

JOLANTA CHANDUSZKO-SALSKA

Spółeczna Akademia Nauk
Instytut Psychologii Stosowanej
91-842 Łódź, ul. Tokarzewskiego 2
e-mail: jolachan@op.pl

KAROLINA KOSSAKOWSKA

Uniwersytet Łódzki
Instytut Psychologii
Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej
91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12
e-mail: karolina.kossakowska@uni.lodz.pl

STRES A OBJAWY DEPRESJI I SPOSOBY RADZENIA SOBIE U KOBIET Z NIEPŁODNOŚCIĄ I KOBIET W CIĄŻY WYSOKIEGO RYZYKA

Abstrakt. Zdiagnozowanie niepłodności stanowi jedno z najsilniej stresujących wydarzeń życiowych, a doświadczanie niepowodzeń w prokreacji nasila stres i zwiększa ryzyko wystąpienia depresji. Z kolei w okresie okołoporodowym kilkakrotnie może wzrosnąć ryzyko wystąpienia problemów psychicznych, w szczególności gdy ciąża jest zagrożona. Sposoby radzenia sobie kobiet w sytuacji zdiagnozowania niepłodności lub ciąży zagrożonej mogą sprzyjać łagodzeniu lub nasilaniu się u nich napięcia psychicznego.

Celem badań było określenie nasilenia przeżywanego stresu, depresji oraz wskazanie sposobów radzenia sobie ze stresem przez kobiety z problemem niepłodności oraz kobiety w ciąży wysokiego ryzyka. Sprawdzone ponadto, czy badane kobiety różnią się w zakresie uwzględnionych w badaniu zmiennych.

Badaniami objęto łącznie 220 kobiet. Grupę pierwszą stanowiły kobiety leczące się z powodu niepłodności (N = 61), drugą – aktualnie niepodejmujące leczenia niepłodności z zastosowaniem metod wspomaganego rozrodu i nieplanujące leczenia w najbliższych miesiącach (N = 33), trzecią – kobiety w ciąży wysokiego ryzyka (n = 67), czwartą grupę – kontrolną – stanowiły kobiety w ciąży prawidłowej, bez wcześniejszych problemów z płodnością (N = 59). W badaniach wykorzystano Skalę Odczuwanego Stresu (SOS), Inwentarz Depresji Becka (BDI) i Wielowymiarowy Inwentarz Radzenia Sobie (COPE) oraz ankietę socjodemograficzną.

Badane grupy kobiet różniły się tak pod względem odczuwanego stresu, jak i objawów depresji, a także w zakresie wybieranych sposobów radzenia sobie. Najwyższy poziom stresu był obecny u kobiet leczących się z powodu niepłodności, natomiast objawy depresji stwierdzano u kobiet

w ciąży wysokiego ryzyka. Kobiety leczące się z powodu niepłodności, spośród sposobów radzenia sobie ze stresem najczęściej wybierały aktywne radzenie sobie, zaprzeczanie i odwracanie uwagi. Podobne wyniki uzyskano dla grupy kobiet z problemem niepłodności niepodejmujących leczenia. Kobiety w ciąży zagrożonej najczęściej poszukiwały wsparcia emocjonalnego, zwracały się ku religii lub koncentrowały na emocjach i ich rozładowaniu lub zaprzestaniu działań.

Wyniki badań wskazują na silniej przeżywany stres przez kobiety niepłodne, natomiast wyższe nasilenie depresji u kobiet w ciąży zagrożonej. Różne są też sposoby radzenia sobie ze stresem w badanych grupach. Poszerzenie wiedzy w tym względzie powinno przyczynić się do opracowania stosownych do potrzeb metod pomocy psychologicznej kobietom oczekującym poczęcia i narodzin dziecka, a doświadczającym w tym względzie trudności.

Słowa kluczowe: niepłodność, ciąża wysokiego ryzyka, stres, depresja, sposoby radzenia sobie.

1. WPROWADZENIE

Ciąża jest szczególnym stanem dla kobiety i sama w sobie może prowadzić do doświadczania napięcia, zarówno fizycznego, jak i emocjonalnego (Steuden, Szymona, 2003). Ciąża nigdy nie jest obojętna emocjonalnie – nawet gdy jest oczekiwana, może wywoływać nie tylko radość, podekscytowanie, ale także niepokój, obawy. Występowanie tych ostatnich jest w uzasadniony sposób bardziej prawdopodobne w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka oraz wtedy, gdy kobieta doświadcza niepłodności.

Terminem ciąży wysokiego ryzyka (a także ciąży zagrożonej lub ciąży powikłanej) określa się ciążę, w przebiegu której czynniki fizjologiczne lub psychologiczne związane z matką lub płodem stanowią zagrożenie dla zdrowia lub życia przed lub po porodzie zarówno dla matki, jak i dla dziecka (Szymona-Pałkowska, 2005; Widomska-Czekajska, Górajek-Jóźwik, 2010). Niepłodność z kolei, zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), oznacza niemożność zajścia w ciążę pomimo regularnego współżycia płciowego, utrzymywanego powyżej 12 miesięcy bez stosowania antykoncepcji (WHO, 2000).

Odsetek zaburzeń depresyjnych u kobiet w populacji ogólnej wynosi 20–25% (Wang i in., 2017), w tym na depresję w czasie ciąży cierpi ok. 10% ciężarnych – najczęściej w pierwszym i trzecim trymestrze (Makara-Studzińska i in., 2009; Teixeira i in., 2009). Zmiany nastroju mogą dotyczyć zarówno kobiet, które nie planowały ciąży, jak i tych, które się do niej wcześniej przygotowywały.

Ryzyko depresji wzrasta szczególnie w przypadku kobiet mających problemy zdrowotne indukowane ciążą, gdy obecna jest choroba dziecka lub istnieją obawy utraty dziecka. Ciąża wysokiego ryzyka to sytuacja długotrwałego stresu psychologicznego (Steuden, Szymona, 2003), którego nasilenie może uniemożliwiać adaptacyjne radzenie sobie, a w konsekwencji prowadzić do załamania, smutku, przygnębienia czy depresji (Gourounti i in., 2015; Mercer, Ferketich, 1988). Badania kobiet w ciąży prawidłowej i powikłanej wskazują na znacznie większe nasilenie symptomów depresji w trakcie trwania ciąży oraz depresji poporodowej w grupie kobiet z ciążą wysokiego ryzyka. Kobiety te osiągają też wyższe wskaźniki odczuwanego stresu (Kos, Rudnik, Bidzan, 2014), co może mieć związek z częstą hospitalizacją

lub ograniczeniami codziennej aktywności (w tym długotrwałego unieruchomienia), które same w sobie stanowią źródło stresu (Szymona-Pałkowska, Steuden 2009). Jak podaje Rutkowska i in. (2011), ciąża zagrożona, w związku z generowaniem podwyższonego poziomu lęku związanego z niepokojem o zdrowie i życie własne i dziecka, oznacza dla kobiety większy wysiłek w procesie adaptacji do trudnej sytuacji, co zmniejsza gotowość do przeżywania emocji pozytywnych, zwiększając tendencję do odczuwania emocji negatywnych. Tłumaczyć może to wyniki innych badań, w których w grupie kobiet w ciąży zagrożonej silniejsza niż u kobiet w ciąży prawidłowej okazała się korelacja natężenia odczuwanego stresu z nasileniem depresji poporodowej (Kossakowska-Petrycka, Chanduszko-Salska 2009).

Dla wielu kobiet ciąża i macierzyństwo są naturalnymi etapami rozwoju i życia, dlatego też niemożność lub utrudnienia w realizacji pragnienia wzmagają szereg niekorzystnych reakcji emocjonalnych (Chen i in., 2004; Kahyaoglu i in., 2014; Kainz, 2001; Podolska, 2007; Volgsten i in., 2010). Podobnie ryzyko utraty ciąży może nasilać poziom stresu, niepokoju, lęku, a nawet powodować depresję. Z kolei w przypadku niepłodności, jej diagnoza poprzedzona jest często okresem niepokoju, wątpliwości, przedłużającego się oczekiwania poczęcia. Proces diagnostyczno-leczniczy rozłożony jest w czasie, dlatego stan emocjonalny i umiejętności radzenia sobie ze stresem codziennego życia i stresem związanym z niepłodnością są niezmiernie istotne także dla powodzenia leczenia. Frustracja, stres i niepokój towarzyszyć mogą niepłodnej kobiecie, dlatego uważa się, że te kobiety, którym udaje się zajść w ciążę, znacząco częściej cierpią na depresję w okresie ciąży i po porodzie (Olhansky, 2003).

Powagę problemu ilustrują badania Ramezanzadeh i in. (2004), które wykazały, że w grupie pacjentek leczących się z powodu niepłodności, ponad 40% miało depresję, a 86% uskarżało się na niepokój i lęk. W badaniach Chan i in. (2004) aż 14% kobiet spełniało kryteria głębokiej depresji. Kobiety doświadczające niepłodności w okresie 2–3 lat charakteryzuje znacząco wyższe nasilenie depresji aniżeli kobiety poniżej 1. roku i powyżej 6. roku niepłodności (Domar i in., 1992). Z kolei symptomy depresji po urodzeniu dziecka, zwłaszcza w przypadku niepłodnych wcześniej kobiet, mogą nie być dostrzeżone, albowiem w społecznym odbiorze niepłodne wcześniej matki powinny być szczególnie szczęśliwe z powodu upragnionej ciąży (Olhansky, 2003). Kobiety uprzednio doświadczające niepłodności mogą zdaniem Olhanskiego (2003) „cenzurować” własne uczucia w odpowiedzi na społeczne oczekiwanie, że powinny być szczęśliwe, kiedy osiągnęły w końcu to, czego tak bardzo pragnęły. Również Green (1993, za: Olhansky, 2003) podkreśla, że kobiety doświadczające w ciąży depresji często zaprzeczają i minimalizują jej symptomy, a ta tendencja może być nasiloną w przypadku kobiet wcześniej niepłodnych.

Wyniki badań dotyczących występowania depresji w ciąży w zależności od specyfiki doświadczeń prokreacyjnych nie są jednak rozstrzygające. Wykazano na przykład związki między depresją a zwiększonym ryzykiem niepowodzenia leczenia oraz przedwczesną rezygnacją z dalszego leczenia (An i in., 2013; Koszycki i in., 2012; Lynch i in., 2014; Matthiesen i in., 2011). Przegląd badań przytoczony

przez Milazzo i in. (2016) wykazał, że zarówno objawy depresji, jak i lęku wrażliwość po niepowodzeniu leczenia ART (*assisted reproductive technology*, metody wspomaganego rozrodu), ale zmniejszają się po skutecznym leczeniu. Po wielokrotnych stratach ciąży i nieudanych próbach inseminacji czy in vitro, kobiety mogą być szczególnie narażone na przewlekły smutek, depresję i silnie odczuwany stres (Gourounti i in., 2011; Kahyaoglu i in., 2014; Koszycki i in., 2012; Nargund i in., 2015; Volgsten i in., 2010). U kobiet doświadczających niepowodzenia w leczeniu niepłodności odnotowano także wyższy wskaźnik lęku, depresji oraz wyższy wskaźnik epizodów wcześniej istniejących już zaburzeń afektywnych niż w grupie kobiet w ciąży naturalnej oraz kobiet w ciąży po zastosowaniu metod wspomaganego rozrodu (Joelsson, 2017). Porównanie nasilenia depresji w grupie bezdzietnych niepłodnych kobiet wykazało u 15,7% obecność objawów depresji, w porównaniu do 8,5% i 10,3% u kobiet ciężarnych, które poczęły w wyniku zastosowania metod wspomaganego rozrodu i kobiet w ciąży, które poczęły naturalnie. Nie odnotowano różnic w depresji lub objawach lękowych pomiędzy kobietami w ciąży leczonymi z powodu niepłodności i kobietami, które poczęły naturalnie (Joelsson, 2017). Z kolei w badaniach Trzęsowskiej-Greszta i in. (2017), 50% badanych kobiet z niepłodnością uzyskało wynik wskazujący na depresję. Tymczasem inne badania wskazują, że powodzenie procedur ART jest wyższe, kiedy kobiety doświadczają niższego poziomu lęku i depresji oraz stresu, szczególnie w okresie podejmowania leczenia (Boivin, Schmidt, 2005; Klönoff-Cohen i in., 2001; Matthiesen i in., 2011; Verhaak i in., 2005;), dlatego tak istotna jest pomoc i wsparcie dla par podejmujących leczenie z wykorzystaniem metod wspomaganego rozrodu.

Po zaiscieniu w ciążę u kobiety doświadczającej uprzednio trudności prokreacyjnych nasilenie depresji może ulec fluktuacji, a dynamika tych zmian jest znacząca. Tendais i Figueiredo (2016) zaobserwowali większy wzrost poziomu depresji od momentu zaiscienia w ciążę do okresu poporodowego wśród matek, których ciąża była wynikiem wspomaganego medycznie rozrodu, w porównaniu z tymi matkami, które zaszły w kolejną ciążę naturalnie, po wcześniejszym urodzeniu dziecka w wyniku leczenia niepłodności za pomocą metod wspomaganego rozrodu. Ponadto, ciążę wspomaganą w procesie reprodukcyjnym są częściej związane z depresją, która może utrzymywać się po porodzie, co zdaniem autorów badań (Monti i in., 2009) wymaga monitorowania i wdrożenia pomocy psychologicznej w celu uniknięcia szkodliwych skutków depresji po porodzie dla relacji matka–niemowlę i rozwoju psychicznego dziecka. Monti i in. (2008) stwierdzili również znaczny wzrost nasilenia lęku i niepokoju u matek uprzednio doświadczających niepłodności, zarówno w trzecim trymestrze ciąży, jak i 1. tygodniu po porodzie. Na podobne zmiany w dynamice nasilenia objawów depresji od poczęcia po okres po porodzie wskazują badania Hammarberga i in. (2008).

Zdiagnozowanie niepłodności jest jednym z najsilniej stresujących wydarzeń życiowych i bywa rozpatrywane w kontekście kryzysu życiowego, a długotrwałość i uciążliwość samego procesu diagnozowania, a później leczenia, może wiązać się

z chronicznym stresem (Chanduszko-Salska, 2016; Loftus, Andriot, 2012; Lykeridou i in., 2011). Im pragnienie posiadania dziecka stanowi dla partnerów ważniejszy aspekt ich wzajemnych relacji i priorytet w życiu, tym ryzyko stresu i jego nasilenia wraz z upływem czasu wzrasta (Domar, 2004; Martins i in., 2014). Dodatkowo niepowodzenia, niekiedy wielokrotne, mogą okresowo nasilać i potęgować już istniejący stres kaskadowo (Peterson i in., 2006), a zmiany psychologiczne i somatyczne oddziaływać na siebie wzajemnie, tworząc rodzaj błędnego koła.

W sytuacji niepłodności, faza leczenia, stosowane leki hormonalne, wsparcie społeczne, zasoby osobiste i przeżywane emocje mogą mieć wpływ na podejmowanie przez kobiety zarówno aktywnych, jak i pasywnych sposobów radzenia sobie (Lykeridou i in., 2011). Preferowane przez leczące się kobiety strategie pogrupowano zgodnie z koncepcją Yali i Lobel (1999) w cztery główne grupy: (1) aktywne unikanie (m.in. zaangażowanie w inne niż leczenie czynności, unikanie kontaktu z kobietami w ciąży i miejsc, gdzie można spotkać dzieci, szczególnie małe); (2) strategie aktywno-konfrontujące (np. aktywne poszukiwanie wsparcia społecznego, poszukiwanie informacji, ujawnianie emocji); (3) pasywne unikanie (np. pasywne czekanie na to, co się wydarzy); (4) przeformułowanie i reinterpretacja (m.in. dostrzeganie dobrych stron sytuacji, nadawanie pozytywnego znaczenia trudnym doświadczeniom, inwestowanie w rozwój osobisty i związek) (Lykeridou i in., 2011). 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, okazał się predyktorem silnie odczuwanego stresu związanego z niepłodnością (Schmidt i in., 2005). Badania wskazują również na to, że u kobiet stosujących strategie unikowe większe jest ryzyko obniżenia nastroju i pojawienia się negatywnych emocji po niepowodzeniu (Berghuis, Stanton, 2002, za: Bielawska-Batorowicz, 2006). Również w badaniach polskich stwierdzono, że kobiety niepłodne częściej stosują styl skoncentrowany na unikaniu niż kobiety niedoświadczające utrudnionej prokreacji (Bidzan, 2006; Bielawska-Batorowicz, 2006). Według Warawan i Wycisk (2013) kobiety niepłodne rzadziej stosują styl radzenia sobie oparty na emocjach niż kobiety płodne. W badaniach Trzęsowskiej-Greszty i in. (2017) natomiast poziom depresji korelował ujemnie ze stylem radzenia sobie poprzez koncentrowanie się na zadaniu oraz stylem unikowym, wyrażającym się w poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Predyktorem wyższego poziomu depresji u kobiet niepłodnych okazał się styl radzenia sobie poprzez skoncentrowanie na emocjach. Niższy poziom depresji wiązał się z kolei ze stosowaniem stylu unikowego, wyrażającego się w poszukiwaniu kontaktów towarzyskich.

W przypadku kobiet w ciąży zagrożonej występuje znacznie wyższy poziom stresu i negatywnych emocji z nim związanych, a kobiety te gorzej radzą sobie z tym stresem w porównaniu do kobiet w ciąży o przebiegu prawidłowym (Kossakowska, 2016). Wybierają mniej aktywne sposoby radzenia sobie, takie jak m.in. zaprzeczanie oraz odwracanie uwagi od problemu (Kossakowska-Petrycka, Chanduszko-Salska 2009).

2. CEL

Wcześniejsze badania wskazują, że stres i depresja towarzyszą zarówno kobietom w ciąży wysokiego ryzyka, jak i tym z trudnościami prokreacyjnymi. Jednak psychologiczna sytuacja kobiet, których ciąża jest zagrożona, różni się pod wieloma względami od sytuacji tych, które nie mogą zajść w ciążę, co pozwala przypuszczać, że także stres i depresja mogą różnić się nasileniem. Obecne mogą być także różnice w sposobach radzenia wybieranych przez kobiety w zależności od tego, jakich trudności doświadczają.

Za cel badań postawiono sobie zatem ocenę poziomu stresu, objawów depresji i sposobów radzenia sobie w grupie kobiet z niepłodnością: leczących się z powodu niepłodności z zastosowaniem metod wspomaganego rozrodu i niekorzystających aktualnie z takich metod, będących w ciąży wysokiego ryzyka, a także kobiet, których ciąża przebiega prawidłowo.

Prezentowane badania miały charakter eksploracyjny, nie postawiono hipotez kierunkowych, sformułowano jednak następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieją różnice w poziomie odczuwanego stresu, a także występowaniu i nasileniu objawów depresji u kobiet: leczących się z powodu niepłodności, niepodejmujących aktualnie leczenia mimo rozpoznanej niepłodności, będących w ciąży wysokiego ryzyka, a także kobiet, których ciąża przebiega prawidłowo?

2. Czy kobiety leczące się z powodu niepłodności, te, które nie podejmują leczenia mimo rozpoznanej niepłodności, a także kobiety będące w ciąży wysokiego ryzyka oraz w ciąży prawidłowej różnią się pod względem stosowanych sposobów radzenia sobie?

3. Czy istnieje związek pomiędzy poziomem odczuwanego stresu a wybieranymi sposobami radzenia sobie w badanych grupach kobiet?

3. METODA

3.1. Procedura

Do udziału w badaniach zaproszono łącznie 400 kobiet, w tym: a) 100 kobiet aktualnie leczących się¹ z powodu niepłodności (grupę tę na potrzeby dalszej charakterystyki i analizy nazwano „niepłodna badana – NB”); b) 100 kobiet doświadczających problemu niepłodności, aktualnie niepodejmujących leczenia niepłodności z zastosowaniem metod wspomaganego rozrodu i nieplanujących leczenia w najbliższych miesiącach (grupa „niepłodna kontrolna – NK”);

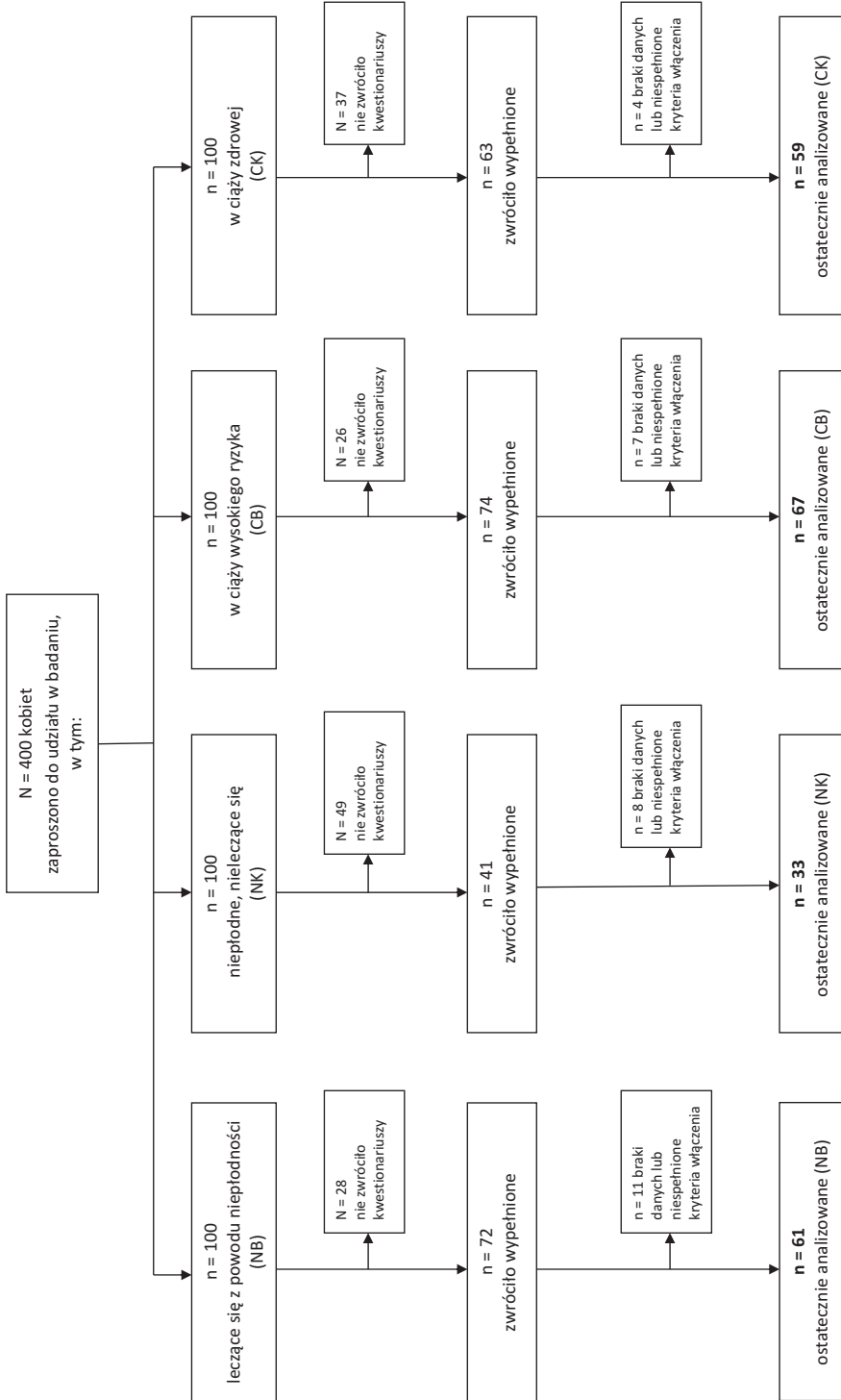
¹ Za każdym razem, kiedy w artykule jest mowa o leczeniu lub nieleczeniu niepłodności, termin „leczenie” oznacza „korzystanie z metod wspomaganego rozrodu”.

c) 100 kobiet w ciąży wysokiego ryzyka (grupa „ciąża badana – CB”) oraz d) 100 kobiet w ciąży prawidłowej bez wcześniejszych problemów z płodnością (grupa „ciąża kontrolna – CK”). Kobiety były rekrutowane w gabinetach ginekologicznych (NB, NK, CB, CK) i szkołach rodzenia (CK). Lekarz ginekolog znający przebieg leczenia niepłodności lub przebieg ciąży dokonywał wstępnej rekrutacji i zapraszał pacjentki spełniające kryteria włączenia (opisane poniżej) do udziału w badaniu. Kobiety były informowane o celu i warunkach udziału w badaniu (np. anonimowości wyników i ich przeznaczeniu wyłącznie do celów naukowych i analiz zbiorczych, możliwości rezygnacji w dowolnym momencie bez ponoszenia jakichkolwiek konsekwencji). Te, które wyraziły zgodę na udział w badaniu, otrzymywały w kopercie zestaw kwestionariuszy, które wypełniały bezpośrednio przed wizytą w gabinecie lekarskim lub w domu (wówczas kwestionariusze zwracane były podczas kolejnej wizyty). Kryteria włączenia do badania dla wszystkich kobiet to: skończony 18. rok życia, pierwsza ciąża, brak wcześniejszych poronień i pozostawanie w związku z partnerem. Pozostałe kryteria doboru różniły się w zależności od grupy. W przypadku ciężarnych był to III trymestr ciąży i pierwsza ciąża oraz zagrożony przebieg ciąży (dla grupy CB). W przypadku kobiety z grup „niepłodnych” – diagnoza niepłodności oraz leczenie się z powodu niepłodności (grupa NB) lub niepodejmowanie i nieplanowanie leczenia niepłodności z zastosowaniem metod wspomaganego rozrodu w najbliższych miesiącach (grupa NK). Spośród łącznie 400 kobiet w badaniu ostatecznie wzięło udział 220 kobiet. Szczegółowa charakterystyka przebiegu rekrutacji do badania, z uwzględnieniem każdej z badanych grup, przedstawiona została na rycinie 1.

3.2. Narzędzia

W badaniach wykorzystano:

– *Skalę Odczuwanego Stresu* (PSS-10) (Cohen i in., 1983, w adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik, 2009). PSS-10 mierzy globalne odczucie stresu w danej sytuacji życiowej, jak również trudności w radzeniu sobie z nim i natężenie negatywnych emocji. Składa się z 10 stwierdzeń dotyczących subiektywnych odczuć związanych z problemami i zdarzeniami osobistymi, zachowaniem i sposobami radzenia sobie. Odpowiedzi oceniane są na 5-stopniowej skali Likerta (od 0 – nigdy, do 4 – bardzo często). Skala została skonstruowana do oceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową na przestrzeni ostatniego miesiąca. Zgodnie z przyjętym założeniem, o natężeniu stresu decyduje nie liczba stresujących zdarzeń, lecz ich subiektywna ocena. Rozpiętość wyników w PSS-10 wynosi od 0 do 40 punktów. Narzędzie posiada bardzo wysokie wskaźniki rzetelności. Wyniki surowe można przeliczyć na jednostki normalizacyjne wyrażone w skali stenowej, gdzie 1–4 oznacza wynik niski; 5–6 – średni, a 7–10 – wysoki (Juczyński, 2009). W prezentowanych badaniach skala została zastosowana do oszacowania



Rycina 1. Przebieg procesu rekrutacji do badania

Źródło: opracowanie własne

poziomu stresu u kobiet w sytuacji ciąży zdrowej i zagrożonej. Analizie i interpretacji poddano jedynie wyniki ogólne.

– *Inwentarz Depresji Becka* (BDI) (Beck, 1961, w adaptacji: Zawadzkiego i in., 2009). Skala Depresji Becka (BDI) jest jednym z najczęściej wykorzystywanych narzędzi do rozpoznawania depresji. Służy do jakościowego i ilościowego pomiaru choroby – diagnozy depresji oraz oceny poziomu nasilenia objawów. Kwestionariusz składa się ze stwierdzeń uwzględniających emocjonalne, motywacyjne, poznawcze i somatyczne komponenty depresji i obejmuje 21 pozycji odnoszących się do najczęściej obserwowanych objawów depresji. Badani dokonują wyboru pomiędzy czterema wariantami odpowiedzi, które uwzględniają zróżnicowane natężenie objawów, od 0 (brak depresji) do 3 (silna depresja). Możliwe do uzyskania wyniki lokują się w przedziale od 0 do 63 punktów. Za sygnał depresji przyjmuje się wynik powyżej 10 punktów. Ponadto wyniki w przedziale 11–18 punktów wskazują na łagodną depresję, w przedziale 19–29 – na depresję umiarkowaną, natomiast wyniki równe 30 punktów i wyższe – na depresję o ciężkim nasileniu. W oparciu o wcześniejsze badania ustalono, że psychometryczne parametry skali (w tym zgodność wewnętrzną z kryteriami diagnostycznymi depresji oraz innymi narzędziami do pomiaru depresji) są wysoce satysfakcjonujące (Beck i in., 1988). Rzetelność skali w badaniach polskich również jest satysfakcjonująca – współczynnik *alfa* Cronbacha wyniósł 0,87 (Czapiński, 1998). Trafność teoretyczna została dowiedziona poprzez zbadanie korelacji z *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory* – podskalą depresji, również okazała się wysoka i wynosiła 0,75 (Gaston-Johansson i in., 2004). W prezentowanych badaniach BDI została zastosowana w celu oszacowania natężenia symptomów depresji w trakcie trwania ciąży w badanych grupach kobiet.

– *Wielowymiarowy Inwentarz Radzenia Sobie* (COPE) (Carver i in., 1989; w adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik, 2009). Kwestionariusz jest wielowymiarowym narzędziem służącym do oceny indywidualnych strategii stosowanych w radzeniu sobie w stresujących sytuacjach. Zawiera 60 pytań składających się na 15 skal, z których pięć odnosi się do pomiaru sposobów radzenia zorientowanych na problem (aktywne radzenie, planowanie, unikanie konkurencyjnych działań, powstrzymanie się od działania, poszukiwanie instrumentalnego wsparcia), pięć następnych odnosi się do sposobów radzenia zorientowanych na emocje (poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, pozytywne przewartościowanie, akceptacja, zaprzeczanie oraz zwrot ku religii), na trzy kolejne składają się sposoby radzenia uznane za mniej efektywne, jednak wybierane w sytuacjach stresowych (koncentracja na emocjach i ich wyładowanie, odwracanie uwagi od problemu i zaprzestanie działań). Dwie dodatkowe skale oceniają poczucie humoru, traktowane jako sposób łagodzenia przykrych emocji, a także tendencję do sięgania po używki (alkohol, narkotyki), jako doraźne środki łagodzące przykre emocje. Badana ustosunkowuje się do każdego z tych twierdzeń na 4-punktowej skali Likerta, wybierając jedną z możliwych odpowiedzi (nigdy/rzadko/czasami/

często). Ogólne wyniki mieszczą się w granicach 60–240 punktów. Właściwości psychometryczne kwestionariusza są satysfakcjonujące, a narzędzie stosowane jest często w badaniach psychologicznych do oceny indywidualnych zdolności człowieka do radzenia sobie z problemami (Juczyński, 2009). W prezentowanych badaniach kwestionariusz COPE użyty został do pomiaru intensywności stosowania strategii radzenia sobie ze stresem w badanych grupach kobiet.

3.3. Analiza statystyczna

Analiza statystyczna danych została przeprowadzona w programie SPSS 24 z wykorzystaniem statystyk opisowych, testu W Shapiro-Wilka do oceny normalności rozkładu wyników oraz testów do porównań średnich. Mimo braku normalności rozkładu wyników, uznając odporność testów na zaburzenia normalności rozkładu przy analizowanych liczebnościach, zdecydowano się na testy parametryczne. W dalszej analizie zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA w celu określenia różnic między grupami w zakresie analizowanych zmiennych wraz z testem *post hoc* Gamesa–Howella. Do określenia siły i kierunku związków pomiędzy zmiennymi wykorzystano współczynnik korelacji *r*-Pearsona. Przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$.

4. WYNIKI

4.1. Uczestnicy

Badaniami objęto łącznie 220 kobiet (wiek: $M = 28,75$; $SD = 3,78$; min. 20, max. 42), spośród których: 61 kobiet leczyło się z powodu niepłodności (NB; wiek: $M = 29,38$; $SD = 3,74$; min. 24; max. 42); 33 kobiety doświadczały problemu niepłodności, jednak aktualnie w przebiegu najbliższych 2–3 miesięcy nie podejmowały i nie planowały leczenia z zastosowaniem metod wspomaganego rozrodu (NK; wiek: $M = 29,18$; $SD = 2,93$; min. 24; max. 36); 67 kobiet w ciąży wysokiego ryzyka (CB; wiek: $M = 28,58$; $SD = 3,75$; min. 21; max. 39) oraz 59 kobiet w ciąży zdrowej, bez wcześniejszych problemów z płodnością (CK; wiek: $M = 28,07$; $SD = 4,19$; min. 20; max. 39). W badanych grupach znalazło się łącznie 64,5% kobiet z wyższym wykształceniem. Najczęstsze rozpoznane przyczyny niepłodności to: zespół policystycznych jajników (PCOS) (7,7%), problemy hormonalne (4,5%), endometrioza (4,1%). Do najczęstszych przyczyn zagrożenia ciąży należały kolejno: ryzyko przedwczesnego porodu (13,4%) lub ryzyko poronienia na wcześniejszych etapach ciąży (10,4%), a następnie przewlekłe choroby ciężarnej – cukrzyca (11,9%) i nadciśnienie (11,9%). Wszystkie kobiety ciężarne były pierworódkami, badanie miało miejsce w III trymestrze ciąży (tydzień ciąży: $M = 21,12$; $SD = 5,20$).

W tym miejscu należy zaznaczyć, że pomimo ujednoliconego sposobu rekrutacji kobiet do każdej z czterech grup, najmniej liczna okazała się grupa NK. Wynika to najprawdopodobniej z mniejszej częstotliwości spotkań z lekarzem. Kobiety niepłodne aktualnie nieleczące się są w niniejszych badaniach reprezentowane dwukrotnie rzadziej niż inne badane, mimo to zostały włączone do dalszych analiz.

4.2. Stres i objawy depresji

Nasilenie objawów depresji dla całej grupy (N = 220) wyniosło średnio 11,75 ± 9,97 punktów.

Wyniki świadczące o umiarkowanym i ciężkim nasileniu objawów depresji nie wystąpiły w ogóle w grupach kobiet z problemem niepłodności (NB i NK), podczas gdy w grupie kobiet w ciąży zdrowej (CK) umiarkowane nasilenie objawów depresji dotyczyło 17%, a ciężkie 5% badanych, natomiast w grupie kobiet w ciąży zagrożonej (CB) odpowiednio 28,5% oraz 16,2% kobiet. Kobiety niepłodne nieleczące się (NK) w ogóle nie doświadczały objawów depresji, podobnie jak 75,5% kobiet leczących się z powodu niepłodności (NB). Pozostałe 24,6% w tej grupie ujawniło objawy o łagodnym nasileniu.

Zastosowanie jednoczynnikowej analizy wariancji wraz z testem *post hoc* Gamesa–Howella dla porównania średnich wyników w zakresie nasilenia objawów depresji potwierdziło istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami: $F(3, 220) = 27,895$; $p < 0,001$. Najwyższe nasilenie objawów depresji odnotowano dla kobiet w ciąży wysokiego ryzyka (M = 18,48; SD = 12,49), zaś najniższe dla kobiet z problemem niepłodności, aktualnie niepodejmujących leczenia (M = 3,53; SD = 1,94). Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji oraz testów *post hoc* przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Nasilenie objawów depresji – porównanie średnich wyników w badanych grupach kobiet

	NB M (SD)	NK M (SD)	CB M (SD)	CK M (SD)	F	p
Nasilenie objawów depresji	8,16 (3,25)	3,52 (1,94)	18,48 (12,49)	12,41 (8,95)	27,895	< 0,001

Wyniki testów *post hoc* (Test Gamesa–Howella) – istotne statystycznie różnice wystąpiły pomiędzy grupami: NB–NK, NB–CB, NK–CB, NK–CK ($p < 0,001$); NB–CK ($p < 0,05$); CB–CK ($p < 0,05$).

Źródło: opracowanie własne.

Z kolei średni wynik uzyskany w Skali Odczuwanego Stresu dla całej grupy (N = 220) wyniósł 22,83 ± 5,93, co zgodnie z polskimi normami dla PSS-10

klasyfikuje je jako wyniki mieszczące się na granicy 7 i 8 stena (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009). Można zatem przyjąć, że w całej badanej populacji średni poziom odczuwanego stresu był wysoki.

W celu sprawdzenia, czy istnieją różnice pomiędzy grupami w zakresie poziomu odczuwanego stresu, ponownie zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA. Jej wyniki wskazują na istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami także w odniesieniu do poziomu przeżywanego stresu: $F(3, 220) = 75,819$; $p < 0,001$). Najwyższego poziomu stresu doświadczały kobiety leczące się z powodu niepłodności ($M = 25,44$; $SD = 5,51$) i kobiety w ciąży wysokiego ryzyka ($M = 25,00$; $SD = 4,14$), zaś najniższego kobiety z problemem niepłodności aktualnie nie podejmujące leczenia ($M = 12,97$; $SD = 3,09$). Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Poziom odczuwanego stresu – porównanie średnich wyników w badanych grupach kobiet

	NB M (SD)	NK M (SD)	CB M (SD)	CK M (SD)	F	p
Poziom odczuwanego stresu	25,44 (5,51)	12,97 (3,09)	25,00 (4,14)	23,19 (2,95)	75,819	< 0,001

Wyniki testów *post hoc* (Test Gamesa–Howella) – istotne statystycznie różnice wystąpiły pomiędzy grupami: NB–NK, NK–CK, NK–CB ($p < 0,001$); NB–CK, CK–CB ($p < 0,05$); NB–CB – n.i.

Źródło: opracowanie własne.

Korelacja pomiędzy poziomem stresu i nasileniem objawów depresji dla całej badanej populacji ($N = 220$) okazała się niezbyt silna, jednak istotna statystycznie i mająca wartość dodatnią ($r = 0,364$, $p < 0,01$). Zastosowanie współczynnika korelacji Persony w celu określenia siły i kierunku zależności pomiędzy tymi dwoma zmiennymi osobno dla każdej z grup badanych ujawniło jednak, że zależność ta jest istotna statystycznie tylko w dwóch przypadkach. Im wyższy jest poziom odczuwanego stresu, tym wyższe nasilenie objawów depresyjnych w grupie niepłodnych leczących się kobiet ($r = 0,811$, $p < 0,01$) – i jest to silna zależność, oraz w grupie kobiet w ciąży zdrowej ($r = 0,357$, $p < 0,01$). W dwóch pozostałych grupach (NK i CB) nie odnotowano zależności pomiędzy poziomem stresu i nasileniem objawów depresji.

4.3. Sposoby radzenia sobie

W celu określenia, czy kobiety różnią się pod względem wybieranych sposobów radzenia sobie, zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA i porównano wyniki uzyskane dla wszystkich badanych grup w Wielowymiarowym Inwentarzu Radzenia Sobie (COPE). Preferowane sposoby radzenia sobie były zróżnicowane w zależności od sytuacji badanych kobiet.

Kobiety leczące się z powodu niepłodności (NB) częściej niż kobiety w pozostałych grupach stosowały aktywne radzenie sobie ($p < 0,01$), zaprzeczanie ($p < 0,001$) i odwracanie uwagi ($p < 0,01$), natomiast kobiety w ciąży wysokiego ryzyka (CB) – poszukiwanie wsparcia emocjonalnego ($p < 0,001$), zwrot ku religii ($p < 0,001$), koncentrację na emocjach i ich wyładowaniu ($p < 0,001$), a także zaprzestanie działania ($p < 0,001$). Najwyższy poziom akceptacji aktualnej sytuacji odnotowano w grupie kobiet w ciąży prawidłowej (CK), zaś najniższy w grupie kobiet niepłodnych leczących się (NB) ($p < 0,05$). Szczegółowe wyniki analizy porównawczej przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Sposoby radzenia sobie – porównanie średnich wyników w badanych grupach kobiet

Sposoby radzenia sobie	NB M (SD)	NK M (SD)	CB M (SD)	CK M (SD)	F	p
1	2	3	4	5	6	7
Aktywne radzenie sobie	11,49 (2,36)	11,39 (1,29)	10,16 (2,76)	10,93 (2,07)	4,153	0,007 ^a
Planowanie	11,16 (1,87)	11,15 (1,70)	11,61 (3,24)	11,51 (2,37)	0,497	0,685
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	11,26 (2,94)	11,45 (1,58)	11,75 (3,23)	11,83 (2,75)	0,504	0,680
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	10,93 (2,59)	11,36 (2,46)	14,66 (1,37)	11,81 (3,21)	29,746	< 0,001 ^b
Unikanie konkurencyjnych działań	10,44 (2,25)	10,88 (1,56)	10,42 (2,83)	10,37 (2,50)	0,355	0,785
Zwrot ku religii	9,49 (3,42)	8,97 (3,28)	10,66 (2,33)	7,58 (3,28)	10,806	< 0,001 ^c
Pozytywne przewartościowanie i rozwój	10,95 (2,34)	11,36 (1,56)	10,67 (3,10)	10,46 (2,20)	1,085	0,358
Powstrzymywanie się od działania	9,93 (1,56)	9,88 (1,75)	10,03 (2,09)	9,95 (1,48)	0,065	0,978
Akceptacja	8,79 (2,42)	10,48 (2,09)	10,54 (2,14)	11,93 (3,11)	1,988	0,015 ^d
Koncentracja na emocjach i ich wyładowaniu	10,82 (2,50)	11,30 (2,62)	13,39 (2,02)	12,03 (2,36)	13,952	< 0,001 ^e
Zaprzeczanie	8,03 (2,65)	6,73 (1,81)	7,91 (2,56)	6,53 (1,93)	6,907	< 0,001 ^f
Odwracanie uwagi	9,44 (2,08)	9,39 (2,28)	9,34 (2,48)	8,20 (2,16)	4,003	0,006 ^g

Tabela 3 (cd.)

1	2	3	4	5	6	7
Zaprzestanie działania	7,07 (1,81)	6,67 (1,74)	10,13 (1,80)	7,15 (2,41)	39,152	< 0,001 ^h
Sięganie po używki	5,28 (1,92)	4,85 (1,30)	4,88 (2,34)	5,15 (2,22)	0,551	0,648
Poczucie humoru	6,28 (1,92)	6,42 (1,98)	6,66 (2,51)	6,85 (2,45)	0,708	0,548

Wyniki testów *post hoc* (Test Gamesa–Howella) – istotne statystycznie różnice wystąpiły pomiędzy grupami:

^aNB–CB, NK–CB ($p < 0,05$).

^bNB–CK ($p < 0,05$); NB–CB, NK–CB, CB–CK ($p < 0,001$).

^cNB–CK ($p < 0,05$); CB–CK ($p < 0,001$).

^dNB–NK ($p < 0,01$); NB–CK, NB–CB ($p < 0,001$).

^eNB–CK ($p < 0,05$); NK–CB, CK–CB ($p < 0,01$); NB–CB ($p < 0,001$).

^fNB–NK, NK–CB ($p < 0,05$); NB–CK, CK–CB ($p < 0,01$).

^gCB–CK ($p < 0,05$); NB–CK ($p < 0,01$).

^hNB–CB, NK–CB, CB–CK ($p < 0,001$).

Źródło: opracowanie własne.

W ostatnim kroku obliczono współczynniki korelacji dla poziomu odczuwanego stresu i sposobów radzenia sobie w poszczególnych grupach kobiet. Przedstawia je tabela 4.

Tabela 4. Współczynniki korelacji pomiędzy poziomem odczuwanego stresu a sposobami radzenia sobie w badanych grupach kobiet

Sposoby radzenia sobie	Poziom odczuwanego stresu			
	NB M (SD) n = 61	NK M (SD) n = 33	CB M (SD) n = 67	CK M (SD) n = 59
1	2	3	4	5
Aktywne radzenie sobie	0,056	-0,254	-0,258*	0,119
Planowanie	0,100	-0,124	-0,135	-0,091
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0,127	-0,074	-0,002	0,116
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,310*	0,084	0,074	-0,037
Unikanie konkurencyjnych działań	0,054	0,071	-0,294*	0,019
Zwrot ku religii	0,206	0,129	0,154	0,294*
Pozytywne przewartościowanie i rozwój	-0,128	0,321	-0,181	0,056

1	2	3	4	5
Powstrzymywanie się od działania	0,081	0,220*	0,155	0,138
Akceptacja	0,018	0,099	0,236	0,259*
Koncentracja na emocjach i ich wyładowaniu	0,023	0,059	0,331**	0,094
Zaprzeczanie	-0,131	-0,198	0,381**	0,160
Odwracanie uwagi	-0,009	0,215	0,555**	0,245
Zaprzestanie działania	-0,088	0,230*	0,453**	-0,065
Sięganie po używki	-0,154	-0,094	-0,009	-0,279*
Poczucie humoru	-0,214	0,053	-0,031	-0,117

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

Źródło: opracowanie własne.

Z danych przedstawionych w tabeli 4 wynika, że najliczniejsze związki stresu i sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych występują u kobiet w ciąży zagrożonej. Badania wskazują, że im wyższy poziom stresu w tej grupie, tym większa koncentracja na emocjach i ich wyładowaniu ($r = 0,331$, $p < 0,01$), zaprzeczanie ($r = 0,381$, $p < 0,01$) oraz odwracanie uwagi ($r = 0,555$, $p < 0,01$), a także tendencja do zaprzestania działań ($r = 0,453$, $p < 0,01$). Oznacza to, że kobiety w ciąży zagrożonej są bardziej zaniepokojone przeżywanymi emocjami oraz dążą do ich wyładowania, a także mogą doświadczać większego nasilenia bezradności i przejawiać tendencję do zaprzestania działań. Ponadto wykryto ujemną zależność stresu i unikania konkurencyjnych działań ($r = -0,294$, $p < 0,05$), co oznacza, że im wyższy stres, tym mniejsza do tego skłonność. Z kolei u kobiet w ciąży przebiegającej prawidłowo zaobserwowano dodatni związek stresu i zwrócenia się ku religii ($r = 0,294$, $p < 0,05$), natomiast ujemny stresu i sięgania po używki ($r = -0,279$, $p < 0,05$), a zatem im większe nasilenie stresu, tym silniejsza tendencja do poszukiwania w religii źródła wsparcia emocjonalnego oraz rzadsze sięganie po używki. W pozostałych grupach wykryto znacznie mniej istotnych statystycznie korelacji stresu i preferowanych sposobów radzenia sobie z nim. Dla kobiet aktualnie podejmujących leczenie istotna statystycznie okazała się tylko jedna zależność – dodatni związek poziomu stresu z poszukiwaniem wsparcia społecznego ($r = 0,310$, $p < 0,05$). U kobiet niepłodnych niepodejmujących aktualnie leczenia z zastosowaniem metod wspomaganego rozrodu stres dodatnio koreluje z powstrzymywaniem się od działania ($r = 0,220$, $p < 0,05$) oraz jego zaprzestaniem ($r = 0,230$, $p < 0,05$). Zatem im wyższy stres, tym większa skłonność do rezygnacji z podejmowania wysiłków na rzecz osiągnięcia celu, bezradność oraz powstrzymywanie się przed działaniem przedwczesnym, w niewłaściwym dla jednostki momencie.

5. DYSKUSJA

Prezentowane badania miały na celu sprawdzenie nasilenia objawów depresji, poziomu stresu oraz wskazanie preferowanych sposobów radzenia sobie w zależności od tego, czy i jakich trudności prokreacyjnych doświadczają badane kobiety. Analizowano wyniki uzyskane w grupie kobiet niepełnych – leczących się z zastosowaniem metod wspomaganego rozrodu i niekorzystających aktualnie z takiego leczenia, kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, a także kobiet w ciąży zdrowej.

Uzyskane rezultaty wskazują, że kobiety z niepełnością nieprzystępujące do procedur wspomaganego rozrodu doświadczają niższego poziomu depresji w porównaniu do tych, które podjęły leczenie, oraz do kobiet w ciąży zagrożonej. Należy nadmienić, że badane nie zadeklarowały rezygnacji z leczenia, jednak w chwili obecnej nie podejmowały działań w tym względzie. Uzyskane rezultaty sugerują jednak, że aktualna sytuacja kobiety może mieć istotne znaczenie. Poznanie kontekstu niepodejmowania leczenia w najbliższym czasie wydaje się istotne. Może bowiem być to chwilowe zaprzestanie działań w wyniku niepowodzeń, ale także zaprzestanie okresowe, wynikające z chęci zadbania o siebie lub o relacje, które w wyniku działań leczniczych mogły nie znajdować należytej uwagi. Ponadto może to być okres refleksji i rozważania innych rozwiązań, jak decyzja o bezdzietności albo etap przygotowania do innych możliwości zaspokajających potrzebę pełnienia ról rodzicielskich, np. poprzez adopcję dziecka. W przypadku długotrwale zmagających się z niepełnością kobiet takie chwilowe odłożenie starań może również przynieść rodzaj ulgi i sprzyjać redukcji napięcia. Niższy poziom depresji i stresu może, jak sygnalizuje Verhaak i in. (2014), być wynikiem adaptacji do sytuacji i formą przystosowania. Co więcej, uzyskany niski wskaźnik depresji wydaje się szczególnie ważny w kontekście dynamiki zmian w zakresie przeżywanego emocji, na różnych etapach leczenia i obecności korzystnego efektu tzw. „odpuszczenia”, zaznania chwilowej ulgi. W pracy terapeutycznej z pacjentkami i parami leczącymi się z powodu niepełności obserwuje się, jak często czynnikiem stresującym jest presja czasu i poczucie konieczności szybkiego przystępowania, niezależnie od efektów, do kolejnych zabiegów i wykorzystania wszystkich szans, jakie dają zamrożone zarodki (Chanduszek-Salska, 2016). Niepowodzenia w leczeniu, jak niejednokrotnie wskazywano w literaturze, wymagają otoczenia szczególną opieką, okazania wsparcia i zrozumienia dla potrzeb i emocji pary doświadczającej niepowodzeń prokreacyjnych. Chwilowe niepodejmowanie leczenia wspomaganego medycznie może być rozpatrywane jako czas dany sobie przez kobiety biorące udział w badaniu potrzebny np. do podjęcia dalszych decyzji. Również przerwa między kolejnymi procedurami leczniczymi może być ważnym okresem regeneracji, wzmocnienia swoich potencjałów i sił przed kolejnymi etapami leczenia lub podjęciem decyzji o innych rozwiązaniach. Z kolei przystąpienie do wspomaganego medycznie leczenia niepełności wydaje się być decyzją służącą realizacji celów prokreacyjnych, co sprzyja wzbudzeniu

nadziei i pozytywnych emocji, dzięki czemu poziom negatywnych emocji oraz depresji może być niższy.

Spójne z wcześniejszymi doniesieniami (Byatt i in., 2014; Kossakowska, 2016; Littleton i in., 2009) jest także wysokie nasilenie objawów depresji towarzyszące kobietom w ciąży wysokiego ryzyka. Ciąża przebiegająca z poczuciem zagrożenia poronieniem, przedwczesnym porodem czy chorobami matki to sytuacja trudna emocjonalnie, w wyniku której może pojawić się załamanie, smutek, przygnębienie, a nawet depresja. Także inni autorzy zgadzają się z tym, że jedną z reakcji najczęściej występujących u kobiet w ciąży zagrożonej jest depresja, a jej natężenie jest istotnie wyższe niż u kobiet w ciąży przebiegającej prawidłowo (Dulude i in., 2002; Kossakowska, 2016; Mercer i in., 1998). Może to mieć związek z częstszymi hospitalizacjami, wymaganymi ze względu na powikłany przebieg ciąży. Taka próba interpretacji znajduje zresztą uzasadnienie w literaturze – zaburzenia nastroju u kobiet w ciąży zagrożonej obserwowane są jeszcze częściej wśród tych, które są hospitalizowane niż u przebywających na leczeniu domowym (Heaman, Gupton, 1998; Maloni, Kutil, 2000). W etiologii depresji prenatalnej podkreśla się również rolę uwarunkowań osobowościowych (jak np. niedojrzała postawa kobiety, utrudniająca adaptację do macierzyństwa) i psychospołecznych (jak konfliktowe relacje z partnerem, brak wsparcia społecznego) (Szymona-Pałkowska, 2005). W prezentowanych badaniach wpływ czynników osobowościowych i/lub psychospołecznych nie był analizowany, jeżeli jednak towarzyszą one ciąży wysokiego ryzyka, to objawy depresji mogą przybrać na sile.

Wyniki dotyczące poziomu stresu w badanych grupach kobiet również korespondują z literaturą przedmiotu – wyższy poziom stresu obecny jest u kobiet niepłodnych aktualnie podejmujących leczenie oraz kobiet w ciąży zagrożonej.

Już sama ciąża przebiegająca fizjologicznie (ciąża zdrowa) stanowi źródło stresu psychologicznego. Przyszłej matce mogą towarzyszyć jako naturalne zarówno radość i poczucie szczęścia, ale także obniżone samopoczucie, lęk i niepokój, labilność emocjonalna, stres wynikający ze zmian fizjologicznych i życiowych. Jak wyjaśnia Szymona-Pałkowska (2005), w sytuacji ciąży trudno oddzielić stres psychologiczny od stresu fizjologicznego ze względu na swego rodzaju sprzężenie zwrotne zachodzące pomiędzy zmianami na poziomie organizmu ciężarnej i odpowiadającymi im zmianami emocjonalnymi, a zależność ta staje się jeszcze silniejsza u kobiet w ciąży zagrożonej – somatyczne zagrożenie ciąży wpływa bowiem bezpośrednio na zmiany w psychice. Badania Gourounti i in. (2015) także wskazują na ciążę zagrożoną jako źródło stresu.

Z kolei w przypadku niepłodności podejmowanie decyzji o leczeniu i przystępowanie do niego mogą być rozpatrywane jako sytuacje trudne, wymagające mobilizacji i zwiększonej aktywności, co w sposób naturalny może nasilać aktualnie odczuwany stres, a jego źródłem może być samo przystąpienie do procedury *in vitro* (Berghuis i in., 2000; Gourounti i in., 2011; Podolska, Bidzan, 2011; Verhaak i in., 2014). Potwierdzeniem tej tezy jest w prezentowanych badaniach

najniższy poziom stresu przeżywanego przez kobiety doświadczające niepłodności, ale aktualnie niepodejmujące leczenia metodami wspomaganego rozrodu.

U kobiet, które podjęły leczenie, przeprowadzone badania wykazały najsilniejszy związek stresu z objawami depresji. Wyniki te potwierdzają, jak istotne jest objęcie opieką psychologiczną kobiet leczących się z powodu niepłodności. Znalezione ujemne powiązanie między poziomem objawów depresyjnych w okresie poprzedzającym i w trakcie podjęcia leczenia z wyższym wskaźnikiem ciąży w wyniku leczenia (An i in., 2013; Lynch i in., 2014). Silny związek stresu i depresji może skutkować pogorszeniem kondycji psychofizycznej i w efekcie obniżeniem zdolności prokreacyjnych. Badania (Martins i in., 2014; Nargund, 2015) wskazują, że silny stres u kobiet podczas podchodzenia do procedur wspomaganego medycznie rozrodu może skutkować zwiększonym ryzykiem niepowodzenia i niższym wskaźnikiem ciąży. Ponadto objawy depresji, jak i stresu mogą wzrosnąć po niepowodzeniu leczenia (Milazzo i in., 2016). Z kolei kobiety doświadczające w ciąży depresji mogą zaprzeczać jej symptomom, a nawet „cenzurować” własne uczucia (Olhanski, 2003; Olhanski, Sereica, 2005), jeżeli medyczne wspomaganie rozrodu zakończy się ciążą.

Analiza preferowanych sposobów radzenia sobie w badanych grupach kobiet pokazała, że kobiety aktualnie przystępujące do procedur leczenia niepłodności preferują z jednej strony aktywne radzenie sobie ze stresem, a z drugiej także zaprzeczanie i odwracanie uwagi. Tendencje do zaprzeczania i odwracania uwagi mogą służyć lepszemu przystosowaniu się do potencjalnie stresującej i wzbudzającej silne emocje sytuacji. Im jest ona ważniejsza dla kobiety, tym bardziej kobieta stara się koncentrować na emocjach, ale także na zaprzeczaniu, szczególnie kiedy nie ma kontroli nad sytuacją (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009), tak jak w przypadku niepłodności. Zaprzeczanie rozumiane jest z kolei jako ignorowanie, odrzucanie zaistniałych okoliczności, natomiast odwracanie uwagi to działania mające na celu unikanie myślenia o problemie poprzez podejmowanie czynności zastępczych. Zarówno zaprzeczanie, jak i odwracanie uwagi zaliczane są do zachowań unikowych. Szczególnie że także te kobiety przejawiają najniższy poziom akceptacji sytuacji trudnej w porównaniu do kobiet w ciąży prawidłowej. Verhaak i in. (2014) wskazują, że kobiety leczące się powodu niepłodności dostosowują się psychologicznie do kolejnych nieudanych procedur *in vitro*.

Jak wynika z przeprowadzonych badań, kobiety w ciąży zagrożonej stanowią grupę, w której związki – tak dodatnie, jak i ujemne – preferowanych sposobów radzenia sobie są bardzo liczne. Interpretacja tych wyników nie wydaje się nastrożać trudności – ciąża zagrożona nosi znamiona kryzysu psychologicznego i wymagać może uruchomienia wielu procesów wpierających zmaganie się z tym kryzysem. Oczywiście, niemożność zajścia w ciążę również stanowi silny stresor, jednak zagrożenie ciąży często pojawia się nagle, niespodziewanie dla przyszłej matki, ma więc ona mniej czasu na poradzenie sobie ze stresem i może podejmować różne próby zapanowania nad nim, czasem pozornie wykluczające

się. Właśnie taką sytuację wydają się ujawniać uzyskane wyniki. Badane kobiety w ciąży wysokiego ryzyka z jednej strony szukają wsparcia emocjonalnego i zwracają się ku religii, z drugiej koncentrują się na rozładowaniu emocji albo preferują zaprzestanie działań. Takie mało aktywne i/lub oparte na redukcji emocji reakcje są jednak zdaniem Oleś (1996) przykładem krótkotrwałego adaptacyjnego sposobu radzenia sobie, pożądanego w sytuacji zagrożenia ciąży. Yali i Lobel (1999) wskazują na gorszy stan emocjonalny tych kobiet z grupy ciąży wysokiego ryzyka, które preferowały radzenie sobie polegające na aktywnym przygotowywaniu się na urodzenie dziecka (np. kupowały tzw. wyprawkę, urządzały pokój dziecięcy) w porównaniu z kobietami, które tego nie robiły.

6. OGRANICZENIA I IMPLIKACJE DLA DALSZYCH BADAŃ

Rezultaty badań wskazują na obecność różnic między uwzględnionymi w badaniu grupami kobiet. Szczególnie ciekawe wydają się wyniki dotyczące problemu niepłodności, ponieważ proces radzenia sobie z nią zależy od wielu czynników, m.in. czasu trwania niepłodności, podjętych działań leczniczych, liczby prób wspomaganego rozrodu i ich efektu. Wiele badań kobiet z niepłodnością dotyczy wyników uzyskiwanych w okresie przygotowań i podchodzenia do zabiegów medycznie wspomaganego prokreacji i analiz porównawczych kobiet, które zaszły w ciążę i doznały niepowodzenia, brakuje natomiast badań kobiet niepłodnych aktualnie niepodlegających leczeniu i niebędących w ciąży. Niniejsze badania pozwalają nieco bliżej poznać wybrane aspekty psychologicznego funkcjonowania tej grupy kobiet doświadczających utrudnionej prokreacji. Analiza korelacji wskazuje, że im wyższy stres, tym większa tendencja do powstrzymywania się od działania oraz zaprzestania działań, co może tłumaczyć, dlaczego badane kobiety nie podejmują działań związanych z leczeniem.

Prezentowane badania nie są oczywiście wolne od ograniczeń, których eliminacja pozwoliłaby na pełniejszą analizę problemu. Cenne, na przykład, może okazać się eksplorowanie przyczyn podejmowania właśnie w tym momencie decyzji o leczeniu lub chwilowym jego zaprzestaniu wśród kobiet niepłodnych oraz badanie kobiet w ciąży prawidłowej i zagrożonej uprzednio doświadczających niepłodności. Analiza rezultatów badań i literatury przedmiotu wskazują, jak ważną rolę dla nasilenia stresu i depresji oraz podejmowanych sposobów radzenia sobie może pełnić aktualna sytuacja i moment, w jakim znajduje się badana kobieta. Zależności te mogą się zmieniać na przestrzeni czasu, a dynamika tych zmian może być znacząca. Możliwość przeprowadzenia badań podłużnych przyczyniłaby się do bliższego poznania wzajemnych relacji i zależności stresu, depresji i preferowanych sposobów radzenia sobie, poznania potrzeb kobiet na różnych etapach starań prokreacyjnych, co przyniosłoby szczególnie cenne implikacje praktyczne.

Wśród innych wskazówek do dalszych badań wymienić należy kontrolowanie czasu, jaki upłynął od uzyskania diagnozy niepłodności, podobnie jak charakteru zagrożenia ciąży oraz czasu pojawienia się czynników tego zagrożenia. Nieliczne są też badania dotyczące kobiet leczących się z powodu niepłodności, które poczęły dziecko (Jolesson, 2017), a wiedza w tym względzie może być szczególnie ważna w profilaktyce depresji poporodowej i otoczeniu właściwą opieką psychologiczną kobiety w czasie ciąży.

BIBLIOGRAFIA

- An Y., Sun Z., Li L., Zhang Y., Ji H. (2013). Relationship between psychological stress and reproductive outcome in women undergoing in vitro fertilization treatment: Psychological and neurohormonal assessment. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 30, 35–41. Doi: 10.1007/s10815-012-9904-x.
- Berghuis J. P., Stanton A. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: a longitudinal study of doping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of Consulting Clinical Psychiatry*, 2, 433–438. Doi: 10.1037/0022-006X.70.2.433.
- Bidzan M. (2006). *Psychologiczne aspekty niepłodności*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Bielawska-Batorowicz E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Boivin J., Schmidt L. (2005). Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. *Fertility and Sterility*, 83, 1745–1752. Doi: 10.1016/j.fertnstert.2004.12.039.
- Byatt N., Hicks-Courant K., Davidson A., Levesque R., Mick E., Allison J., Moore Simas T. L. (2014). Depression and anxiety among high-risk obstetric inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 36(6), 644–649. Doi: 10.1016/j.genhosppsych.2014.07.011.
- Carver Ch. S., Sheier M. F., Weintraub J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283.
- Chan C. H., Ng E. H., Chan C. L., Ho Chan T. H. (2006). Effectiveness of psychosocial group intervention for reducing anxiety in women undergoing in vitro fertilization: A randomized controlled study. *Fertility and Sterility*, 85(2), 339–346. Doi: 10.1016/j.fertnstert.2005.07.1310.
- Chanduszko-Salska J. (2016). Znaczenie pomocy psychologicznej i psychoterapii we wspomaganie leczenia niepłodności. *Postępy Andrologii Online*, 3(1), 12–22. <http://www.postepyandrologii.pl/pdf/29-07-2016%20Chanduszko-Salska%20-01%201-2016.pdf> [dostęp 2.12.2018].
- Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24(4), 385–396.
- Domar A. D., Broome A., Zuttermeister P. C., Seibel M., Friedman R. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility*, 58(6), 1158–1163. Doi: 10.1016/S0015-0282(16)55562-9.
- Gourounti C., Karpathiotaki N., Vaslamatzis G. (2015). Psychosocial Stress in High Risk Pregnancy. *International Archives of Medicine*, 8(95), 1–9. Doi: 10.3823/1694.
- Hammarberg K., Fisher J. R., Wynter K. H. (2008). Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: A systematic review. *Human Reproduction*, 14, 395–414. Doi: 10.1093/humupd/dmn030.
- Heaman M. I., Gupton A. L. (1998). Perceptions of bed rest by women with high-risk pregnancies: A comparison between home and hospital. *Birth*, 25(4), 252–258. Doi: 10.1046/j.1523-536X.1998.00252.x.

- Joelsson L. S., Tyden T., Wanggren K., Georgakis M. K., Stern J., Berglund A., Skalkidou A. (2017). Anxiety and depression symptoms among sub-fertile women, women pregnant after infertility treatment, and naturally pregnant women. *European Psychiatry*, 3556, 1–8. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.07.004.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2009). *Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Kahyaoglu Sut H., Balkanli Kaplan P. (2014). Quality of life in women with infertility via the FertiQoL and the Hospital Anxiety and Depression Scales. *Nursing and Health Science*, 28. Doi: 10.1111/nhs.12167.
- Kainz K. (2001). The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Womens Health Issues*, 11(6): 481–485. Doi: 10.1016/S1049-3867(01)00129-3.
- Klonoff-Cohen H., Chu E., Natarajan L., Sieber W. (2001). A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and Sterility*, 76, 675–687. Doi: 10.1016/S0015-0282(01)02008-8.
- Koss J., Rudnik A., Bidzan M. (2014). Doświadczanie stresu a uzyskiwane wsparcie społeczne przez kobiety w ciąży wysokiego ryzyka. Doniesienie wstępne. *Family Forum*, 4, 183–201.
- Kossakowska K. (2016). Incidence and determinants of postpartum depression among healthy pregnant women and high-risk pregnant women. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 25(1), 1–21. Doi: 10.1016/j.pin.2016.02.002.
- Kossakowska-Petrycka K., Chanduszko-Salska J. (2009). Poziom stresu i radzenie sobie ze stresem w ciąży wysokiego ryzyka a występowanie depresji poporodowej. W: K. Janowski, A. Cudo (red.), *Człowiek chory. Aspekty biopsychospołeczne*, t. 2, 11–21. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Koszycki D., Bissesse J.-C., Blier P., Bradwejn J., Markowitz J. (2012). Interpersonal psychotherapy versus brief supportive therapy for depressed infertile women: First pilot randomized controlled trial. *Archives of Womens Mental Health*, 15, 193–201. Doi: 10.1007/s00737-012-0277-z.
- Littleton H. L., Breitkopf C. R., Berenson A. B. (2007). Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: A meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 196(5), 424–432. Doi: 10.1016/j.ajog.2007.03.042.
- Loftus J., Andriot A. L. (2012). “That’s what makes a woman”: Infertility and coping with a failed life course transition. *Sociological Spectrum*, 32, 226–243. Doi: 10.1080/02732173.2012.663711.
- Lykeridou K., Gourounti K., Sarantaki A., Loutradis D., Vaslamatzis G., Deltsidou A. (2011). Occupational social class, coping responses and infertility related stress of women undergoing infertility treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1971–1980. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03696.x.
- Lynch C. D., Sundaram R., Maisog J. M., Sweeney A. M., Buck Louis G. M. (2014). Preconception stress increases the risk of infertility: Results from a couple-based prospective cohort study – the LIFE study. *Human Reproduction*, 29, 1067–1075. Doi: 10.1093/humrep/deu032.
- Makara-Studzińska M., Moryłowska J., Sidor K. (2009). Zaburzenia depresyjne i lękowe w ciąży. *Przegląd Ginekologiczno-Położniczy*, 9, 63–66.
- Maloni J. A., Kutil R. (2000). Antepartum support group for women hospitalized on bed rest. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 25(4), 204–210. Doi: 10.1097/00005721-200007000-00008.
- Martins M. V., Costa P., Peterson B. D., Costa M. E., Schmidt L. (2014). Marital stability and repartnering: Infertility-related stress trajectories of unsuccessful fertility treatment. *Fertility and Sterility*, 102(6), 1716–1722. Doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.09.007.
- Mathiesen S. M. S., Frederiksen Y., Ingerslev H. J., Zachariae R. (2011). Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): A meta-analysis. *Human Reproduction*, 26, 2763–2776. Doi: 10.1093/humrep/der246.

- Mercer R., Ferketich S. (1988). Stress and social support as predictors of anxiety and depression during pregnancy. *Advanced Nursing Sciences*, 10, 83–95.
- Milazzo A., Mnatzaganian G., Elshaug A. G., Hemphill S. A., Hiller J. E., Health A. (2016). Depression and anxiety outcomes associated with failed assisted reproductive technologies: A systematic review and meta-analysis. *PLOS One*, 11(11), e0165805. Doi: 10.1371/journal.pone.0165805.
- Monti F., Agostini F., Fagandini P., La Sala G. B., Blickstein I. (2009). Depressive symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. *Fertility and Sterility*, 91, 851–857. Doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.01.021.
- Monti F., Agostini F., Fagandini P., Paterlini M., La Sala G. B., Blickstein I. (2008). Anxiety symptoms during late pregnancy and early parenthood following assisted reproductive technology. *Journal of Perinatal Medicine*, 36, 425–432. Doi: 10.1515/JPM.2008.074.
- Myers S., Burger, O., Johns S. E. (2016). Postnatal depression and reproductive success in modern, low-fertility contexts. *Evolution, Medicine, and Public Health*, 1, 71–84. Doi: 10.1093/emph/eow003.
- Nargund V. H. (2015). Effects of psychological stress on male fertility. *Nature Reviews Urology*, 12(7), 373–382. Doi: 10.1038/nrur.2015.112.
- Oleś P. (1996). Z problematyki interwencji kryzysowej i radzenia sobie ze stresem. *Studia z Psychologii w KUL*, 8, 249–265.
- Olhansky E. (2003). A theoretical explanation for previously infertile mothers' vulnerability to depression. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 263–268. Doi: 10.1111/j.1547-5069.2003.00263.x.
- Olshansky E., Sereika S. (2005). The transition from pregnancy to postpartum in previously infertile women: A focus on depression. *Archives of Psychiatry Nursing*, 19(6), 273–280. Doi: 10.1016/j.apnu.2005.08.003.
- Peterson B., Boivin J., Norré J., Smith C., Thorn P., Wischmann T. (2012). An introduction to infertility counseling: A guide for mental health and medical professionals. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 29(3), 243–248. Doi: 10.1007/s10815-011-9701-y.
- Podolska M. (2007). *Niepłodność i jej następstwa psychologiczne. Stan badań i perspektywy*. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Podolska M., Bidzan M. (2011). Infertility as a psychological problem. *Ginekologia Polska*, 82, 44–49. https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/46385/33172 [dostęp 2.12.2018].
- Ramezandeh F., Aghssa M. M., Abedinia N., Zayeri F., Khanafshar N., Shariat M. (2004). A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health*, 4(1), 9. Doi: 10.1186/1472-6874-4-9.
- Rutkowska A., Rolińska A., Kwaśniewski W., Makara-Studzińska M., Kwaśniewska A. (2011). Lęk – jako stan i jako cecha u kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka. *Current Problems of Psychiatry*, 12(1), 56–59.
- Schmidt L., Holstein B. E., Christensen U., 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. Doi: 10.1093/humrep/dei193.
- Stanton A., Lobel M., Sears S. (2002). Psychosocial Aspects of Selected Issues in Women's Reproductive Health: Current Status and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 751–770. Doi: 10.1037/0022-006X.70.3.751.
- Studen S., Szymona K. (2003). Psychologiczne aspekty macierzyństwa i ojcostwa w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka. W: J. Meder (red.), *Problemy zdrowia psychicznego kobiet* (109–121). Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

- Szymona-Palkowska K. (2005). *Psychologiczna analiza doświadczeń rodziców w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Szymona-Palkowska K., Steuden S. (2009). Doświadczenie zagrożenia utraty dziecka przez kobiety w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka. W: S. Steuden, K. Janowski (red.), *Psychospołeczne konteksty doświadczania straty* (41–57). Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Teixeira C., Figueiredo B., Conde A., Pacheco A., Costa R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, 119, 143–148. Doi: 10.1016/j.jad.2009.03.005.
- Tendais I., Figueiredo B. (2016). Parents' anxiety and depression symptoms after successful infertility treatment and spontaneous conception: Does singleton/twin pregnancy matter? *Human Reproduction*, 31(10), 2303–2312. Doi: 10.1093/humrep/dew212.
- Trzęsowska-Greszta E., Jastrzębski J., Sikora R., Fiałek M., Trębicka P. (2017). Poziom depresji u kobiet z utrudnioną prokreacją a styl radzenia sobie ze stresem i płęć psychologiczna. *Fides et Ratio* (191–221). <http://www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/Presentations0/2017-15Greszta.pdf> [dostęp 2.12.2018].
- Verhaak C. M., Lintsen A. M. E., Evers A. W. M., Braat D. D. M. (2014). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*, 25, 1234–1240. Doi: 10.1093/humrep/deq054.
- Verhaak C. M., Smeenk J. M. J., van Minnen A., Kremer J. A. M., Kraaimaat F. W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, 20, 2253–2260. Doi: 10.1093/humrep/dei015.
- Volgsten H., Skoog Svanberg A., Olsson P. (2010). Unresolved grief in women and men in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 89, 1290–1297. Doi: 10.3109/00016349.2010.512063.
- Wang J., Wu X., Lai W., Long E., Zhang X., Li W., Lin H. (2017). Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 7:e017173. Doi: 10.1136/bmjopen-2017-017173.
- Warawan L., Wycisk J. (2013). Satysfakcja małżeńska u kobiet niepłodnych z uwzględnieniem stylu radzenia sobie ze stresem. *Psychologia Jakości Życia*, 12, 75–89.
- WHO (2000). *Manual for the Standardized Investigation and Diagnosis of the Infertile Couple*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Widomska-Czekajska T., Górąjek-Jóźwik J. (2010). *Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych*, t. 1. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Yali A. M., Lobel M. (1999). Coping and distress in pregnancy: An investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 20(1), 39–52.
- Zawadzki B., Popiel A., Pragłowska E. (2009). Charakterystyka psychometryczna polskiej adaptacji Kwestionariusza Depresji BDI-II Aarona Becka. *Psychologia – Etiologia – Genetyka*, 19, 71–95.

JOLANTA CHANDUSZKO-SALSKA, KAROLINA KOSSAKOWSKA

STRESS, SYMPTOMS OF DEPRESSION AND WAYS OF COPING AMONG WOMEN WITH INFERTILITY AND HIGH-RISK PREGNANT WOMEN

Abstract. A diagnosis of infertility is a particularly stressful life event, and reproductive failure increases stress and the risk of depression. In the perinatal period, the risk of psychiatric problems may increase by several times, especially when the pregnancy has a high risk of failure. The choice of strategy for coping with a diagnosis of infertility or high-risk pregnancy can help to alleviate, or aggravate, mental tension.

The purpose of the study was to determine the intensity of stress, depression and the strategy employed to cope with stress among infertile and high-risk pregnant women. It also examined whether the participating women differ in terms of the variables included in the study.

The study involved 220 women. The first group consisted of women who were treated for infertility (N = 61), the second included women with infertility problems not currently using assisted reproductive technologies for infertility treatment and not planning treatment in the coming months (N = 33), the third included those with high-risk pregnancies (N = 67), and the final group, pregnant women with no complications or previous fertility problems (N = 59). The participants completed a set of self-report questionnaires: Perceived Stress Scale (PSS), Beck Depression Inventory (BDI) and Coping Orientation to Problems Experienced Inventory (COPE).

The study groups differed in terms of stress, intensity of depressive symptoms, and approach to coping. The highest level of stress was present in women treated for infertility, and the highest symptoms of depression among high-risk pregnant women. Women treated for infertility were most likely to choose active coping, denial and focusing attention away from the problem. Similar results were obtained for a group of women with infertility problems who did not receive treatment. Pregnant women most often sought emotional support, turned to religion or focused on emotion, and their discharge or cessation of activities.

The results indicate that stress level is highest among infertile women, and depression among high-risk pregnant women. The choice of coping strategy also varies between study groups. Expanding knowledge in this area will help to develop appropriate psychological help for women anticipating conception and birth, and experiencing difficulties with fertility.

Key words: infertility, high-risk pregnancy, stress, depression, ways of coping.