

NATALIA LIPP  
MONIKA WASILEWSKA  
Instytut Psychologii Stosowanej  
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

---

## PSYCHOLOGICZNE UWARUNKOWANIA DEPRESJI POPORODOWEJ U KOBIET W KONTEKŚCIE ZASOBÓW OSOBISTYCH

### Streszczenie

Depresja poporodowa uważana jest za najczęściej występujące zaburzenie okresu okołoporodowego. Szacuje się, że 10–15% wszystkich rodzących może doświadczyć jej objawów. Wśród czynników ryzyka wskazywane są: zmienne demograficzne – wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, zmienne biologiczne – stężenie hormonów po porodzie, zmienne położnicze – przebieg ciąży, rodzaj i liczba odbytych porodów oraz uwarunkowania psychologiczne – trudności w relacji małżeńskiej, brak wsparcia społecznego oraz wcześniej przeżyta depresja. Rola stresu w powstawaniu depresji poporodowej rodzi pytanie o aktywność zaradczą podejmowaną przez jednostkę w obliczu stresora. Badania własne prowadzone były w kontekście interakcyjnych koncepcji traktujących stres jako relację pomiędzy zasobami a wymaganiami otoczenia.

Celem tej pracy było zidentyfikowanie czynników mogących chronić przed depresją poporodową oraz zweryfikowanie czynników ryzyka. Badanie zostało przeprowadzone z udziałem 175 kobiet w trzeciej dobie po porodzie z użyciem Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, Kwestionariusza Nadziei na Sukces, Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności oraz Skali Pomiaru Prężności.

**Słowa kluczowe:** depresja poporodowa, prężność psychiczna, nadzieja na sukces, poczucie własnej skuteczności, zasoby osobiste.

### Wprowadzenie

Depresja poporodowa – najczęściej występujące zaburzenie w okresie okołoporodowym – niesie zagrożenie nie tylko dla dobrostanu kobiety, lecz również dla tworzenia się więzi między matką a nowonarodzonym dzieckiem. Okres poporodowy jest krytyczny dla kształtowania się przywiązania, które w dużym stopniu determinuje rozwój emocjonalny dziecka oraz jakość jego przyszłych związków (Patel i in., 2012). Depresja poporodowa może również prowadzić do pogorszenia się relacji między rodzicami i obniżać satysfakcję z małżeństwa, przez co stanowi zagrożenie na drugim etapie cyklu życia rodziny nazywanym „narodzinami dziecka”.

W związku z wyżej wymienionymi zagrożeniami konieczne wydaje się zidentyfikowanie psychologicznych czynników mogących chronić i przeciwdziałać depresji poporodowej, tym bardziej, że farmakoterapia nie zawsze jest możliwą opcją po porodzie. Zdaje się, że przyczyny powstawania i czynniki podnoszące ryzyko wystąpienia depresji poporodowej są doskonale znane, lecz pomimo dużej liczby publikacji i badań tego tematu (np. Rezaie-Keikhaie i in., 2020) stosunkowo niewiele uwagi poświęcano do tej pory pozytywnym korelatom zdrowia, które mogłyby działać łagodząco i ochronnie w okresie okołoporodowym.

Na oddziałach położniczych najczęściej można zaobserwować *postpartum blues*, który dotyka aż 85% kobiet. Depresyjny nastrój rozwija się w ciągu pierwszych dwóch tygodni po porodzie, a jego kulminacja przypada na okres pomiędzy trzecim a siódmym dniem. Doświadczające *postpartum blues* kobiety cierpią z powodu bezsenności, niepokoju, bólów głowy, poczucia przytłoczenia. Mogą być rozdrażnione, nadwrażliwe i wybuchać płaczem (Susman, 1996). Objawy zanikają samoistnie do około trzeciego miesiąca, w związku z czym nie ma potrzeby włączać farmakoterapii. Pacjentkom wystarcza okazanie wsparcia i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa (Susman, 1996).

Z drugiej strony u 20% kobiet cierpiących na *postpartum blues* może rozwinąć się depresja poporodowa, którą należy traktować jako jego kontynuację (Wasilewska-Pordes, 2000). Choroba ujawnia się pomiędzy pierwszym a szóstym miesiącem po porodzie, w czasie krytycznym dla budowania więzi pomiędzy matką a dzieckiem. Susman (1996) zwraca uwagę, że u kobiet z depresją może wykształcić się negatywna postawa wobec noworodka. Co więcej, depresyjne matki rzadziej, w stosunku do grupy bez depresji, reagują na społeczne sygnały wysyłane przez dziecko. Badania wskazują również na długoterminowe skutki depresji poporodowej. Dzieci takich matek są bardziej impulsywne i przejawiają deficyty poznawcze (Susman, 1996).

Najrzadziej występująca, bo dotykająca 1–2 kobiety na 1000, jest psychoza poporodowa, której objawy różnią się znacząco od symptomów psychozy niezwiązanej z okresem okołoporodowym. Choroba rozpoczyna się gwałtownie po urodzeniu dziecka. Pacjentka może doświadczać zmiennych emocji, zmieszania, osłabienia funkcji poznawczych oraz halucynacji. Jej zachowania mogą być odbierane jako dziwaczne. Charakterystyczne dla psychozy poporodowej jest urojenie, nakazujące zamordować niemowlę w celu jego „uratowania” (ang. *the altruistic homicide delusion*). Powyższe objawy jasno świadczą o niezdolności kobiety do opieki nad dzieckiem. Matki te często są również hospitalizowane, co zaburza kształtowanie się więzi. Szczególnie narażone na psychozę poporodową są kobiety cierpiące na chorobę afektywną dwubiegunową (O’Hara, Wisner, 2014).

Depresja poporodowa, zaliczana ze względu na swoją specyfikę do grupy depresji atypowych, jest najczęściej rozpoznawanym zaburzeniem w okresie okołoporodowym. Badania prowadzone od lat 60. pozwoliły zidentyfikować konkretne czynniki ryzyka, które można zaklasyfikować jako zmienne: demogra-

ficzne, biologiczne, położnicze, ginekologiczne, społeczno-kulturowe i psychologiczne. Za najpoważniejszą przyczynę depresji poporodowej uważa się stres doświadczany w trakcie trwania ciąży, dlatego też zrozumienie procesów i zmian zachodzących w tym okresie jest kluczowe przy omawianiu poruszanej kwestii.

Rola, jaką odgrywa stres w czasie ciąży, była niejednokrotnie przedmiotem badań. Zespół Witta (2014) dokonał przeglądu badań związanych z wynikami położniczymi. Badacze zakwalifikowali publikacje wydane od 2000 roku, w których główną zmienną niezależną był stres mierzony przed i w czasie ciąży, a zmiennymi zależnymi wyniki położnicze takie jak: niska waga urodzeniowa, poród przedterminowy, noworodek za mały w stosunku do wieku płodowego (*small for gestational age*). W przeglądzie badacze zwracają uwagę na różne sposoby operacjonalizacji stresu – stres środowiskowy, obejmujący stresujące wydarzenia życiowe (*stressful life events*), codzienne problemy i katastrofy naturalne, stres psychologiczny, rozumiany jako subiektywnie postrzegany oraz stres biologiczny – czyli poziom kortyzolu. Przeważająca liczba publikacji dotyczy stresu środowiskowego. Wyniki wskazują na istnienie związku pomiędzy doświadczaniem stresu przed ciążą a wystąpieniem przedterminowego porodu i urodzeniem dziecka małego w stosunku do wieku płodowego. Zarówno stres psychologiczny, jak i środowiskowy może wpływać na niską wagę urodzeniową i przedterminowy poród (Witt i in., 2014).

Jak wskazano, stres doświadczany w okresie ciąży odgrywa niebagatelną rolę. Z drugiej strony należy jednak zwrócić uwagę, że reakcja stresowa jest wynikiem transakcji pomiędzy otoczeniem a jednostką (Lazarus, 1993). Dokładniej, Heszen-Niejodek (2000) wskazuje, że o skutkach stresu decydują nie tyle obiektywne właściwości stresora, co aktywność podejmowana w jego obliczu (*ang. coping*). Radzenie sobie definiowane jest jako dynamiczne podejmowanie wysiłku poznawczego i behawioralnego w celu sprostania zewnętrznym i wewnętrznym wymaganiom. Pełni rolę mediatora pomiędzy sytuacją stresową a jej wynikiem – nieudane radzenie sobie może skutkować depresją, symptomami psychologicznymi lub chorobą somatyczną (Folkman i in., 1986). By sprostać wymaganiom, jednostka może wykorzystać posiadane zasoby, dzięki którym odzyskuje balans i zapewnia sobie dobrostan. Poniżej przybliżono zasoby osobiste wskazywane we wcześniejszych pracach jako bezpośrednio związane z odpornością i dobrostanem.

**P r ę ż n o ś ć p s y c h i c z n a** (*resiliencje*), rozumiana również jako odporność psychiczna, jest wymieniana jako zasób istotnie związany z poczuciem dobrostanu i zdrowia, w szczególności zaś z radzeniem sobie w sytuacji stresującej. Można ją definiować jako: „grupę strategii życiowych, których celem jest doprowadzenie do sukcesywnego i produktywnego radzenia sobie z trudnymi lub stresującymi wydarzeniami” (Pawlicka i in., 2013, s. 141). Oznacza to, że prężność psychiczna związana jest ze zdolnością jednostki do samoregulacji oraz elastycznej adaptacji do zmieniającej się sytuacji. Pawlicka wraz z zespołem (2013) zwracają uwagę, że prężność jest również niezwykle ważna w okresie okołopo-

rodowym. Wyniki ich badań wskazują, że pełni ona rolę moderatora w budowaniu więzi z nowonarodzonym dzieckiem. Prężność jest ponadto związana z optymizmem i nadzieją.

Kolejnym zasobem, którego znaczenie ochronne zostało udowodnione, jest nadzieja. W ujęciu psychologicznym konstrukt ten może być pojmowany dwojako. Jedną z koncepcji nadziei wprowadził do psychologii Erikson. W jego ujęciu nadzieja rozumiana jest jako przeświadczenie na temat przychylności i sensowności otaczającego jednostkę świata. Eriksonowska nadzieja dotyczy odnajdywania sensu i ufności, że świat jest dobry. W literaturze często nazywana jest nadzieją podstawową (Łaguna i in., 2005). Sprawdzano także udział nadziei w zaburzeniach depresyjnych okresu okołoporodowego. Wyniki uzyskane przez Thio, Elliotta (2005) ujawniają istnienie negatywnych korelacji pomiędzy nadzieją a depresją poporodową oraz pomiędzy nadzieją a negatywną emocjonalnością. To znaczy, że nadzieja może działać ochronnie lub łagodząco w okresie okołoporodowych. W związku z tym, poszukiwano związków pośredniczących, w których negatywna emocjonalność pełniłaby rolę mediatora pomiędzy nadzieją a depresją poporodową. Jednakże dalsze analizy nie potwierdziły istnienia takiej mediacji. Możliwe, że ta relacja jest zapośredniczona przez jeszcze nieodkryte zmienne.

Zgodnie z teorią społeczno-poznawczą zachowanie jednostki jest wypadkową oczekiwań dotyczących sytuacji, wyników działania oraz własnej skuteczności (*self-efficacy*), którą należy rozumieć jako postrzegany obraz kompetencji, umożliwiających jednostce przeprowadzenie działania (Bandura, 1977), jest też ważnym zasobem w radzeniu sobie ze stresem (Schwarzer, 1997). Wpływ poczucia własnej skuteczności był badany w kontekście depresji poporodowej. Wyniki badań przeprowadzonych dwukrotnie – w czasie ciąży i trzy miesiące po porodzie – na grupie 55 kobiet wskazują, że poczucie własnej skuteczności pełni rolę mediatora w relacji: temperament dziecka a depresja poporodowa (Cutrona, Troutman, 1986). Dziecko przejawiające intensywne reakcje emocjonalne często płaczące i, trudne do uspokojenia, może przyczynić się do rozwoju depresji poporodowej u matki. Jednak zależność ta jest mediowana przez poczucie własnej skuteczności. To oznacza, że matki, które czują się kompetentne w swojej roli, nie są narażone na depresję poporodową.

W kontekście poczucia własnej skuteczności interesujące wydają się być badania prowadzone nad uczestnikami programu „Szkoła matek i ojców”. Augustyniuk i in. (2013) przebadali 400 kobiet, z których połowa uczestniczyła w programie zajęć edukacyjnych „Szkoła matek i ojców”. Treść prowadzonych zajęć dotyczyła zmian doświadczanych w pierwszych dniach po porodzie i tworzenia się więzi. Wyniki badań wskazują, że kobiety uczestniczące w programie przejawiają mniej symptomów *postpartum blues*. Być może badania te pokazują jedynie wycinek szerszego obrazu. Uczestnictwo w programie edukacyjnym może być przejawem wysokiego poziomu poczucia własnej skuteczności, który sprzyja podejmowaniu zachowań zdrowotnych.

## 1. Cel prowadzonych badań

Podstawowym celem prowadzonych badań było odkrycie psychologicznych uwarunkowań mogących chronić kobiety po porodzie przed depresją poporodową. Wybrane do badania konstrukty – prężność psychiczna, nadzieja na sukces oraz poczucie własnej skuteczności – mogą pełnić rolę zasobów odpornościowych zarówno w rozumieniu Hobfolla, jak i Antonovsky'ego. Prezentowane badania mieszczą się w nurcie psychologii pozytywnej, koncentrującej się na poszukiwaniu czynników związanych z dobrostanem jednostki.

Pytanie 1. Czy posiadane zasoby zabezpieczają przed depresją poporodową? Poniżej przedstawiono trzy przyjęte założenia.

H1. Rozwój depresji poporodowej zależy od poziomu prężności psychicznej.

Bardziej prężne kobiety doświadczają mniej objawów depresji poporodowej.

Prężność psychiczna jest uznanym silnym korelatem zdrowia. Badania wykazały jej dodatnie związki z dobrostanem jednostki i satysfakcją z życia oraz ujemne związki z zaburzeniami lękowymi, fobią społeczną i – co najistotniejsze z punktu widzenia tej pracy – z depresją (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008). W literaturze jest opisywana jako „tarcza ochronna” pomiędzy stresem a dobrostanem. Przyjmując, że depresja poporodowa jest wynikiem stresu doświadczonego podczas ciąży i porodu, można wysnuć hipotezę o zapobiegawczej roli prężności psychicznej, dzięki której dochodzi do adaptacji do nowych warunków oraz do skutecznego przezwyciężenia negatywnych emocji.

H2. Odczuwana nadzieja na sukces wpływa ujemnie na rozwój depresji poporodowej. Kobiety o wysokim poziomie nadziei na sukces doświadczają mniej objawów depresji.

W okresie okołoporodowym nadzieja odgrywa znaczącą rolę. Pokazuje to język potoczny, w którym ciężę często określa się związkiem frazeologicznym „być przy nadziei”. Również badania psychologiczne pokazują, jak ważna w tym okresie jest nadzieja. Zespół Rini (1999) wykazał, że jest jednym z zasobów, który podczas ciąży łagodzi odczuwany stres oraz jest mediatorem relacji stresu i wyników położniczych. Z kolei wyniki Thio, Elliota (2005) pokazują ujemny związek pomiędzy nadzieją a zaburzeniami depresyjnymi oraz negatywną emocjonalnością w okresie okołoporodowym. Na podstawie przytoczonych badań postanowiono postawić hipotezę kierunkową dotyczącą wpływu nadziei na rozwój depresji poporodowej.

H3. Rozwój depresji poporodowej zależy od poczucia własnej skuteczności. Kobiety oceniające wyżej własną skuteczność doświadczają mniej objawów depresji poporodowej.

Poczucie własnej skuteczności jest jednym z kluczowych konstruktów psychologii zdrowia. Badania potwierdzają, że istnieje związek pomiędzy niskim poczuciem własnej skuteczności a depresją, lękiem i bezradnością (Juczyński, 2000). Również wcześniejsze badania nad depresją poporodową wskazują na znaczenie tego konstruktu. Udowodniono, że jest on mediatorem relacji pomię-

dzy postrzeganym przez matkę temperamentem dziecka a powstaniem depresji poporodowej (Cutrona i Troutman, 1986). W związku z powyższym, postanowiono postawić hipotezę kierunkową dotyczącą poczucia własnej skuteczności, które pełni rolę zasobu chroniącego przed zachorowaniem.

## 2. Metoda

### 2.1. Uczestniczki

W badaniu wzięło udział 175 kobiet w wieku od 17 do 44 lat ( $M = 30,42$ ;  $SD = 4,91$ ). W badanej grupie znalazło się 144 kobiet zamężnych, 27 w związkach niesformalizowanych, dwie singielki, jedna rozwódka i jedna osoba badana, która określiła swój stan cywilny jako „inny”. Najwięcej osób ( $n = 110$ ) w badanej grupie posiadało wykształcenie wyższe. Wykształcenie średnie zadeklarowało z kolei 48 kobiet. Stosunkowo mało kobiet posiadało zasadnicze wykształcenie zawodowe ( $n = 10$ ). W badanej próbie najmniejszą grupę stanowiły kobiety z wykształceniem podstawowym ( $n = 7$ ).

Badanie prowadzone było w trzeciej dobie po porodzie. Dla większości kobiet w badanej próbie był to pierwszy poród w życiu (tzw. pierworódki  $n = 91$ ). Siedemdziesiąt pięć uczestniczek zadeklarowało, że rodzą po raz drugi lub trzeci, a dziewięć kobiet wskazało, że rodziły wcześniej więcej niż trzy razy ( $MAX = 7$ ). W grupie badanej najwięcej kobiet rodziło siłami natury ( $n = 80$ ). Drugą najliczniejszą grupę (30,3% wszystkich badanych) stanowiły kobiety, które rodziły poprzez zaplanowane cesarskie cięcie ( $n = 53$ ). Wśród badanych znalazło się również 29 kobiet, które zostały poddane temu zabiegowi z przyczyn nagłych oraz 13 kobiet, których poród był wspomagany.

### 2.2. Narzędzia

E d y n b u r s k a S k a l a D e p r e s j i P o p o r o d o w e j (EPDS) (Cox i in., 1987, polska adaptacja M. Bnińska) jest narzędziem samoopisowym, służącym do diagnozy i badania depresji poporodowej (Steiner, Yonkers, 1999). Skala składa się z 10 pozycji, które odnoszą się do specyficznych objawów depresji poporodowej, np. „Czułam się tak nieszczęśliwa, że miałam trudności ze snem”. Każdy z nich oceniany jest na czterostopniowej skali (od 0 – nie, nigdy do 3 – tak przez większość czasu), a ocenie podlega 8 ostatnich dni. Wypełnienie zajmuje osobie badanej około 5 minut. Wynik mieszczący się w przedziale od 0 do 30 informuje o nasileniu objawów depresyjnych, z wartością graniczną 12 punktów, która wskazuje na występowanie depresji.

K w e s t i o n a r i u s z N a d z i e i n a S u k c e s (KNS) (Snyder i in., 1996, polska adaptacja Łaguna i in., 2005) składa się z 12 twierdzeń, do których badany ma się ustosunkować, oceniając każde z nich na ośmiostopniowej

skali (od 1 – zdecydowanie nieprawdziwe do 8 – zdecydowanie prawdziwe). KNS umożliwia pomiar dwóch komponentów nadziei – silnej woli (ang. *agentic thoughts*) oraz umiejętności znajdowania rozwiązań (ang. *pathway thoughts*). Silna wola dotyczy przekonań jednostki, że „potrafi zainicjować dążenie do celu po wybranej drodze i wytrwać w nim, mimo napotkanych trudności” (Łaguna i in., 2005, s. 7). Podskala ta składa się z czterech twierdzeń, np. „Moje życiowe doświadczenie dobrze przygotowało mnie do wyzwań przyszłości”. Kolejne cztery pytania tworzą drugą podskale – umiejętność znajdowania rozwiązań – dotyczącą przekonań jednostki o własnych kompetencjach i zdolnościach do rozwiązywania problemów, np. „Potrafię rozważyć wiele możliwości dochodzenia do rzeczy, na których mi najbardziej zależy”. Narzędzie umożliwia również obliczenie wyniku ogólnego dla całej skali.

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) (Schwarzer, Jerusalem, 1995, polska adaptacja Juczyński, 2000) to narzędzie samoopisowe składające się z 10 twierdzeń ocenianych na czterostopniowej skali (od 1 – nie do 4 – tak). Pozycje GSES dotyczą przekonań jednostki o skuteczności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i skuteczności w pokonywaniu przeszkód, np. „Kiedy zmagam się z przeciwnościami, jestem w stanie zachować spokój, gdyż mogę polegać na swoich umiejętnościach radzenia sobie”.

Skala Pomiaru Prężności (SPP-25) (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008) jest narzędziem samoopisowym, składającym się z 25 pozycji ocenianych na pięciostopniowej skali Likerta (od 0 – zdecydowanie nie do 4 – zdecydowanie tak). SPP-25 pozwala wyodrębnić pięć składowych prężności psychicznej, tj.: wytrwałość i determinacja w działaniu; otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru; kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji; tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania oraz optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach. Możliwe jest również obliczenie wyniku ogólnego dla całej skali.

### 2.3. Opis procedury badania

Badanie zostało przeprowadzone na oddziałach położniczych I stopnia referencyjności w trzech szpitalach na terenie województwa śląskiego. Badania prowadzone były od stycznia do kwietnia 2018 roku. Zestawy kwestionariuszowe przekazano pacjentkom osobiście, po uzyskaniu uprzedniej pisemnej zgody dyrekcji szpitali, pielęgniarki naczelnej oraz ordynatorów oddziałów położniczych i noworodkowych. Były to badania indywidualne, prowadzone w salach szpitalnych w trzeciej dobie po urodzeniu dziecka.

Przed przystąpieniem do badania uczestniczkom przekazywana była informacja o anonimowości i dobrowolności przystąpienia do badania. Pacjentki zostały poinformowane o możliwości wycofania zgody bez podania przyczyny oraz o tym, że badania prowadzone są jedynie w celach naukowych. Osobom badanym został również przedstawiony przedmiot prowadzonych badań – samopoczucie i oczekiwania w okresie okołoporodowym.

### 3. Wyniki

#### 3.1. Wyodrębnienie grupy z depresją poporodową

W pierwszym kroku na podstawie wyników EPDS wyodrębniono grupę kobiet doświadczającej objawów depresji poporodowej, tzn. takich, których wynik przekroczył 12 punktów. Dane zawarte w tabeli 1 przedstawiają statystyki opisowe (tj. średnie i częstości) w podziale na kobiety uzyskujące wyniki w normie i wyniki wskazujące na wystąpienie depresji poporodowej. Ze 175 uczestniczek aż 42 doświadczały symptomów depresji, co stanowi 24% całej próby (por. tabela 1).

Tabela 1  
*Występowanie depresji poporodowej w badanej próbie*

	<i>N</i>	%
Wynik EPDS < 12	133	76,0
Wynik EPDS > 12	42	24,0
Ogółem	175	100,0

Źródło: wyniki badań własnych.

#### 3.2. Analiza związku depresji poporodowej z posiadanymi zasobami

W celu uzyskania odpowiedzi na postawione pytania badawcze przeprowadzono analizę korelacji. Uzyskane współczynniki są przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2  
*Współczynniki korelacji Pearsona*

Zasób	Komponent	Depresja poporodowa
Poczucie własnej skuteczności		-0,49*
Nadzieja na sukces	Umiejętność znajdowania rozwiązań	-0,44*
	Siła woli	-0,48*
Prężność psychiczna	Wytrwałość	-0,52*
	Otwartość na doświadczenie	-0,38*
	Kompetencje osobiste do radzenia sobie	-0,43*
	Tolerancja na niepowodzenia	-0,45*
	Optymistyczne nastawienie	-0,51*

$p < 0,001$

Źródło: wyniki badań własnych.

Przeprowadzona analiza ujawniła istnienie negatywnych związków pomiędzy natężeniem objawów depresji poporodowej a badanymi zasobami (od  $r = -0,38$  do  $r = -0,52$ ). Związki te są istotne statystycznie i o umiarkowanej sile.



### 3.3. Wpływ posiadanych zasobów na depresję poporodową

W związku z tym, że analiza korelacyjna wykazała istnienie współzmienności pomiędzy depresją poporodową a prężnością psychiczną, nadzieją na sukces oraz poczuciem własnej skuteczności, postanowiono sprawdzić, czy wskazane zmienne – traktowane łącznie jako zasoby odpornościowe – można traktować jako ujemne predyktory depresji poporodowej. W tym celu zastosowano analizę regresji liniowej metodą eliminacji wstecznej. Do modelu wprowadzono depresję poporodową jako zmienną wyjaśnianą oraz prężność psychiczną bez uwzględniania jej komponentów, nadzieję na sukces bez jej dwóch aspektów oraz poczucie własnej skuteczności.

Z trzech testowanych zmiennych nadzieja na sukces i prężność psychiczna okazały się być predyktorami depresji poporodowej (kolejno:  $\beta = -0,19$ ,  $p = 0,021$ ;  $\beta = -0,53$ ,  $p < 0,001$ ). Z kolei wpływ poczucia własnej skuteczności okazał się być nieistotny statystycznie ( $\beta = -0,03$ ;  $p = 0,725$ ). Cały testowany model okazał się istotny statystycznie. Stwierdzono, że końcowy model, uwzględniający prężność psychiczną i nadzieję na sukces jako predyktory depresji poporodowej, wyjaśnia 45% wariancji ( $F(2) = 71,22$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,45$ ).

## 4. Dyskusja wyników

Przedstawione wyniki potwierdzają hipotezę dotyczącą ochronnego wpływu prężności psychicznej w procesie powstawania depresji poporodowej. W końcowym modelu badawczym okazała się być najsilniejszym ujemnym predyktorem. Uzyskane wyniki zgodne są z teoretycznym ujęciem prężności, gdzie z jednej strony można ją rozumieć jako zdolność jednostki do oderwania się od przykrych myśli i wydarzeń, a z drugiej jako proces radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2012). Rola prężności psychicznej w przeciwdziałaniu depresji poporodowej nie była wprawdzie dotąd weryfikowana, lecz wyniki badań nad jej ochronnym wpływem na rozwój depresji endogennej (Charney, 2004) korespondują z wnioskami płynącymi z referowanego programu badawczego. Wątek ten był już w polskich badaniach poruszany – Pawlicka wraz z zespołem (2013) wykazali, że prężność psychiczna jest istotnym moderatorem w budowaniu więzi z dzieckiem w okresie prenatalnym, a w szczególnym stopniu, gdy ciąża wiąże się z podwyższonym poziomem lęku. Badania własne wpisują się w ten nurt ze względu na to, że depresja poporodowa również może zaburzać proces kształtowania się więzi z narodzonym dzieckiem (Susman, 1996).

Z badań własnych wysuwa się również konkluzja, że kobiety o wyższym poziomie nadziei na sukces doświadczają mniej objawów depresji poporodowej. Wniosek ten nie jest nowy – już Susman (1996) wskazuje wzbudzanie nadziei jako metodę pracy z kobietami z depresją poporodową. Z kolei w badaniach Thio i Elliota (2005) wykazano empirycznie, że nadzieja wywiera łagodzący, bufo-

rowy efekt w procesie adaptacji w okresie poporodowym. Badacze sugerują, że to właśnie poczucie sensu (ang. *the sense of meaning*) – przekonanie, że w przyszłości jednostka będzie zdolna osiągać swoje cele – jest tym składnikiem nadziei, który odgrywa najważniejszą rolę w okresie adaptacji po porodzie. Wskazuje się, że nadzieja na sukces, a w szczególności jeden z jej komponentów – siła woli, jest czynnikiem chroniącym przed lękiem i depresją (Arnau i in., 2007). W referowanym programie badawczym oba komponenty pozostają w związku na podobnym poziomie z depresją poporodową. Możliwe, że przyczyn depresji poporodowej należy upatrywać w braku przekonania kobiety odnośnie do jej kompetencji do bycia dobrą matką. Taką tezę mogłyby wspierać również wyniki dotyczące roli poczucia własnej skuteczności. W celu zapobiegania depresji poporodowej można u kobiet w ciąży i po porodzie wzbudzać nadzieję, optymistyczne nastawienie do przyszłych zadań oraz wzmacniać ich poczucie bycia kompetentnymi w roli matek.

Związek pomiędzy depresją poporodową a poczuciem własnej skuteczności nie jest tak oczywisty. Z jednej strony analiza korelacji wykazała negatywną współzmienność pomiędzy tymi zmiennymi. Z drugiej jednak strony w modelu regresji, uwzględniającym wszystkie badane zmienne, poczucie własnej skuteczności nie wpływa na natężenie depresji poporodowej. Oznacza to, że przy wysokim poziomie prężności psychicznej i nadziei na sukces kobiety rodzące siłami natury są mniej narażone na depresję poporodową niezależnie od poczucia własnej skuteczności. Należy zwrócić uwagę, że badane konstrukty są blisko ze sobą związane, przez co możliwe jest, że prężność psychiczna i nadzieja na sukces w pełni tłumaczą ten procent wariancji, który wcześniej wyjaśniany był przez poczucie własnej skuteczności.

W trakcie realizacji badań własnych nie udało się, niestety, uniknąć pewnych trudności i wynikających z nich ograniczeń zasięgu wniosków. Po pierwsze, wydaje się, że stawianie diagnozy w oparciu o Edynburską Skalę Depresji Poporodowej ma spore ograniczenia. Na podstawie obserwacji poczynionych w trakcie zbierania materiału można przypuszczać, że nie wszystkie kobiety ujawniają swój aktualny stan. Pomimo że w badaniach walidacyjnych ujawniono, iż EPDS charakteryzuje się wysoką czułością i swoistością (kolejno: 85% i 77%) (Cox i in., 1987), można przypuszczać, że kobiety są silnie motywowane do ukrywania doświadczanego negatywnego afektu (Mollard, 2014). Po drugie, ograniczenia wniosków mogą wynikać bezpośrednio z przyjętego schematu badawczego. W projekcie przeprowadzono tylko jeden pomiar w trzeciej dobie po porodzie. Nie obserwowano zatem dynamiki zachodzących zmian i możliwe, że u części kobiet objawy depresji jeszcze się nie ujawniły (Segre i in., 2007). Dodatkowo wyjściowym założeniem projektu było, że depresja poporodowa jest bezpośrednim wynikiem stresu doświadczanego podczas ciąży. Jednakże nie kontrolowano i nie mierzono poziomu stresu kobiet badanych. Wydaje się, że w celu poznania pełnego obrazu funkcjonowania kobiet w okresie okołoporodowym należy prowadzić badania w schemacie podłużnym z pomiarami w czasie ciąży, porożu i do roku później.

Z powyższych badań wynikają następujące implikacje praktyczne. Skoro uznajemy, że osobiste zasoby jednostki są niezwykle ważnym czynnikiem ochronnym przed zaburzeniami depresyjnymi, to kobietom, spodziewającym się dziecka, należałoby pomóc w ich utrzymaniu na odpowiednim poziomie. Tymczasem w ostatnich latach obserwuje się w Polsce bardzo znaczącą medykację ciąży (olbrzymia liczba badań laboratoryjnych, kierowanie kobiet na badania USG itp.) przy jednoczesnym braku diagnozy i opieki psychologicznej. Sytuacja taka może być dodatkowym źródłem napięcia i stresu, lekarze ginekolodzy nie zawsze zaś mają możliwości, by sobie z nimi radzić.

Jako psycholodzy i psychoterapeuci uważamy, że sensowne jest stworzenie procedur, dzięki którym możliwe byłoby wykrycie problemów emocjonalnych (depresyjnych, lękowych) u kobiet już na wczesnym etapie ciąży. Kolejnym krokiem byłoby objęcie ich specjalnym programem psychologicznym, wspierającym między innymi skuteczniejsze radzenie sobie ze stresem (dzięki rozwinięciu funkcjonalnych mechanizmów obronnych), zmianę negatywnych schematów poznawczych i powstałej w ich wyniku narracji na temat siebie i świata, a także urealnianie potencjalnych zagrożeń i lęków.

Wspomniane wyżej elementy powinny się ogniskować w postulowanym programie, mającym na celu udzielanie kobietom pomocy w wypracowaniu sposobów regeneracji ich zasobów psychicznych, których utrata jest jedną z przyczyn pojawiania się zaburzeń depresyjnych. Wyniki uzyskane z omawianych w niniejszym artykule badań mogłyby być cennym wkładem w opracowanie takiego programu wsparcia psychologicznego dla kobiet w ciąży.

## Bibliografia

- Arnau, R.C., Rosen, D.H., Finch, J.F., Rhudy, J.L., Fortunato, V.J. (2007). Longitudinal effects of hope on depression and anxiety: A latent variable analysis. *Journal of Personality*, 75(1), 43–64.
- Augustyniuk, K., Rudnicki, J., Grochans, E., Jurczak, A., Wieder-Huszla, S., Szkup-Jablonska, M. (2013). Uczestnictwo w zajęciach Szkoły Matek i Ojców a częstość występowania zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19(2), 138–141.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191.
- Charney, D.S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 196–216.
- Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786.

- Cutrona, C.E., Troutman, B.R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57(6), 1507–1518.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J., DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571–579.
- Heszen-Niejodek, I. (2000). Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 12–43). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Juczyński, Z. (2000). Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar. *Acta Universitatis Lodzianae. Folia Psychologica*, 4, 11–24.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234–247.
- Łaguna, M., Trzebiński, J., Zięba, M. (2005). *Kwestionariusz Nadziei na Sukces. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Mollard, E.K. (2014). A qualitative meta-synthesis and theory of postpartum depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(9), 656–663.
- O'Hara, M.W., Wisner, K.L. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3–12.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). Skala pomiaru prężności – SPP-25. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 39–56.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2012). Prężność jako wyznacznik pozytywnych i negatywnych konsekwencji doświadczonej sytuacji traumatycznej. *Polskie Forum Psychologiczne*, 2(17), 395–410.
- Patel, M., Bailey, R.K., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N.C., Osiezagha, K. (2012). Postpartum depression: a review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23(2), 534–542.
- Pawlicka, P., Chrzan-Dętko, M., Lutkiewicz, K. (2013). Prężność psychiczna przyszłych matek oraz kolejność ciąży jako moderatory budowania więzi z nienarodzonym jeszcze dzieckiem. *Family Forum*, 3, 139–152.
- Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M.E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S.M., Arbabisarjou, A. (2020). Systematic review and meta-analysis of the prevalence of the maternity blues in the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 49(2), 127–136.
- Rini, C.K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P.D., Sandman, C.A. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*, 18(4), 333–345.
- Schwarzer, R. (1997). Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy

- model. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 175–205). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. W: J. Weinman, S. Wright, M. Johnston (red.), *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs* (s. 35–37). Windsor: NFER-NELSON.
- Segre, L.S., O'Hara, M.W., Arndt, S., Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 316–321.
- Snyder, C.R., Simpson, S.C., Ybasco, F.C., Borders, T.F., Babyak, M.A., Higgins, R.L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 321.
- Steiner, M., Yonkers, K. (1999). *Depresja u kobiet*. Gdańsk: Via Medica.
- Susman, J.L. (1996). Postpartum depressive disorders. *Journal of Family Practice*, 43(6), S17–S17.
- Thio, I.M., Elliott, T.R. (2005). Hope, social support, and postpartum depression: Disentangling the mediating effects of negative affectivity. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12(4), 293–299.
- Wasilewska-Pordes, M. (2000). *Depresja porodowa*. Kraków: Wydawnictwo Radamsa.
- Witt, W.P., Litzelman, K., Cheng, E.R., Wakeel, F., Barker, E.S. (2014). Measuring stress before and during pregnancy: a review of population-based studies of obstetric outcomes. *Maternal and Child Health Journal*, 18(1), 52–63.

---

## Psychological determinants of postpartum depression in women in the context of personal resources

### Summary

Postpartum depression is considered the most common perinatal disorder. It is estimated that 10–15% of all birthing mothers may experience its symptoms. The risk factors include: demographic variables – age, education, place of residence, biological variables – hormone levels after childbirth, obstetric variables – the course of pregnancy, type and number of deliveries and psychological conditions – difficulties in the marital relationship, lack of social support and previous history of depression. The role of stress in the development of postpartum depression raises the question of the remedial activity undertaken by an individual in the face of a stressor. Own research was conducted in the context of interactive concepts treating stress as a relationship between resources and the requirements of the environment.

The aim of this study was to identify factors that may protect against postpartum depression and to verify risk factors. The study was conducted on 175 women on the third day after childbirth, using the Edinburgh Postnatal Depression Scale, Hope for Success Questionnaire, Generalized Self-Efficacy Scale and Resilience Scale.

**Keywords:** postpartum depression, mental resilience, hope for success, self-efficacy, personal resources.