

Karolina Kossakowska

Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej, Instytut Psychologii, Wydział Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Łódzki

Źródła wsparcia społecznego i wybrane sposoby radzenia sobie u kobiet z objawami depresji poporodowej

Sources of social support and selected ways of coping among women with postpartum depression' symptoms

STRESZCZENIE

Wstęp. Urodzenie dziecka i opieka nad nim związane są przystosowaniem się do wielu zmian, jakim podlega życie kobiety i całej rodziny. Kobiety, które doświadczają w tym okresie objawów depresji poporodowej, zmuszone są ponadto do walki z chorobą. Istotną rolę w radzeniu sobie ze stresem, jaki niesie macierzyństwo, a dodatkowo objawy choroby – odgrywa wówczas pomoc, jaką kobieta otrzymuje ze strony bliższego i dalszego otoczenia, w tym członków personelu medycznego.

Cel pracy. Sprawdzenie, czy występują różnice w zakresie poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia i sposobów radzenia sobie wśród kobiet z objawami i bez objawów depresji porodowej oraz określenie związku pomiędzy satysfakcją ze wsparcia otrzymanego z różnych źródeł a sposobami radzenia wybieranymi przez kobiety z objawami depresji poporodowej.

Materiał i metody. W badaniach wzięło udział 197 kobiet w okresie od 2. do 12. tygodnia po urodzeniu dziecka (N = 84, kobiety z objawami depresji poporodowej; N = 113, kobiety bez objawów depresji poporodowej). Wykorzystano: Edynburską Skalę Depresji Poporodowej (EPDS), Wielowymiarowy Inwentarz Radzenia Sobie (COPE) oraz Kwestionariusz Źródła Wsparcia Społecznego.

Wyniki. U kobiet z objawami depresji poporodowej odnotowano większe zadowolenie ze wsparcia uzyskanego od położnej aniżeli od członków rodziny. Kobiety z objawami depresji poporodowej rzadziej wybierały aktywne sposoby radzenia sobie ze stresem. Jednocześnie, im wyższa była ocena otrzymanego wsparcia społecznego, tym bardziej skłonne były podejmować aktywne działania i rezygnowały z unikowych sposobów walki ze stresem

Wnioski. Wsparcie społeczne jest istotną wartością dla kobiet z objawami depresji poporodowej. Szczególne znaczenie może odgrywać pomoc uzyskiwana ze strony położnej, która jako członek personelu medycznego pozostający w najbliższej relacji z kobietą adaptującą się do macierzyństwa, może odgrywać istotną rolę w radzeniu sobie przez kobiety z objawami zaburzeń nastroju po urodzeniu dziecka.

Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20 (3): 310–316

Słowa kluczowe: depresja poporodowa, wsparcie społeczne, sposoby radzenia sobie

ABSTRACT

Introduction. Childbirth and childcare, are related to adjusting to various changes, affecting a woman's life and the whole family. Women who fall into postnatal depression symptoms, are also obliged to fight the disease. Important role in coping with stress which carries maternity, as well as with the symptoms of the disease – plays the assistance which the woman receives from the their environment, including members of the medical staff.

Aim of the study. Evaluation the differences in the level of satisfaction with received support and ways of coping among women with and without symptoms of postpartum depression symptoms, as well as, determine the relationship between satisfaction with received support from various sources and the methods used by women dealing with symptoms of postpartum depression.

Material and methods. 197 in 4–12 weeks postpartum were examined in the study: 113 women without symptoms of postpartum depression and 84 women suffering from postpartum depression. The following methods were used to find answers to the research questions: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), COPE questionnaire and the scale for measuring social support.

Adres do korespondencji: dr Karolina Kossakowska, Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej, Instytut Psychologii, Wydział Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Łódzki, 91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12, tel. (42) 66 555 81, faks (42) 66 555 83, e-mail: k.kossakowka@gmail.com

Results. Women experienced symptoms of postpartum depression reported greater satisfaction with support provided by midwives rather than from family members. Depressive women chose less active ways of coping. At the same time, the more they were satisfied with received social support, they were more likely to take active strategies.

Conclusions. Social support is an important value for women with postpartum depression symptoms. Midwife, as a member of the medical staff remaining in the immediate relationship with a woman adapting to motherhood, may play an important role in coping by women with symptoms of mood disorders after giving birth.

Nursing Topics 2012; 20 (3): 310–316

Key words: postpartum depression, social support, ways of coping

Wstęp

Wraz z przyjściem na świat dziecka w życiu kobiety pojawia się wiele zmian wymagających adaptacji do nowej roli. Odnalezienie się w nowej sytuacji jest trudniejsze, jeśli pierwszym chwilom z nowonarodzonym dzieckiem towarzyszą objawy depresji poporodowej u matki. Według ogólnoswiatowych doniesień, depresja poporodowa to problem około 10–20% kobiet, które urodziły dziecko [1, 2]. Symptomy (obniżenie nastroju, niepokój, poczucie winy, osłabienie zainteresowań, ocena własnych kompetencji w roli matki, obawy o skrzywdzenie dziecka, a także zmęczenie, zaburzenia koncentracji oraz zaburzenia snu i łaknienia) pojawiają się w okresie od 2. do 12. tygodnia po porodzie i mogą trwać nawet kilkanaście miesięcy [3].

Istotną rolę odgrywa wówczas pomoc, jaką kobieta otrzymuje ze strony bliższego i dalszego otoczenia, zaś brak wsparcia społecznego jest wymieniany, jako jeden z ważniejszych czynników ryzyka depresji poporodowej [4]. Szczególnie pożądanym źródłem wsparcia jest, obok najbliższej rodziny, personel medyczny. Ważny pozostaje jednak nie tylko fakt otrzymywania pomocy, ale również jej ocena w opinii kobiety. Dotychczasowe badania wskazują, że nie tylko brak wsparcia, lecz także brak satysfakcji z otrzymywanej pomocy może utrudniać kobiecie właściwą opiekę nad dzieckiem [5]. W zależności od jego oceny, otrzymywane przez kobietę wsparcie może oddziaływać protekcyjnie lub przeciwnie — nasilać objawy depresji poporodowej oraz wpływać na wybierane sposoby radzenia sobie z problemem.

Rodzi się, zatem pytanie — jeśli obecność i zadowolenie kobiety z udzielanego jej wsparcia odgrywa tak istotną protekcyjną rolę dla wystąpienia zaburzeń nastroju po porodzie, czy źródło wsparcia jest również ważne oraz czy istotnie wpływa na charakter podejmowanych działań służących poradzeniu sobie z trudnościami wynikającymi z macierzyństwa, któremu towarzyszą objawy depresji poporodowej?

Cel pracy

Celem prezentowanych badań jest odpowiedź na pytanie, czy kobiety, u których odnotowano podwyższone wskaźniki depresji poporodowej, różnią się od kobiet bez objawów depresji po porodzie w zakresie

oceny otrzymywanego wsparcia i sposobów radzenia sobie oraz, czy satysfakcja ze wsparcia uzyskanego z określonego źródła pozostaje w związku z wybieranymi sposobami radzenia sobie przez kobiety z objawami depresji poporodowej.

Materiał i metody

Badania były prowadzone w latach 2008–2011. Wzięło w nich udział 197 kobiet w okresie od 4. do 12. tygodnia po narodzinach dziecka. Grupę kontrolną (N = 113), stanowiły kobiety, u których nie odnotowano podwyższonych wskaźników depresji poporodowej, natomiast grupę badaną (N = 84) kobiety, które uzyskały podwyższone wskaźniki depresji poporodowej (12 i więcej punktów w skali EPDS, służącej do rozpoznawania depresji poporodowej). Kobiety uczestniczące w badaniach były rekrutowane w przychodniach ginekologicznych i szkołach rodzenia w Łodzi oraz na portalach i forach internetowych poświęconych ciąży i macierzyństwu. Udział w badaniach polegał na samodzielnym wypełnieniu zestawu kwestionariuszy. Kobiety, z którymi nawiązano kontakt w szpitalach, przychodniach i szkołach rodzenia, i które zgodziły się wziąć udział w badaniach, zostały poinformowane o celu i zasadach badania, a następnie poproszone o wypełnienie zestawu kwestionariuszy.

Rekrutacja kobiet poprzez kontakt internetowy polegała na umieszczeniu za zgodą administratora prośby o udział w badaniach na portalach i forach internetowych poświęconych ciąży i macierzyństwu. Zgłoszenie do udziału w badaniach wymagało przesłania swojej zgody na adres e-mailowy autorki. Kobiety, które wyraziły w ten sposób chęć udziału w badaniach, otrzymały do wypełnienia zestaw kwestionariuszy. Wszystkie uczestniczki zostały poinformowane o tym, że badania są poufne, dobrowolne, a rezygnacja z udziału nie wiąże się z żadnymi konsekwencjami.

Kobiety w obu grupach nie różniły się pod względem wieku ($t = -0,113$; $p = \text{NS}$), wykształcenia ($t = -2,14$; $p = \text{NS}$), stanu cywilnego ($t = 1,853$; $p = \text{NS}$), sytuacji materialnej ($t = 0,225$; $p = \text{NS}$), doświadczeń prokreacyjnych ($t = 0,035$; $p = \text{NS}$) oraz decyzji dotyczącej zajścia w ciążę ($t = 0,226$; $p = \text{NS}$). Dokładną charakterystykę grupy przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna kobiet uczestniczących w badaniu
Table 1. Demographic characteristic of women participating in the study

		Kobiety z objawami depresji poporodowej N = 84		Kobiety bez objawów depresji poporodowej N = 113	
Wiek		28,24 (SD = 3,97) min. 20; max. 41		28,17 (SD = 4,53) min. 20; max. 39	
Cecha		n	%	n	%
Wykształcenie	Wyższe	44	52	78	69
	Średnie	36	42,9	31	27,4
	Podstawowe	4	4,8	4	3,5
Stan cywilny	Mężatka	79	94	97	58,8
	W związku nieformalnym	5	6	16	14,2
Sytuacja materialna (ocena subiektywna)	Bardzo dobra	1	1,2	0	0
	Dobra	22	26,2	23	20,4
	Przeciętna	54	64,3	88	77,9
	Zła	7	8,3	2	1,8
Doświadczenia prokreacyjne — która ciąża	Pierwsza	61	72,6	81	71,7
	Druga	18	21,4	26	23
	Trzecia	5	6	6	5,3
Decyzja nt. zajścia w ciążę	Planowana	68	81	90	79,6
	Nieplanowana	16	19	23	20,4

W zestawie kwestionariuszy, które wypełniały kobiety biorące udział w badaniach znalazła się ankieta demograficzna, służąca zebraniu danych demograficznych; Edynburska Skala Depresji Poporodowej, EPDS [6] — zastosowana do pomiaru nasilenia symptomów depresyjnych po narodzinach dziecka w obu grupach badanych kobiet (autorzy przyjmują za wartość graniczną 12–13 punktów); Wielowymiarowy Inwentarz Radzenia Sobie, COPE [7] — zastosowany do pomiaru intensywności stosowania strategii radzenia sobie ze stresem u badanych kobiet. W celu zbadania satysfakcji z otrzymanego wsparcia w grupie kobiet z objawami depresji poporodowej i w grupie bez objawów, wykorzystano Kwestionariusz Źródła Wsparcia Społecznego Nielanda (w opr. Bielawskiej-Batorowicz) [5]. Zawiera on listę źródeł wsparcia społecznego: małżonek/partner, członkowie rodziny, przyjaciele, przedstawiciele służby zdrowia, instytucje i organizacje społeczne. Ocena satysfakcji dla każdego z wymienionych źródeł wsparcia dokonywana jest na 4-punktowej skali od 1 (wcale) do 4 (wyjątkowo). W niniejszym opracowaniu poddano analizie ocenę wsparcia ze strony lekarza ginekologa prowadzącego ciążę kobiety, położnej, ojca dziecka oraz członków najbliższej rodziny (rodzice i rodzeństwo).

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej, wykorzystując do tego celu pakiet statystyczny IBM SPSS 19. Zastosowano test *t*-Studenta dla porównania zmiennych niezależnych oraz współczynnik korelacji *r*-Pearsona do oceny związków pomiędzy zmiennymi. W trakcie analizy przyjęto poziom statystycznej istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Zamieszczone w tabeli 2 statystyki opisowe dla oceny satysfakcji ze wsparcia otrzymanego z różnych źródeł w badanych grupach kobiet wskazują, że kobiety, u których odnotowano podwyższone wskaźniki depresji poporodowej najwyżej oceniały wsparcie otrzymane od ojca dziecka ($2,86 \pm 0,98$) oraz położnej ($2,81 \pm 0,77$), zaś najniższe wsparcie ze strony rodziny ($2,65 \pm 0,89$). Kobiety niedoświadczające objawów depresji poporodowej, najwyżej oceniły wsparcie uzyskane ze strony rodziny ($2,98 \pm 0,71$) i ojca dziecka ($2,94 \pm 0,67$), zaś najniższe wsparcie ze strony położnej ($2,30 \pm 0,49$).

Kiedy porównano średnie wyniki w zakresie oceny otrzymanego wsparcia w obu grupach badanych kobiet, okazało się, że kobiety z obu grup nie różniły się istotnie pod względem oceny wsparcia otrzymanego od le-

Tabela 2. Statystyki opisowe dla satysfakcji z uzyskanego wsparcia w grupie kobiet z podwyższonymi wskaźnikami depresji poporodowej i bez objawów depresji**Table 2.** Descriptive statistics of satisfaction of social support amongst women with and without symptoms of postpartum depression

Źródło wsparcia	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Kobiety z objawami depresji poporodowej					
Lekarz ginekolog	84	2,68	1	4	0,95
Położna	84	2,81	1	4	0,77
Rodzina (rodzice, rodzeństwo)	84	2,65	1	4	0,89
Ojciec dziecka	84	2,86	1	4	0,98
Kobiety bez objawów depresji poporodowej					
Lekarz ginekolog	113	2,41	1	4	0,49
Położna	113	2,30	2	3	0,61
Rodzina (rodzice, rodzeństwo)	113	2,98	1	4	0,71
Ojciec dziecka	113	2,94	2	4	0,67

Tabela 3. Różnice w satysfakcji ze wsparcia uzyskiwanego z różnych źródeł u kobiet z objawami depresji poporodowej i bez**Table 3.** Differences between satisfaction with various sources of social support among women with and without symptoms of postpartum depression

		Średnia — kobiety bez objawów depresji poporodowej	Średnia — kobiety z objawami depresji poporodowej	t	df	p
Ocena otrzymanego wsparcia	Lekarz ginekolog	2,41	2,68	-2,52	195	NS
	Położna	2,30	2,81	-5,28	195	0,000**
	Rodzina (rodzice, rodzeństwo)	2,98	2,65	2,86	195	0,005*
	Mąż/partner	2,94	2,86	0,69	195	NS

t — test *t*-Studenta; df — stopień swobody; p — poziom istotności; * $p < 0,01$; ** $p < 0,001$

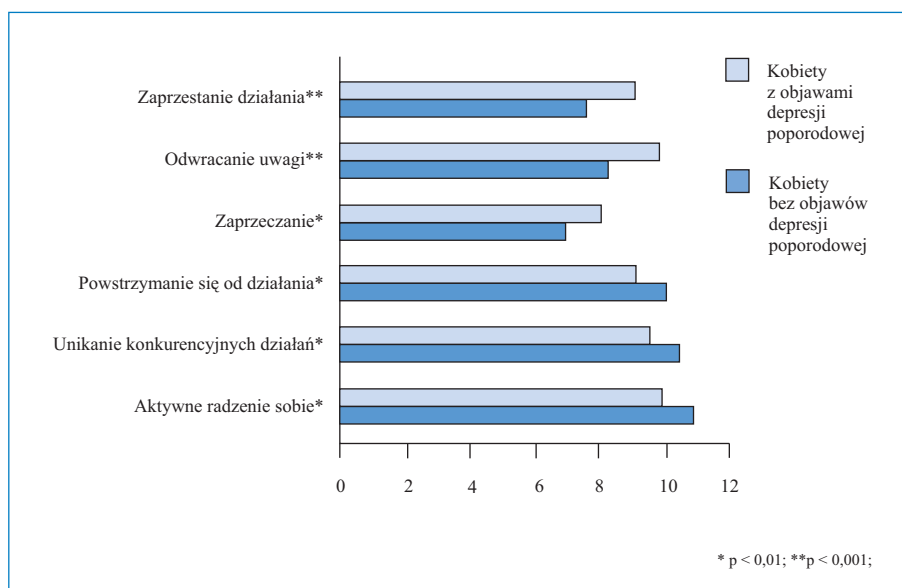
karza ginekologa oraz ojca dziecka. Wsparcie rodziny zostało wyżej ocenione przez kobiety bez objawów depresji poporodowej ($p < 0,01$). Jednak najbardziej istotną różnicę odnotowano dla oceny wsparcia uzyskanego od położnej ($p < 0,001$), a średnie wartości były wyższe dla kobiet z podwyższonymi wskaźnikami depresji poporodowej (tab. 3).

W następnym kroku porównano sposoby radzenia sobie wybierane przez kobiety z objawami i bez objawów depresji poporodowej. Zastosowano test *t*-Studenta, aby zbadać różnice w średnich wynikach uzyskanych w Wielowymiarowym Inwentarzu Radzenia Sobie (COPE) w obu grupach kobiet (ryc. 1). W niniejszym opracowaniu przedstawiono jedynie te sposoby radze-

nia sobie, dla których odnotowano istotne statystycznie różnice ($p < 0,01$; $p < 0,001$).

Kobiety bez objawów depresji poporodowej częściej wybierały aktywne radzenie sobie, a jednocześnie powstrzymywanie się od działania oraz unikanie konkurencyjnych działań. Kobiety z objawami depresji poporodowej istotnie częściej odwracały uwagę od problemu, zaprzeczały i zaprzestawały jakichkolwiek działań.

Ostatnim etapem analizy danych było sprawdzenie związków pomiędzy satysfakcją ze wsparcia otrzymanego z różnych źródeł a wybieranymi sposobami radzenia. W grupie kobiet bez objawów depresji poporodowej nie odnotowano żadnych istotnych statystycznie korelacji pomiędzy poziomem satysfakcji z otrzymane-



Rycina 1. Różnice w sposobach radzenia sobie w grupie kobiet z objawami i bez objawów depresji poporodowej
Figure 1. Differences between ways of coping among women with and without symptoms of postpartum depression

Tabela 4. Związek między sposobami radzenia sobie a satysfakcją ze wsparcia otrzymanego z różnych źródeł w grupie kobiet z objawami depresji poporodowej

Table 4. Relationship between ways of coping and satisfaction with support received from various sources among women with symptoms of postpartum depression

Źródło wsparcia

Sposoby radzenia sobie	Lekarz ginekolog	Położna	Rodzina (rodzice, rodzeństwo)	Ojciec dziecka
Aktywne radzenie sobie	0,466**	0,607**	0,454**	0,648**
Unikanie konkurencyjnych działań	0,226*	0,321**	0,361**	0,375**
Powstrzymywanie się od działania	NS	0,229*	NS	NS
Zaprzeczenie	-0,217*	-0,292**	-0,233*	-0,295**
Odwracanie uwagi	NS	-0,225*	NS	NS
Zaprzymanie działania	-0,327**	-0,331**	-0,287**	-0,280**

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

go wsparcia a wybieranymi sposobami radzenia. W tabeli 4 przedstawiono zestawienie współczynników korelacji liniowej *r*-Pearsona dla grupy kobiet, u których występowały objawy depresji poporodowej.

Najsilniejsze korelacje dodatnie dostrzeżono pomiędzy satysfakcją ze wsparcia ze strony ojca dziecka ($r = 0,648$; $p < 0,001$) i położnej ($r = 0,607$, $p < 0,001$) a aktywnym radzeniem sobie. Ponadto, wyższa ocena wsparcia otrzymanego zarówno ze strony bliskich (oj-

ciec dziecka, najbliższa rodzina), jak i personelu medycznego (położna, lekarz ginekolog) korelowała dodatnio z wymiarem: unikanie konkurencyjnych działań. Radzenie sobie polegające na powstrzymywaniu się od działania pozostawało w dodatnim, choć nieco mniej silnym związku ($r = 0,229$; $p < 0,05$) jedynie w przypadku satysfakcji ze wsparcia udzielanego przez położną.

Korelacje ujemne pojawiły się w przypadku satysfakcji ze wsparcia uzyskiwanego ze wszystkich analizo-

wanych źródeł oraz zaprzeczania i zaprzestania działania, przy czym najsilniejszy okazał się ujemny związek pomiędzy zaprzestaniem działania a oceną wsparcia ze strony położnej ($r = 0,331$, $p < 0,001$) i lekarza ginekologa ($r = -0,327$; $p < 0,001$). Odwracanie uwagi od problemu korelowało ujemnie jedynie z oceną wsparcia uzyskiwanego od położnej ($r = -0,225$; $p < 0,001$).

A zatem, im wyższa była satysfakcja badanych kobiet ze wsparcia uzyskiwanego z analizowanych źródeł, tym częściej one wybierały aktywne sposoby działania lub unikały konkurencyjnej aktywności w radzeniu sobie. Im satysfakcja była niższa, niezależnie od źródła wsparcia, tym częściej kobiety wybierały strategie bierne i unikowe, takie jak zaprzeczanie i zaprzestanie aktywności. Dodatkowo, kobiety częściej odwracały uwagę od doświadczanych problemów, kiedy wsparcie uzyskane od położnej zostało ocenione nisko, oraz powstrzymywały od działania w ogóle, gdy zostało ono ocenione wysoko.

Dyskusja

Problem podjęty w prezentowanych badaniach dotyczył określenia poziomu satysfakcji z otrzymywanego wsparcia w grupie kobiet z objawami i bez objawów depresji poporodowej, jak również sposobów radzenia sobie oraz związku pomiędzy satysfakcją ze wsparcia otrzymanego z różnych źródeł a sposobami radzenia wybieranymi uczestniczące w badaniach kobiety. Otrzymane rezultaty pokazują, że o ile satysfakcja ze wsparcia i pomocy otrzymywanych ze strony ojca dziecka jest porównywalnie wysoka w obu grupach badanych kobiet, to zadowolenie z opieki położnej jest nie tylko większe wśród kobiet z podwyższonymi wskaźnikami depresji poporodowej, ale w ogóle najwyższe w tej grupie kobiet. Wyniki te różnią od uzyskanych przez Small [8], gdzie w opinii kobiet doświadczających objawów depresji poporodowej badanych przez autorkę, pomoc specjalistyczna i wsparcie ze strony personelu medycznego, w tym również położnej, znalazła się na ostatnim miejscu.

Tymczasem kobiety, u których nie odnotowano objawów depresji po porodzie pomoc położnej oceniają najniżej. Trudno przypuszczać, że akurat w tej grupie działania położnych cechowały jakiegokolwiek uchybienia bądź negatywne nastawienie do kobiet po porodzie. Jak zatem wytłumaczyć fakt, że kobiety doświadczające objawów depresji poporodowej za bardziej satysfakcjonującą uznały pomoc położnej, podczas gdy pomoc ze strony najbliższych oceniły znacznie niżej? Prawdopodobnie, położna, jako bardziej doświadczona w rozpoznawaniu symptomów depresji poporodowej niż przedstawiciele najbliższej rodziny jest w stanie właściwie reagować i dlatego wsparcie otrzymane z jej strony jest dla kobiety bardziej wartościowe, a więc bardziej satysfakcjonujące niż to, którego udziela najbliższe oto-

czenie. Niższa satysfakcja ze wsparcia rodziny może jednocześnie stanowić czynnik ryzyka dla depresji poporodowej, a więc przyczynę występowania i utrzymywania się niektórych objawów u kobiet w tej grupie, co potwierdzałyby wyniki wcześniejszych badań [9].

Wybór mniej aktywnych, za to bardziej unikowych i skoncentrowanych na emocjach sposobów radzenia sobie w przypadku kobiet z podwyższonymi wskaźnikami depresji po porodzie, wydaje się znajdować wyjaśnienie właśnie w objawach choroby (m.in. brak motywacji do działania, obniżony nastrój). Dotychczasowe badania wskazują, że jednym z najczęściej wybieranych przez kobiety sposobem radzenia sobie ze stresem związanym z ciążą jest właśnie unikanie [10], podobnie jak strategie skoncentrowane na emocjach [11] zwłaszcza, jeśli po porodzie pojawiają się u kobiety objawy depresji [12].

Autorka nie dotarła do badań, w których analizowano by powiązania między wybieranymi sposobami radzenia sobie a satysfakcją z otrzymywanego z różnych źródeł wsparcia społecznego. Tym samym, z perspektywy profilaktyki oraz pomocy w przypadku wystąpienia depresji poporodowej na szczególną uwagę zasługują rezultaty uzyskane w prezentowanych badaniach. Wskazują one, że im wyżej kobiety z objawami depresji po urodzeniu dziecka oceniały otrzymane wsparcie, tym częściej podejmowały aktywne działania w procesie radzenia sobie ze stresem i rzadziej wybierały sposoby oparte na unikaniu konfrontacji z problemem. Taka zależność może znaleźć swoje uzasadnienie w tym, że zadowolenie z otrzymanego wsparcia daje swego rodzaju wiarę i nadzieję w pozytywne rozwiązanie problemu, co pozwala podjąć wyzwanie zmierzania się z trudnościami, zamiast udawania, że one nie istnieją lub unikania ich. Należy zauważyć, że ta zależność odnosi się w głównej mierze do satysfakcji ze wsparcia otrzymywanego od ojca dziecka oraz położnej. Znaczenie wsparcia, jakie kobieta po porodzie może otrzymać od opiekującego się nią zespołu medycznego dla podejmowanych lub nie działań podkreślają także kolejne rezultaty. Nisko oceniona pomoc położnej i lekarza ginekologa, współwystępowała z kolei z zaprzeczaniem i zaprzestaniem działań, a więc z unikowymi i biernymi sposobami radzenia sobie przez badane kobiety. Kobiety nieusatysfakcjonowane opieką położniczą dodatkowo odwracały uwagę od doświadczanych trudności. Przypuszczalnie, w sytuacji, gdy opieka i pomoc osoby należącej do personelu medycznego jest dla kobiety niezadowolająca, zmniejsza się wiara w możliwość opamiętania trudności, a tym samym motywacja do podejmowania konkretnych działań. Taka interpretacja jest zgodna z koncepcją Lazarusa i Folkman [13], w myśl której aktywne strategie są dla jednostki efektywne tylko wówczas, gdy postrzega ona problem, jako kontrolowalny i dający szansę na zmianę. Kobiety z analizo-

wanej grupy mogły zatem odczuwać brak kontroli nad sytuacją problemową już w związku z faktem doświadczania objawów depresji, jak również dodatkowo ze względu na brak satysfakcjonującego wsparcia ze strony położnej i lekarza ginekologa, czyli zespołu profesjonalistów, który powinien im pomóc.

Na komentarz zasługuje także dodatni związek satysfakcji ze wsparcia otrzymywanego przez kobietę od położnej a stosowaniem radzenia sobie polegającego na powstrzymaniu się od działania. Pozornie wynik ten stoi w sprzeczności z innymi rezultatami uzyskanymi w prezentowanych badaniach, wskazującymi, że im wyżej położnice oceniają pomoc położnej, tym częściej wybierają aktywne sposoby radzenia sobie. Należy jednak podkreślić, że powstrzymanie się od działania nie jest tym samym, co unikanie działań (któremu często towarzyszy zaprzeczanie i odwracanie uwagi). Powstrzymanie się od działania może być w sytuacji doświadczania objawów depresji po porodzie, bardziej korzystne dla kobiety, ze względu na potencjalne negatywne konsekwencje wynikające z działań, które mogłaby w danym momencie podjąć

Przedstawione wyniki badań własnych, oprócz potwierdzenia uzyskanych dotychczas rezultatów, przynoszą także nowe informacje. Rola wsparcia społecznego w radzeniu sobie z doświadczanymi trudnościami związanymi z adaptacją do macierzyństwa, niezależnie od ich charakteru, pozostaje niekwestionowana. Szczególnie pożądanym źródłem wsparcia jest oczywiście najbliższa rodzina. Prezentowane badania podkreślają jednak szczególną rolę, jaką odgrywa dla kobiety z objawami depresji po porodzie także personel medyczny, ze szczególnym uwzględnieniem satysfakcji z opieki położniczej.

Wnioski

1. Kobiety doświadczające objawów depresji poporodowej oceniają wsparcie otrzymywane ze strony położnej wyżej niż kobiety bez objawów depresji po porodzie oraz najwyżej spośród wszystkich analizowanych w ich grupie źródeł wsparcia (ojciec dziecka, rodzice/rodzeństwo, lekarz ginekolog).
2. Kobiety z podwyższonymi wskaźnikami depresji poporodowej, które wyżej oceniają otrzymaną pomoc częściej wybierają bardziej aktywne sposoby radzenia sobie ze stresem i mniej koncentrują się na przeżywanych emocjach.
3. Pomoc udzielana przez położną opiekującą się kobietą po urodzeniu dziecka może stanowić czynnik protekcyjny dla depresji poporodowej i wspomagać radzenie sobie z chorobą.
4. W obliczu zaprezentowanych wyników, istotne wydaje się właściwe przygotowanie personelu medycznego, w tym przede wszystkim położnych sprawujących opiekę nad kobietami, które urodziły dziecko, do rozpoznawania symptomów depresji poporodowej oraz umiejętnego wspierania chorej w tym szczególnym okresie życia, jakim jest wczesne macierzyństwo.

Piśmiennictwo

1. Cooper P.J., Murray L. Postnatal depression. *BMJ* 1998; 316: 1884–1886.
2. Miller L.J. Postpartum depression. *Journal of the American Medical Association* 2002; 287: 762–765.
3. Bielawska-Batorowicz E. Psychologiczne aspekty prokreacji. Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 2006.
4. Beck Ch.T. Predictors of postpartum depression. An update. *Nurs Res.* 2001; 50 (5): 275–285.
5. Bielawska-Batorowicz E. Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie poporodowym. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1995.
6. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br. J. Psychiatry* 1987; 150: 782–786.
7. Carver Ch.S., Sheier M.F., Weintraub J.K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J. Personal. Soc. Psychol.* 1989; 56 (2): 267–283.
8. Small R., Astbury J., Brown S., Lumley J. Depression after childbirth. Does social context matter? *Med. J. Aust.* 1994; 161 (8): 463–464.
9. Leahy-Warren P., McCarthy G., Corcoran C. First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *J. Clin. Nurs* 2012; 21 (3–4): 388–397.
10. Dunkel-Schetter C., Gurung R., Lobel M., Wadhwa P. Stress processes in pregnancy and birth: psychological, biological, and sociocultural influences. W: A. Baum, T. Revenson [red.]. *Handbook of Health Psychology* (pp. 495–518). Lawrence Erlbaum. Hillsdale New Jersey 2000.
11. Kossakowska-Petrycka K. Postpartum depression, stress and coping strategies in high-risk pregnancy and their possible effect on attachment. Referat wygłoszony w czasie X European Congress of Psychology, Praga, 3–6 lipca 2007.
12. Doncet S., Letourneau N. Coping and suicidal ideation in women with symptoms of postpartum depression. *Clinical Medicine: Reproductive Health* 2009; 2: 9–19.
13. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York 1984.