	7,41	0,423	-0,006	0,977	0,255
PKT	17,1	3,78	-0,128	-0,087	0,988	0,784
ACZ	18,4	4,77	0,306	-0,109	0,980	0,382

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze

W tabeli 3 zaprezentowano statystyki opisowe dla wyników uzyskanych w badaniu Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Jak widać współczynniki W testu Shapiro-Wilka okazały się nieistotne statystycznie, co świadczy o zgodności rozkładu wyników CISS z rozkładem normalnym i pozwala na stosowanie statystyk parametrycznych w dalszych analizach.

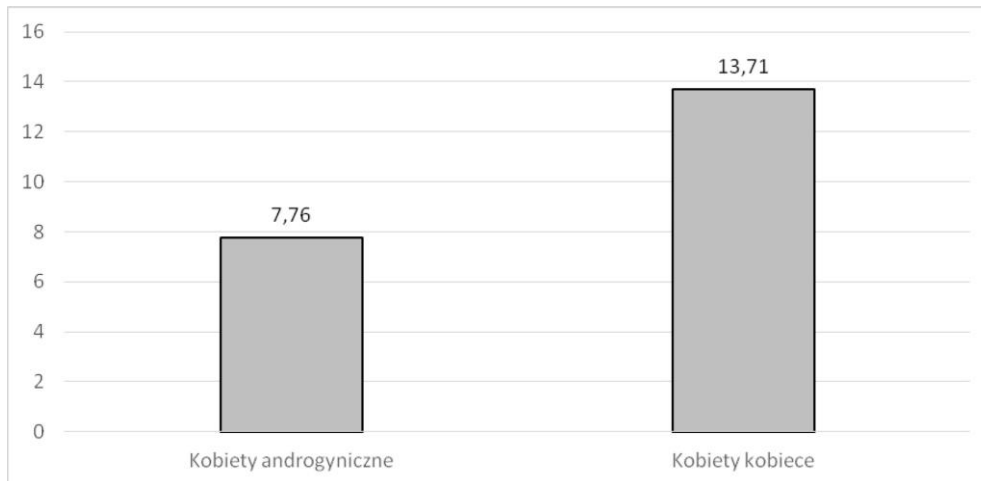
3.2. Płeć psychologiczna a poziom depresji u kobiet, zmagających się z utrudnioną prokreacją

Według pierwszej hipotezy poziom depresji u kobiet z utrudnioną prokreacją zależy od płci psychologicznej. Oczekiwano więc, że „kobiece” kobiety, tj. kobiety określone seksualnie, których płeć psychologiczna odpowiada płci biologicznej ujawniają wyższy poziom depresji niż kobiety „androgyniczne”, tj. kobiety, które charakteryzują się wysokim nasileniem cech psychicznych, przypisywanych stereotypowo zarówno kobietom, jak i mężczyznom.

Tabela 4. Średnie, odchylenia standardowe i współczynniki istotności różnic między kobietami androgynicznymi (N=25) a kobietami kobiecymi (N=28) w Inwentarzu Depresji Becka BDI

	Płeć psychologiczna			Test Levene'a		t(47,6)	p	d Cohena
		M	SD	F	p			
Poziom depresji	Androgyniczna	7,76	6,06	5,44	0,024	-2,86	0,006	-0,777
	Kobieca	13,71	8,99					

W celu weryfikacji tej hipotezy zastosowano test istotności różnic t-Studenta, za pomocą którego porównano wyniki kobiet androgynicznych z wynikami kobiet kobiecych w Inwentarzu Depresji Becka BDI. Aby ustalić wielkość ewentualnych różnic posłużono się testem d Cohena. Dane na ten temat zostały przedstawione w tabeli 4 oraz zilustrowane graficznie na wykresie 1.



Wykres 1. Średnie wyniki kobiet androgynicznych (N=25) i kobiecych (N=28) w Inwentarzu Depresji Becka BDI

Jak widać „kobiece” kobiety uzyskują wyraźnie wyższe wyniki w Inwentarzu Depresji Becka niż kobiety „androgyniczne”. Różnica ta jest istotna statystycznie ($t(47,61)=2,855$; $p<0,01$), a wielkość efektu tej różnicy należy uznać za znaczący ($d=0,777$). Wyniki te pozwalają stwierdzić, że wśród kobiet zmagających się z problemem prokreacji „kobiece” kobiety charakteryzują się znacząco wyższym poziomem depresji niż kobiety „androgyniczne”.

3.3. Płeć psychologiczna a style radzenia sobie ze stresem

Zgodnie z oczekiwaniami sformułowanymi w hipotezie drugiej, wybór stylu radzenia sobie ze stresem u kobiet zmagających się z utrudnioną prokreacją zależy od płci psychologicznej. Przewidywania te weryfikowano, korzystając z testu istotności różnic t-Studenta, porównując wyniki uzyskiwane przez kobiety „kobiece” i kobiety androgynicznych w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS.

Wyniki tych analiz zestawiono w tabeli 5, a średnie wyniki obu grup badanych kobiet zilustrowano graficznie na wykresie 2.

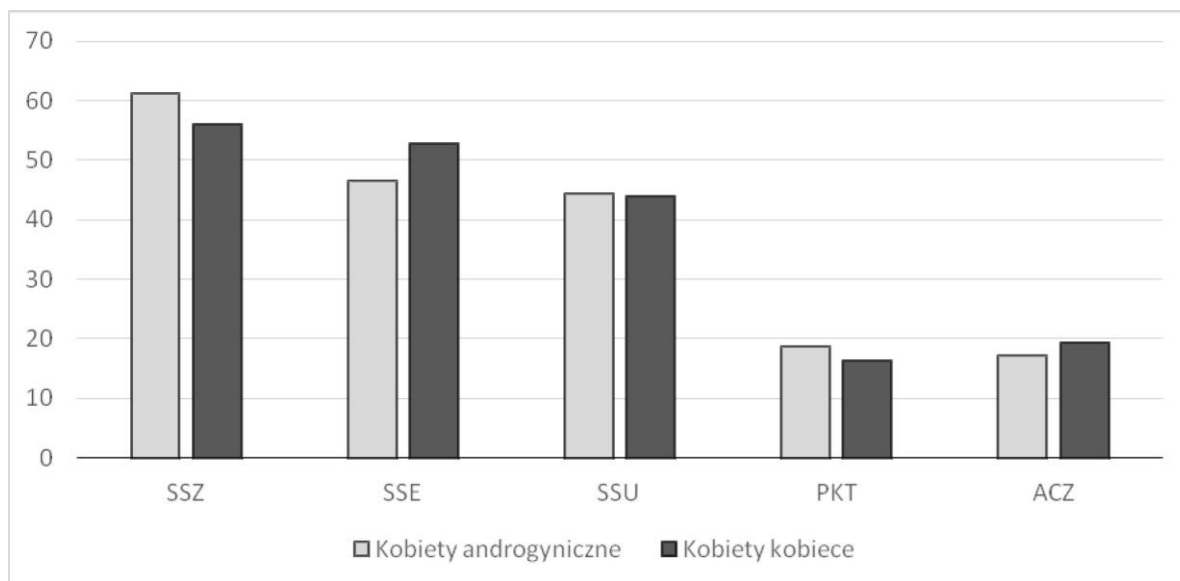
Tabela 5. Średnie, odchylenia standardowe i współczynniki istotności różnic między kobietami androgynicznymi (N=25) a kobietami kobiecymi (N=28) w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS

Styl radzenia sobie ze stresem	Płeć psychologiczna			Test Levene'a				d Cohena
		M	SD	F	p	t(51)	p	
SSZ	Androgyniczna	61,2	7,20	0,015	0,900	2,44	0,018	0,674
	Kobieca	56,0	8,08					
SSE	Androgyniczna	46,6	7,48	0,001	0,975	-2,91	0,005	0,802
	Kobieca	52,8	7,95					
SSU	Androgyniczna	44,4	7,62	0,656	0,422	0,293	0,770	0,080
	Kobieca	43,9	6,85					
PKT	Androgyniczna	18,6	3,38	0,376	0,543	2,41	0,020	0,662
	Kobieca	16,3	3,71					
ACZ	Androgyniczna	17,2	4,42	0,001	0,975	-1,71	0,093	0,471
	Kobieca	19,4	4,56					

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze

Jak widać kobiety „kobiece” uzyskują istotnie wyższe wyniki w skali SSE, która mierzy styl radzenia sobie poprzez koncentrację na emocjach ($t(51)=-2,91$; $p<0,01$), natomiast kobiety „androgyniczne” uzyskują istotnie wyższe wyniki w skali SSZ, która mierzy styl skoncentrowany na zadaniu ($t(51)=2,44$; $p<0,05$) oraz w skali PKT, w której wyraża się styl skoncentrowany na unikaniu myślenia o problemie poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich ($t(51)=2,41$; $p<0,05$).

Wartości efektów tych różnic d Cohena w każdym przypadku przekraczają 0,50 a więc należy je uznać za duże.



Wykres 2. Średnie wyniki kobiet androgynicznych (n=25) i kobiecych (n=28) w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS

3.4. Style radzenia sobie ze stresem a poziom depresji

Kolejnym celem badań było ustalenie związków między poziomem depresji a stylem radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Według hipotezy 3 oczekiwano, że kobiety, ujawniające wyższy poziom depresji preferują styl skoncentrowany na emocjach oraz styl unikowy w formie angażowania się w czynności zastępcze, natomiast te, które charakteryzuje niższy poziom depresji radzą sobie ze stresem stosując styl skoncentrowany na zadaniu oraz styl unikania polegający na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich.

Tabela 6. Współczynniki korelacji r-Pearsona między wynikami w Inwentarzu Depresji Becka BDI a wynikami w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS u kobiet z utrudnioną prokreacją (N=65)

	SSZ	SSE	SSU	PKT	ACZ
Poziom depresji	-0,290**	0,549**	0,099	-0,280*	0,355**

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

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze

Zaprezentowane w tabeli 6 współczynniki korelacji świadczą o występowaniu szeregu istotnych statystycznie związków między wynikami w Inwentarzu Depresji Becka BDI a wynikami w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Poziom depresji koreluje ujemnie z wynikami w skali SSZ, przeznaczonej do pomiaru stylu radzenia sobie poprzez koncentrowanie się na zadaniu ($r=-0,290$; $p<0,01$) i z wynikami w skali PKT, która mierzy styl radzenia sobie poprzez unikanie konfrontacji z problemem, wyrażający się poszukiwaniem kontaktów towarzyskich ($r=-0,280$; $p<0,05$). Jednocześnie poziom depresji koreluje dodatnio z wynikami w skali SSE, przeznaczonej do pomiaru stylu radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach ($r=0,549$; $p<0,01$) i ze skalą ACZ, która mierzy styl radzenia sobie skoncentrowany na unikaniu konfrontowania się z problemem poprzez angażowanie się w czynności zastępcze ($r=0,355$; $p<0,01$).

W ostatnim etapie analizy statystycznej podjęto działania zmierzające do ustalenia wkładu poszczególnych stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych w zmienność poziomu depresji kobiet z utrudnioną prokreacją. Zastosowano w tym celu krokową analizę regresji wielokrotnej. Dane na ten temat przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Wagi beta i współczynniki skorygowanej korelacji wielokrotnej R^2 w równaniu krokowej regresji wielokrotnej stylów radzenia sobie ze stresem wyjaśniających poziom depresyjności u kobiet z utrudnioną prokreacją ($N=65$)

	Poziom depresji	R^2
SSZ - Styl skoncentrowany na zadaniu	-0,024	0,341
SSE - Styl skoncentrowany na emocjach	0,533	
SSU - Styl skoncentrowany na unikaniu	0,180	
PKT - Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	-0,246	
ACZ - Angażowanie się w czynności zastępcze	0,126	

Do równania krokowej analizy regresji dla poziomu depresji względem 5 stylów radzenia sobie ze stresem wszedł: styl radzenia sobie poprzez skoncentrowanie na emocjach (SSE) z dodatnim wkładem ($\beta=0,533$; $p<0,001$) oraz styl unikowy, wyrażający się w poszukiwaniu kontaktów towarzyskich (PKT) z wkładem ujemnym ($\beta = -0,246$; $p<0,001$). Model był istotny statystycznie $F_{(2,62)}=17,6$; $p<0,001$, a współczynnik poprawionej korelacji wielokrotnej R^2 wynosił 0,341, co wyjaśnia 34% wariancji poziomu depresji.

4. Dyskusja wyników

Przeprowadzone badania pokazały, że u kobiet z utrudnioną prokreacją występuje znaczne nasilenie zaburzeń depresyjnych. 50% badanych kobiet uzyskało w Inwentarzu Depresji Becka BDI wynik równy 10 i więcej punktów, co według przybliżonych norm jest podstawą do stwierdzenia zaburzeń depresyjnych. Średni poziom objawów depresyjnych u badanych kobiet (12,3 punktów w skali BDI) spełnia kryteria depresji o łagodnym nasileniu. Dla porównania, w populacji ogólnej odsetek zaburzeń depresyjnych u kobiet wynosi w badaniach polskich od 15% do 20% (m.in. Drózdź i in., 2007, Talarowska i in., 2009); w badaniach zachodnich - od 20 do 25% (m.in. Elavsky i Gold, 2008; Eaton i in., 2012). Tak więc, wyniki badań własnych są zgodne z dotychczasowymi badaniami, które wskazują, że poziom depresji u kobiet z utrudnioną prokreacją jest wyższy niż u kobiet bez tych trudności (p. 1.2).

Analiza statystyczna wyników badań potwierdziła hipotezę pierwszą: poziom depresji u kobiet z niepłodnością zależy od płci psychologicznej. Kobiety określone seksualnie, (kobiety „kobiece”), ujawniają istotnie wyższy poziom depresji niż kobiety „androgyniczne”, tj. kobiety, które charakteryzują się cechami psychicznymi, przypisywanymi stereotypowo, zarówno kobietom, jak i mężczyznom. Wyniki te są zbieżne z wynikami innych badań, dotyczących osób nie borykających się z problemem bezpłodności. Na przykład Szpitalak i Prochwicz (2013) stwierdziły u osób z zaburzeniami afektywnymi, że jednostki określone seksualnie mają bardziej nasilone objawy depresji niż osoby „androgyniczne”. A zatem, w przypadku kobiet z utrudnioną prokreacją związki między płcią psychologiczną i depresją są podobne, jak u osób z innymi problemami psychicznymi.

Zgodnie z oczekiwaniami sformułowanymi w hipotezie drugiej, wybór stylu radzenia sobie ze stresem u kobiet zmagających się z utrudnioną prokreacją zależy od płci psychologicznej. Kobiety „kobiece” preferują styl radzenia sobie poprzez koncentrację na emocjach, natomiast kobiety „androgyniczne” w znacznym stopniu preferują styl skoncentrowany na zadaniu oraz styl skoncentrowany na unikaniu myślenia o problemie, poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Podobne zależności uzyskano w badaniach osób z populacji ogólnej. Badania Terelaka i Kluczyńskiej (2007) pokazały, że kobiety „androgyniczne” częściej stosują styl skoncentrowany na zadaniu i rzadziej - styl emocjonalny, w porównaniu z kobietami „kobięcymi”. Ponadto kobiety „androgyniczne”, w sytuacji stresowej, częściej stosowały unikający styl radzenia sobie, w formie poszukiwania kontaktów towarzyskich, w porównaniu z kobietami „kobięcymi”. Inne źródła także potwierdzają (pośrednio) otrzymane zależności (dotyczące kobiet z trudnościami prokreacyjnymi). Bem (1981) na podstawie badań wnioskuje, że kobiety o typie

androgynicznym są bardziej skuteczne w działaniu (w tym, radzeniu sobie z trudnościami), niż kobiety „kobiece”. W badaniach, przeprowadzonych przez Kimlicka, Cross i Tarnai (1983) wykazano, że płęć „androgyniczna” związana jest z dobrą adaptacyjnością, natomiast płęć psychologiczna „kobieca” związane ze słabą adaptacyjnością.

W toku analiz statystycznych ustalono związki między poziomem depresji a stylem radzenia sobie w sytuacjach stresowych u kobiet z utrudnioną prokreacją. W pełni została potwierdzona hipoteza trzecia: stwierdzono, że poziom depresji koreluje ujemnie ze stylem radzenia sobie poprzez koncentrowanie się na zadaniu oraz stylem unikowym, wyrażającym się poszukiwaniem kontaktów towarzyskich. Ponadto poziom depresji koreluje dodatnio ze stylem radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach i ze stylem radzenia sobie skoncentrowanym na unikaniu konfrontowania się z problemem poprzez angażowanie się w czynności zastępcze. Na tej podstawie można stwierdzić, że bardziej efektywne style radzenia sobie ze stresem idą w parze z niższym poziomem depresji, natomiast nieefektywne style radzenia sobie ze stresem wiążą się z wyższym poziomem depresji. A ponadto, styl unikowy w formie poszukiwania kontaktów towarzyskich, określany jako nieefektywny, w przypadku depresji – ma korzystny wpływ. Zjawisko to wyjaśnia, opisywana we Wprowadzeniu, „buforowa teoria wsparcia”. Nieco odmienne wyniki uzyskała Robakowska (2014), która sprawdzała sposoby radzenia sobie ze stresem u kobiet z chorobą afektywną jednobiegunową. Kobiety używały zróżnicowane sposoby radzenia sobie, w zależności od stopnia nasilenia depresji. Bierne sposoby radzenia sobie, takie jak fantazjowanie, obwinianie siebie, nieujawnianie uczuć, myślenie życzeniowe, samokontrola i pozytywne przewartościowanie, a także - szukanie wsparcia społecznego, są tym częściej wykorzystywane przez kobiety im nasilenie depresji jest większe. A zatem pozytywny wpływ szukania wsparcia nie został w tych badaniach potwierdzony. Prawdopodobnie ma to związek z tym, że osoby depresyjne (inaczej niż kobiety z niepłodnością) poszukują, ale nieskutecznie uzyskują wsparcie, ponieważ wykazują trudności interpersonalne (teoria interpersonalna depresji; Horowitz, i in. 1991).

Ustalono wkład poszczególnych stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych w zmienność poziomu depresji kobiet z niepłodnością. Zastosowano w tym celu krokową analizę regresji wielokrotnej. Uzyskano model wyjaśniający 34% wariacji poziomu depresji u kobiet z trudnościami prokreacyjnymi. Model ten pokazuje, że predykatorem wyższego poziomu depresji u kobiet z utrudnioną prokreacją jest styl radzenia sobie poprzez skoncentrowanie na emocjach, natomiast niższego poziomu depresji - styl unikowy, wyrażający się w poszukiwaniu kontaktów towarzyskich.

Przeprowadzone badania pozwalają na przyjęcie następującego modelu, przedstawiającego mechanizm rozwoju depresji u kobiet z trudnościami prokreacyjnymi:

1. Poziom depresji u kobiet z niepłodnością zależy od tego, jaki stosują styl radzenia sobie ze stresem. Predykatorem wyższego poziomu depresji u kobiet z utrudnioną prokreacją jest styl radzenia sobie poprzez skoncentrowanie na emocjach, natomiast niższego poziomu depresji - styl unikowy, wyrażający się w poszukiwaniu kontaktów towarzyskich.

2. Wybór stylu radzenia sobie ze stresem jest modyfikowany przez płć psychologiczną. Kobiety „kobiece”, preferujące styl radzenia sobie poprzez koncentrację na emocjach, są bardziej podatne na depresję, niż kobiety „androgyniczne”, preferujące styl skoncentrowany na unikaniu myślenia o problemie, poprzez poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

5. Implikacje praktyczne

Utrudniona prokreacja jest stresem chronicznym o wyjątkowej sile oddziaływania. Dotychczasowe prace skupiały się na badaniu poziomu stresu i sposobów radzenia sobie u kobiet z niepłodnością. Wyniki wielu badań pokazują, że depresyjność u kobiet borykających się z problemem niepłodności jest znaczna. Zaburzenia depresyjne są efektem nieskutecznego radzenia sobie z diagnozą i przewlekłą terapią niepłodności. Niezwykle ważne jest więc szukanie odpowiedzi na pytanie, które strategie radzenia sobie ze stresem u tych kobiet są skuteczne i chronią je przed rozwojem depresji.

Przedstawione wyniki badań są ważnym wkładem w zrozumienie mechanizmu rozwoju depresji u kobiet z niepłodnością, a tym samym mogą pomóc w projektowaniu terapii i profilaktyki tego zaburzenia u kobiet borykających się z utrudnioną prokreacją. Ponadto wyniki badań mogą mieć zastosowanie w profilaktyce trudności prokreacyjnych. Jak przedstawiono we wstępie pracy, część autorów podkreśla znaczenie czynników psychologicznych, które mogą przyczyniać się do utrudnionej prokreacji. Na uwagę zasługuje model cyrkularny, który zakłada wzajemną interakcję czynników psychologicznych i biologicznych. Stres i depresja może wpływać na poziom hormonów, odpowiedzialnych za rozrodczość. Z kolei trudności prokreacyjne powodują silny stres, obniżony nastrój, załamania psychiczne, które dodatkowo oddziałują na reakcje fizjologiczne w organizmie, potęgując problemy z płodnością.

Niewiele jest jeszcze badań nad uwarunkowaniem negatywnych stanów emocjonalnych, towarzyszących utrudnionej prokreacji. Z uwagi na wagę problemu, niezbędne są dalsze interdyscyplinarne badania w tym obszarze, z uwzględnieniem różnych czynników psychologicznych, jak i czynników biologicznych.

Bibliografia:

- Aisenberg Romano G., Ravid H., Zaig I., Schreiber S., Azem F., Shachar I. i Bloch M. (2012). The psychological profile and affective response of women diagnosed with unexplained infertility undergoing in vitro fertilization. *Archives of Women's Mental Health*, 15, 403-411.
- Banaszewska B., Basta A., i Czajkowski K. (2016). *Położnictwo i ginekologia*. Tom 1-2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Beck A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
- Beck A. T., Steer R. A. i Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck A. T., Ward C., Mendelsohn M., Mock J. i Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571.
- Bem S. L. (1981). Gender schema theory. A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354-364.
- Bem S. L. (2000). *Męskość-kobiecość. O różnicach wynikających z płci*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Benyamini Y., Gefen-Bardarian Y., Gozlan M., Tabiv G., Shiloh S. i Kokia E. (2008). Coping specificity: The case of women coping with infertility treatments. *Psychology and Health*, 23, 221-241.
- Benyamini Y., Gozlan M. i Kokia E. (2009). Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: A dyadic approach. *British Journal of Health Psychology*, 14, 1-16.
- Berghuis J. P. i Stanton A. L. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: a longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 433-438.
- Bidzan M. (2006). *Psychologiczne aspekty niepłodności*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Bielawska-Batorowicz E. (1991). Psychologiczne aspekty niepłodności. *Przegląd Psychologiczny*, 1, 103-120.
- Bielawska-Batorowicz E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice: Śląsk Wydawnictwo Naukowe.
- Chandra A., Copen C. E. i Stephen E. H. (2013). Infertility and impaired fecundity in the United States, 1982-2010: data from the National Survey of Family Growth. *National Health Statistics Reports*, 67, 1-19.
- Cohen S. i Wills T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

- Drosdzol A., Skrzypulec V., Buchacz P. i Bakon J. (2006). Psychologiczne i społeczno-kulturowe aspekty niepłodności. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 60, 438-443.
- Drózdź, W., Wojnar, M., Araszkiewicz, A., Nawacka-Pawlaczyk, D., Urbański, R., Ćwiklińska-Jurkowska, M., Rybakowski, J. (2007). Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. *Wiadomości Lekarskie*, 60, 109–113.
- Eaton N. R., Keyes K. M., Krueger R. F., Balsis S., Skodol A. E., Markon K. E., Grant B. F. Hasin D. S. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 282–288.
- Elavsky, S., Gold, C. (2008). Gender differences in the relationship between physical activity and depression. *Gerontologist*, 48, 174-174.
- Hirschy A. J. i Morris J. R. (2002). Individual differences in attributional style: The relational influence of self-efficacy, self-esteem, and sex role identity. *Personality and Individual Differences*, 32, 183-196.
- Horowitz, LM., Locke, KD., Morse, MB., Waikar, SV., Dryer, D.C, Tarnow, E., Ghannam, J. (1991). Self-Derogations and the Interpersonal Theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 68-79.
- Janczur-Bidzan M. (1995). Wpływ niepłodności na osobowość kobiet. *Psychiatria Polska*, 29, 471-478.
- Jordan C. i Revenson T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*, 22, 341-358.
- Kimlicka T., Cross H. i Tarnai J. (1983). A comparison of androgynous, feminine, masculine, and undifferentiated women on self-esteem, body satisfaction, and sexual satisfaction. *Psychology of Women Quarterly*, 7, 291-294.
- Kowalczyk R., Styła K. i Skrzypulec V. (2006). Poziom depresji u kobiet z zespołem policystycznych jajników (PCOS). *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 60, 401-404.
- Kraaij V., Garnefski N. i Vlietstra A. (2008). Cognitive coping and depressive symptoms in definitive infertility: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 29, 9-16.
- Kuczyńska A. (1992a). *Inwentarz do oceny płci psychologicznej: podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kuczyńska A. (1992b). Płeć psychologiczna. Podstawy teoretyczne, dane empiryczne oraz narzędzie pomiaru. *Przegląd Psychologiczny*, 35, 237-247.
- Lazarus R. S. i Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lee S. H., Wang S. C., Kuo C. P., Kuo P. C., Lee M. S. i Lee M. C. (2010). Grief responses and coping strategies among infertile women after failed in vitro fertilization treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 507-513.

- Loftus J. i Andriot A. L. (2012). That's what makes a woman'': infertility and coping with a failed life course transition. *Sociological Spectrum*, 32, 226-243.
- Lykeridou K., Gourounti K., Sarantaki A., Loutradis D., Vaslamatzis G. i Deltsidou A. (2011). Occupational social class, coping responses and infertility related stress of women undergoing infertility treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1971-1980.
- Mascarenhas M. N., Flaxman S. R., Boerma T., Vanderpoel S. i Stevens G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Med*, 9, e1001356.
- Parnowski T. i Jernajczyk W. (1977). Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatria Polska*, 11, 417-421.
- Peng T., Coates R., Merriman G., Zhao Y. i Maycock B. (2011). Testing the psychometric properties of Mandarin version of the fertility problem inventory (M-FPI) in an infertile Chinese sample. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 32, 173-181.
- Peterson B. D., Newton C. R., Rosen K. H. i Schulman R. S. (2006). Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations*, 55, 227-239.
- Radwan J. (red.). (2003). *Niepłodność i rozród wspomagany*. Poznań: Termedia.
- Robakowska E. (2014). Percepcja związku małżeńskiego i relacji rodzinnych oraz strategie radzenia sobie kobiet o zróżnicowanym stopniu nasilenia depresji. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica*, 18, 45-66.
- Rowe P. J., Comhaire F. H., Hargreave T. B. i Mahmoud A. M. (2000). *WHO manual for the standardized investigation and diagnosis of the infertile male*. Cambridge University Press.
- Schmidt L., Holstein B. E., Christensen U. i Boivin J. (2005). Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction*, 20, 3248-3256.
- Sina M., Ter Meulen R. i de Paula I. C. (2010). Human infertility: is medical treatment enough? A cross-sectional study of a sample of Italian couples. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 31, 158-167.
- Sokalska, A. (2003). Pawelczyk L. Ocena płodności kobiety. W: J. Radwan (red.). *Niepłodność i rozród wspomagany*. Poznań: Termedia, 27-33.
- Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K. i Szczepaniak P. (2005). *CISS - Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych*. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Szpitalak, M. i Prochwicz K. (2013). Płeć psychologiczna osób z depresją kliniczną. Doniesienia wstępne. *Psychiatria Polska*, 47, 53-64.
- Talarowska, M., Florkowski, A., Gałęcki, P., Wysokiński, A., Zboralski, K. (2009). Funkcje poznawcze w depresji. *Psychiatria Polska*, 1, 31-40.

- Terelak J.F., i Kluczyńska S. (2007). Płeć psychologiczna a style radzenia sobie ze stresem u kobiet – ofiar przemocy ze strony partnera. *Przegląd Psychologiczny*, 50, 45-64.
- Trzęsowska-Greszta, E., Kowalska-Dąbrowska, M. i Domanowska, G. (2017). Czy zaburzenie ma płeć? Różnice płciowe w zakresie rozpowszechnienia, obrazów klinicznych i genezy zaburzeń psychicznych. W: A. Łukasik (red.). *Kobiety i mężczyźni. Różnice i podobieństwa*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego (w druku).
- Warawan L. i Wycisk J. (2013). Satysfakcja małżeńska u kobiet nieplodnych z uwzględnieniem stylu radzenia sobie ze stresem. *Psychologia Jakości Życia*, 12, 75-89.
- Wheaton B. (1985). Models for the stress-buffering functions of coping resources. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 352-364.