

A c t a Universitatis Lodziensis

FOLIA PSYCHOLOGICA

22



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO



A c t a
Universitatis
Lodziensis

FOLIA PSYCHOLOGICA

22



WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
ŁÓDZKIEGO

A c t a
Universitatis
Lodziensis

FOLIA PSYCHOLOGICA

22



REDAKCJA NAUKOWA „FOLIA PSYCHOLOGICA”

Eleonora Bielawska-Batorowicz (redaktor naczelny)
Agnieszka Lipińska-Grobelny (zastępca redaktora naczelnego)
Anna Józefczyk (sekretarz), *Wiesław Szymczak* (redaktor statystyczny)
Karolina Kossakowska (redaktor), *Joanna Witkowska* (redaktor językowy)

KOMITET NAUKOWY

Małgorzata Górnik-Durose (Uniwersytet Śląski), *Zygfryd Juczyński* (Społeczna Akademia Nauk w Łodzi), *Maria Lis-Turlejska* (Uniwersytet Warszawski), *Aleksandra Łuszczynska* (Trauma, Health & Hazards Center, University of Colorado, CO, USA oraz Uniwersytet SWPS Wrocław), *Tadeusz Marek* (Uniwersytet Jagielloński), *Teresa Rostowska* (Uniwersytet Gdański) *Helena Śęk* (Uniwersytet SWPS, Wrocław), *Peter M. Stratton* (University of Leeds, Leeds Family Therapy and Research Centre, Wielka Brytania), *Ryszard Studenski* (Uniwersytet Śląski) *Cornelia Thiels* (Fachhochschule Bielefeld, Niemcy), *Maria Platsidou* (Department of Educational & Social Policy, University of Macedonia, Grecja)

RECENZENCI

Mariola Bidzan (Uniwersytet Gdański), *Jolanta Chanduszek-Salska* (SAN Łódź), *Jan Chodkiewicz* (Uniwersytet Łódzki), *Elżbieta Kasprzak* (UKW Bydgoszcz), *Dorota Kornas-Biela* (KUL) *Hanna Liberska* (UKW Bydgoszcz), *Wiesław Łukaszewski* (SWPS Sopot), *Ewa Malinowska* (Uniwersytet Łódzki), *Dorota Merecz-Kot* (Instytut Medycyny Pracy, Łódź), *Magdalena Miotk-Mrozowska* (UKW Bydgoszcz), *Paulina Pawlicka* (Uniwersytet Gdański), *Leszek Putyński* (Uniwersytet Łódzki), *Paulina Szymańska* (Uniwersytet Łódzki), *Andrzej Śliwerski* (Uniwersytet Łódzki), *Monika Wróbel* (Uniwersytet Łódzki), *Anna Zalewska* (SWPS Poznań)

OPRACOWANIE REDAKCYJNE

Danuta Bąk

SKŁAD I ŁAMANIE

AGENT PR

PROJEKT OKŁADKI

Agencja Reklamowa efactoro.pl

© Copyright by Authors, Łódź 2018
© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2018

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
Wydanie I. W.09223.19.0.Z

Ark. wyd. 6,0; ark. druk. 6,125

ISSN 1427-969X
e-ISSN 2353-4842

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
90-131 Łódź, ul. Lindleya 8
www.wydawnictwo.uni.lodz.pl
e-mail: księgarnia@uni.lodz.pl
tel. (42) 665 58 63

RADOSŁAW B. WALCZAK

Institute of Psychology, Opole University
Plac Staszica 1, 45-315 Opole
e-mail: rwalczak@uni.opole.pl

RAFAL GERYMSKI

Institute of Psychology, Opole University
Plac Staszica 1, 45-315 Opole
e-mail: r.gerymski@gmail.com

JAKUB FILIPKOWSKI

Institute of Psychology, Opole University
Plac Staszica 1, 45-315 Opole
e-mail: jfilipkowski@o2.pl

WOULD YOU FANCY A PREMIUM FIVE O’CLOCK AFTER THE FUNERAL? APPLICATION OF TERROR MANAGEMENT THEORY IN DAILY SHOPPING DECISIONS

Abstract. The present study has investigated how fear-of-death activation affected consumer food product choices. Undergraduate students ($N = 130$; $M_{age} = 22.7$; $Me_{age} = 21$) differing on the conscious fear of death level participated in this study. The participants were divided into two experimental and one control groups. In first experimental group fear of death was induced by asking the participants to read an euthanasia story, in second experimental group by asking them to picture their own death. All experimental groups filled a fear of death personality measure prior to the experiment. Afterwards, participants had to indicate their usual shopping preferences, by choosing between several standard and premium-looking food items which were selected in the pilot study. Results show a decreased number of premium product choices in the death activation groups. Conscious level of fear had no impact on those choices. Results are discussed under the terror management theory framework.

Key words: fear of death, consumer choice, luxury products, terror management theory, mortality salience.

1. INTRODUCTION

Fear of death can have tremendous impact on person's life, and may lead to maladaptive behaviors and bad decision making (Kastenbaum, 2000). Yet, not everyone reacts in such maladaptive ways to the fear of death (Greenberg, Pyszczynski & Solomon, 1986; Pyszczynski, Solomon & Greenberg, 2015). The terror management theory (TMT) (Greenberg, Pyszczynski & Solomon, 1986; Pyszczynski, Solomon & Greenberg, 2015) states that self-esteem is closely related to the fear of death. Greenberg et al. (1986; 1997; 2015) have showed, that those with high self-esteem are not so easily shaken by the death-related thoughts. On the basis of the TMT, Mandel and Heine (1999) showed that those being exposed to a death-reminding stimuli are more willing to purchase luxurious goods, as compared with those not subjected to such manipulation. Their subjects after death thoughts activation had a greater desire to own luxurious brands as compared to the control group. Their idea relies on Solomon, Greenberg and Pyszczynski's (1991) statement, that the acquisition of prestigious goods, such as jewelry or automobiles, may give a person a sense of value. As Arndt, Solomon, Kasser & Sheldon (2004) summarize, death salience goes in line with the desire to show-off one's material prestige, which requires increased spending and evokes greater conspicuous consumption. The presented study wanted to investigate whether activated fear of death would increase the wish to purchase everyday subjectively prestigious goods (more expensive ones) which were obtainable for the participants.

2. LUXURIOUS GOODS

Bourne (1957) defined luxurious goods as products that are not easily available, can be differentiated from others and are exclusive. Kapferer (1997) adds to the definition of luxury such characteristics as high price, high quality, nice appearance, uniqueness, and lack of necessity for its use. Luxurious products are also an indicator of the wealth of their owner – a notion derived by Veblen (1899; 1994) and shared by Vigneron and Johnson (1999) as well as Wiedmann, Hennings and Siebels (2007). All these authors have demonstrated that luxurious goods are purchased and consumed, often ostentatiously, to communicate to others one's own, high position in society (*conspicuous consumption*). This makes luxurious goods synonymous with prestigious goods, as postulated in the terror management theory (Solomon, Greenberg, Pyszczynski, 1991).

Yet the real luxury is often unavailable for a common man, which in turn makes the research on luxurious goods poor in ecological validity. In the study of Mandel and Heine (1999) research participants evaluated goods which they could not own. The student subjects had to imagine how they would have felt, if they had had the means to buy goods they had never bought before. This raises

the question of subjectivity of luxury perception. Depending on the material standing of a person, same brand can be perceived as luxurious by one person and as ordinary thing by another (Heine, 2012). For the purpose of this project we decided to narrow down the term of luxury goods only to food products which are characterized for example by its quality (Van der Veen, 2003). In the presented study we wanted to see whether the fear of death induction would have an effect on the desire of the participants to buy everyday products such as grocery items that, despite higher prices, were within reach for the participants. We believe this makes the conclusions of the study more ecologically valid, while not undermining the basic assumption about the relation between luxurious (prestigious) products and fear of death. On top of that, affordable luxuries were not used previously as depended variables in the context of fear of death studies.

3. FEAR OF DEATH AND CONSUMER CHOICES

There are many studies that show a link between fear of death and consumer behaviors. For example Maheswaran and Agrawal (2004) have demonstrated that fear of death can affect purchase choices in two ways. First, mortality salience decreases the willingness to accept new information, which in turn increases the need to purchase products that have been proved to be effective. Second, death related thoughts increase the motivation to impress and therefore people aim to behave in a socially acceptable manner, which is also reflected in their purchases. Chopik and Edelstein (2014) have demonstrated that people with activated fear of death are more willing to spend money on luxurious products. They speculate that it might be associated with consumers' desire for fame, which is in line with the reasoning of Arndt et al. (2004). Greenberg et al. (2010) indicate that consumers might be more willing to buy luxury products, because those products heighten the status of a person buying them. The fear of death activation can also increase the price evaluation of and preference for products coming from one's own country as compared to foreign ones (Friese & Hoffman, 2008; Mulder, Wan & Dahl, 2011). What is more, when fear of death was activated, people declared bigger willingness to buy relationship-boosting products (Żemojtel-Piotrowska et al., 2011). There is also evidence, that fear of death has specific significance for financial decision-making (Zaleskiewicz, Gasiorowska, Kesebir, 2013)

From the current study's perspective, the most important linkage between mortality salience and conspicuous consumption is shown by Arndt et al. (2004). They state that people have a tendency to cover their fear of death by purchasing products of high value. As those purchases boost the buyer's self-esteem, the fear is buffered and the death is no longer such an active threat. On the basis of this proposal, we speculate that more expensive products should be more desirable in the mortality salience condition.

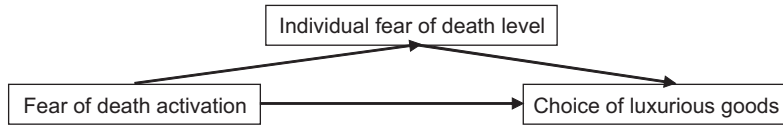
4. FEAR OF DEATH AS AN INDIVIDUAL VARIABLE

Not everybody fears death to the same extent. In general, people may either relieve their feelings or suppress them (Rosenfeld, 1971) and this will have varying consequences on their behavior. There are a few ways of conceptualizing the individual level of the fear of death. Muchnik and Rosenheim (1982) conceptualized fear of death as a single-factor construct, which was subsequently used by Besser, Amir and Barkan (2004). Similar approach was used by Žemojtel-Piotrowska and Piotrowski (2009) who juxtaposed single factor fear of death with fascination with death.

Florian and Mikulincer (1997) reported that specific death related individual concerns did impact people's choices, but these authors did not investigate general fearfulness in the purchase choice context. In the current study, we wanted to see whether the general degree of individual death fear had an effect on participants' behavior. Specifically, we assumed that the greater individual fear of death is, the greater the impact will death salience manipulation have on the product choice. We wanted to strengthen the predictive power of the study by controlling for death fearfulness, operationalized as conscious fear of death level.

5. ASSUMPTIONS OF THE PRESENT STUDY

The present study aimed to find out whether the fear of death activation could impact the daily shopping decisions of people. Unlike the previous studies that typically have used luxury items that are out of reach for the participants, the present study used less and more expensive products that were achievable for the participants. We wanted to see if such item choices were also affected by the death salience. We assumed that the activation of death-related thoughts would increase the choice of products deemed as subjectively exclusive (more expensive), regardless of their objective status just like the terror management theory would state. Yet, since the degree of the fear of death can be buffered by personality variables, we speculated that individual level of the conscious fear of death would mediate the relation. We assumed that those with higher conscious fear of death would be more susceptible to the effect compared with those with lower levels of fear. The mediation assumption is based on the premise, that the activation of the fear of death is actually temporarily increasing the existing predisposition to fear death, which is present to a varying degree in every person. Therefore the measured individual level of the fear of death should work as mediator between death-related thought activation and luxurious products choices (which reflect the self-esteem buffer). The assumed model is presented on the graph 1.



Graph 1. Assumed moderation model

Source: own elaboration based on Greenberg, Pyszczynski & Solomon, 1986; Mandel & Heine, 1999

6. METHOD

6.1. Pilot Study

The first step of research was a pilot study designed to select products that could be perceived as luxurious, while being affordable for an average student. We chose ten pairs of everyday products of the same type but of different brands/quality, and asked 40 psychology undergraduates from a small university to rate which (if any) of the two products shown they would evaluate as luxurious. The products evaluated were those which students use in their daily life – clothes, cosmetics and food items. We also collected responses on the subject which product from each pair would be usually chosen in a shop. We also asked how luxurious they would rank each product on a scale from 1 to 7 (1 being the *least luxurious*, and 7 – *highly luxurious*). The results are presented in a table 1.

Table 1. Comparison of Product Pairs in the Pilot Study

Item type	Usually shopped (<i>n</i>)		Luxury evaluation <i>M</i> (<i>SD</i>)		Luxury evaluation difference		
	Regular	Subjectively Luxurious	Regular	Subjectively Luxurious	<i>Wilcoxon's</i> <i>T</i>	<i>Z</i>	<i>p</i> -value
Vodka	16	24	3.55 (1.28)	5.00 (1.15)	90.0	3.95	<.001
Boxer shorts	13	27	3.65 (1.70)	5.85 (1.41)	98.0	3.69	<.001
Tea	26	14	2.80 (1.30)	5.45 (1.01)	11.5	5.28	<.001
Jeans	29	11	3.50 (1.43)	5.46 (1.26)	68.5	3.92	<.001
Coffee	13	27	3.60 (1.52)	4.52 (1.28)	112.0	2.84	<.05
Sausage	27	13	3.90 (1.21)	5.46 (1.21)	80.5	3.71	<.001
Hair spray	13	27	3.25 (1.77)	5.20 (1.44)	150.5	3.49	<.001
Ice cream	19	21	3.23 (1.48)	5.33 (1.38)	60.5	4.17	<.001
Frozen pizza	15	25	3.00 (1.26)	5.10 (1.01)	14.5	5.00	<.001
Bottled water	38	2	3.38 (1.73)	6.15 (1.08)	43.5	4.65	<.001

Source: own data.

Because the luxury evaluation between regular and subjectively luxurious products was significant for all pairs, for the main phase of the study we choose three pairs of food products (tea, sausage and bottled water), where regular version was declared to be purchased more often than the luxury version. We did exclude the products where the students declared buying the luxurious product more often than its regular counterpart, because of assumed definition of luxury, that is (Bourne, 1957) products which are not easily available. If majority of students was already regularly purchasing a more expensive product, it was rather not a luxury for them (but a commodity). A most important negative consequence of this choice is a weakening of the dependent variable measurement scale, from quasi-continuous (1–10) to ordinal (1–3).

6.2. Research Participants and Procedure

In the main study, 130 undergraduates ($M_{\text{age}} = 22.7$; $Me_{\text{age}} = 21$) were recruited. They were encouraged to take part in two ostensibly unrelated studies on personality and consumer choices for additional course credits. After login on the web page, they were divided at random into three groups – two of them were experimental groups, and one was a control group. The experimental groups differed on the method of fear of death activation. Many studies struggle to measure the impact of death activation on people's behavior (Łukaszewski & Boguszevska, 2008). For this reason we included two ways of inducing the fear of death and checked for the individual differences in the fear-base level after death was mentioned. The participants in the first group ($N = 46$) read the story about euthanasia. After reading the story the participants were asked to describe the feelings that the story evoked on them. The second experimental group ($N = 41$) had to describe the physical things that will happen to them after they die. Afterwards they had to describe how they felt when they were thinking about their own death. Then all participants excluding control group ($N = 43$) were asked to complete a fear of death measure – the death anxiety scale.

After this research participants were invited to take part in another study on consumer choices. In this ostensibly unrelated study, participants were given a pair of every day grocery items and asked which product they would buy if they were doing shopping in the particular moment.

6.3. Measures

The fear of death was measured with the death anxiety subscale from the death anxiety and fascination scale (Żemojtel-Piotrowska & Piotrowski, 2009). It is a highly reliable (Cronbach's $\alpha = 0.8$) and stable (test-retest consistency: $r = 0.78$), 9 item measure. In the present study the reliability was even higher (Cronbach's $\alpha = 0.85$).

A dependent variable was the sum of choices of subjectively luxurious products over their non-luxurious counterparts. As there were three product pairs to choose from, this variable could take the value from zero to three.

6.4. Results

As the first step, we tested for mean differences with Kruskal-Wallis's ANOVA – $H(2, N = 130) = 6.45; p < .05; \text{partial } \eta^2 = 0.05$. Average number of subjectively luxurious products chosen was the highest in the control group. The results were significant but the effect was weak. The means and standard deviations are presented in the table 2 below.

Table 2. Average Number of Subjectively Luxurious Products Chosen in Each Group

Group	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Control (C)	43	2.21	0.12
Describe your death (D)	41	2.02	0.12
Euthanasia (E)	46	1.76	0.12

Source: own data.

To compare all the means independently, a series of Mann-Whitney's U-tests was conducted. There were significant differences in the number of subjectively luxurious products chosen between the euthanasia story and the control group. We haven't observed significant differences between control group and the experimental group, which had to describe their own death. The differences between two control groups were not significant (tab. 3).

Then we tested for the differences on conscious fear of death between those groups. We used ANOVA to compare the level of the trait between groups and ANCOVA to see if it modifies the impact of different death activations on subjectively luxurious product choice. The results show no significant differences in this trait for participants in different experimental groups ($M_e = 22.4, SD = 5.14$ for euthanasia group, $M_d = 23.8, SD = 5.6$ for the own death description group) and no impact of the trait on the luxury product choice (Trait effect: $F = 1.47; p > .05$). The experimental group effect remained significant: $F = 3.14; p < .05; \eta^2 = 0.05$).

Table 3. Results of a Series of Mann-Whitney's U-Tests

Comparison	<i>Z</i>	<i>p</i> -value	η^2
Euthanasia (E) vs Control (C)	$Z = 2.53$	<.01	0.07
Own Death Description vs Control (C)	$Z = 1.22$	n.s.	–
Euthanasia (E) vs Own Death Description (D)	$Z = 1.29$	n.s.	–

Source: own data.

Finally, we tested the assumed mediation model, using the bootstrapping method. For the purposes of this analysis the number of samples 5000 (Preacher, Hayes, 2008) was declared with a confidence interval of 95%, using the BCa method (*bias-corrected and accelerated*) (MacKinnon, Lockwood, Williams, 2004). We standardized all variables in order to receive *Beta* coefficients. The direct relation between independent variable (activation of the fear of death) and the dependent variable (amount of chosen subjectively luxurious goods) proved to be statistically significant, but weak. Then we tested for the relation between fear of death activation, and the conscious level of fear of death. This relation proved to be not significant. The relationship between conscious fear of death and the number of luxurious goods chosen was significant. Our model as a whole came out to be not significant ($F_{1,128} = 1.54; p > 0.05$). All results are provided in table 4.

Table 4. Results of the mediation analysis

Mediation Path	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Lower CI	Upper CI
X→M (a)	-0.11	-1.24	0.217	-0.28	0.06
M→Y (b)	-0.18	-2.05	0.043	-0.35	-0.01
X→Y (c)	-0.19	-2.20	0.029	-0.36	-0.02
X(M)→Y (c')	0.11	1.36	0.176	-0.05	0.29

Signify: X – predictor (fear of death activation form); M – mediator (conscious level of fear of death); Y – dependent variable (amount of chosen subjectively luxurious goods).

Source: own data.

7. DISCUSSION AND LIMITATIONS

We wanted to compare the impact of a standard death activation (description of own body after death) and a novel method – a sad but involving euthanasia story. To our surprise, only the story-based activation of death thoughts significantly changed the declared behavior of our participants. This was contrary to our hypothesis. People who read a story about death chose more expensive (subjectively luxurious) products less often. There may be multiple reasons for such a pattern of results. Łukaszewski and Boguszewska (2008) claim, that there are many doubts concerning mortality salience activation. There are many buffers and moderating variables, which can change the direction of relationships (as happened in our study). We believe that one of the reasons may lie in our multiple death thoughts activation. The experimental groups may have been overexposed to death stimuli. The initial self-esteem boost (which should increase the likelihood for choosing subjectively luxurious products) may have occurred after the first death mention.

The subsequent mortality salience activation in the experimental groups (the fear of death questionnaire) may have exhausted this buffer, so there was no effect – illustrated by lower willingness to choose premium items. Because we measured the likelihood of choosing those products in our pilot study, we used this number as a benchmark. In the pilot study a chance for choosing a premium version of the tea was 14/40, 13/40 for the sausage and 2/40 for the mineral water. This gives a cumulated number of 29/40 or 0.73 subjectively luxurious products chosen in the condition, where death was not mentioned at all. We tested this likelihood against our experimental result ($M = 2.21$ subjectively luxurious products chosen), and we found significant differences (post-hoc t -test; $t(42) = 13.72, p < 0.001$). This may support the proposition that the death activation effect is limited – too much death thoughts decreases the willingness to purchase subjectively luxurious items after the initial boost – this proposition would have to be further tested.

In addition, although study participants reported different levels of conscious death anxiety, the level of this trait had no significant relation on the observed product purchase declarations. In fact, there was no relation between conscious fear of death and everyday luxury product choice (post-hoc Pearson correlation tests; $p > 0.05$ in all the groups). These results suggest that the situational activation of the fear of death can have some influence on consumer choice, reflected in choice of more expensive daily products. This effect may depend on the type of products. More expensive daily product may lose its charm, while the unattainable luxury one may become more attractive. The present study suggests that this happens regardless of whether participants had high or low level of death fear.

The present study also had many limitations. First, the number of participants was quite small. In addition, the ways used to activate fear of death may not have been ideal, and further studies should be conducted to build better ways to provoke fear of death, while controlling the trait level of the fear. We also did not quantitatively test the feelings evoked by the euthanasia story, which may have differed from those evoked in the second experimental condition. Although a qualitative analysis of the stream of thoughts typed by the participant, indicates that the manipulation worked similarly in both experimental conditions, without a quantitative measure for emotions (e.g. using face tracker), a definitive comparison between those conditions cannot be made. Also the questionnaire that measured the fear of death may have been too short, and the number of grocery items too small.

The study shows that situational activation of the death-related thoughts can have an effect on daily luxury product choice among those that are and are not afraid of death. The generalization of the effects remains limited.

REFERENCES

- Arndt J., Solomon S., Kasser T., & Sheldon K. M. (2004). The Urge to Splurge: A Terror Management Account of Materialism and Consumer Behavior. *Journal of Consumer Psychology*, 14(3), 198–212.
- Besser A., Amir M., & Barkan S. (2004). Who signs an organ transplant donor card? A study of personality and individual differences in a sample of Israeli university students. *Personality and Individual Differences*, 36(7), 1709–1723.
- Bourne F. S. (1957). Group influence in marketing and public relations. In: R. Likert and S. P. Hayes, Jr, *Some applications of behavioral research* (207–255). Paris: UNESCO.
- Chopik W. J., & Edelstein R. S. (2014). Death of a salesman: Webpage-based manipulations of mortality salience. *Computers in Human Behavior*, 31, 94–99.
- Florian V., & Mikulincer M. (1997). Fear of death and the judgment of social transgressions: A multidimensional test of terror management theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 369–380.
- Friese M., & Hofmann W. (2008). What would you have as a last supper? Thoughts about death influence evaluation and consumption of food products. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44(5), 1388–1394.
- Greenberg J., Pyszczynski T., & Solomon S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In: R. F. Baumeister (ed.), *Public self and private self* (189–212). New York: Springer.
- Greenberg J., Solomon S., & Pyszczynski T. (1997). *Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: Empirical assessments and conceptual refinements*. New York: Academic Press.
- Greenberg J., Kosloff S., Solomon S., Cohen F., & Landau M. (2010). Toward understanding the fame game: The effect of mortality salience on the appeal of fame. *Self and Identity*, 9(1), 1–18.
- Heine S. (2012). *Concept of luxury brands*. Retrieved from: <http://www.conceptofluxurybrands.com/> [accessed 1.12.2015].
- Kapferer J. N. (1997). Managing luxury brands. *Journal of Brand Management*, 4(4), 251–259.
- Kastenbaum R. (2000). *The psychology of death* (3rd ed.). New York: Springer.
- Łukaszewski W., & Boguszewska J. (2008). Defense Strategies against Existential Fear [Strategie obrony przed lękiem egzystencjalnym]. *Nauka*, 4, 23–34.
- MacKinnon D. P., Lockwood C. M., & Williams J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39(1), 99–128.
- Maheswaran D., & Agrawal N. (2004). Motivational and cultural variations in mortality salience effects: Contemplations on terror management theory and consumer behavior. *Journal of Consumer Psychology*, 14(3), 213–218.
- Mandel N., & Heine S. J. (1999). Terror management and marketing: He who dies with the most toys wins. *Advances in Consumer Research*, 26, 527–532.
- Mulder M., Wan F., & Dahl D. W. (2011). Mortality Salience and Foreign Product Evaluation: An Important Moderator. *Journal of International Business Studies*, 34, 53–65.
- Muchnik B., Rosenheim E. (1982). Fear of death, defensive-style and religiosity among Israeli Jews. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 19, 157–164.
- Piotrowski J., Żemojtel-Piotrowska M. (2004). Postawa wobec śmierci a podstawowa struktura osobowości. *Psychologia Jakości Życia*, 3, 199–216.
- Pyszczynski T., Solomon S., & Greenberg J. (2015). Chapter one-thirty years of terror management theory: From genesis to revelation. *Advances in Experimental Social Psychology*, 52, 1–70.

- Preacher K. J., & Hayes A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879–891.
- Rosenfeld H. (1971). A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: An investigation into the aggressive aspects of narcissism. *International Journal of Psycho-Analysis*, 52(2), 169–178.
- Solomon S., Greenberg J., & Pyszczynski T. (1991). A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. *Advances in Experimental Social Psychology*, 24, 93–159.
- Veblen T. (1899/1994). *The Theory of the Leisure Class: An Economic Study of Institutions*. New York: Penguin Books.
- Veen M. Van der (2003). When is food a luxury? *World Archaeology*, 34(3), 405–427.
- Vigneron F., & Johnson L. W. (1999). A review and a conceptual framework of prestige-seeking consumer behavior. *Academy of Marketing Science Review*, 1(1), 1–15.
- Wiedmann K. P., Hennigs N., & Siebels A. (2007). Measuring consumers' luxury value perception: A cross-cultural framework. *Academy of Marketing Science Review*, 7(7), 333–361.
- Zaleskiewicz T., Gasiorowska A., & Kesebir P. (2013). Saving can save from death anxiety: Mortality salience and financial decision-making. *PloS one*, 8(11), 1–10.
- Żemojtel-Piotrowska M., Piotrowski J. (2009). Skala lęku i fascynacji śmiercią. *Polskie Forum Psychologiczne*, 14(1), 90–109.
- Żemojtel-Piotrowska M., Klimaszewska J., Piotrowski J. (2010). Style konsumpcji i materializm a transcendencja i lęk przed śmiercią. Co kupować, aby poczuć się lepiej? In: A. Zawadzka, M. Górnik-Durose (eds.), *Konsumpcja w życiu. Życie w konsumpcji* (215–231). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

RADOSŁAW B. WALCZAK, RAFAŁ GERYMSKI, JAKUB FILIPKOWSKI

CZY MIALBYŚ OCHOTĘ NA HERBATKĘ PO POGRZEBIE? ZASTOSOWANIE TEORII OPANOWANIA TRWOGI W CODZIENNYCH DECYZJACH ZAKUPOWYCH

Abstrakt. Przedstawione badanie weryfikowało, jak aktywizacja myślenia o śmierci wpływała na wybory zakupowe produktów spożywczych. W badaniu wzięli udział studenci ($N = 130$; $M_{\text{age}} = 22,7$; $Me_{\text{age}} = 21$) różniący się pod względem poziomu świadomego lęku przed śmiercią. Uczestnicy zostali podzieleni na dwie grupy eksperymentalne i jedną kontrolną. Nie aktywizowano myślenia o śmierci w grupie kontrolnej. W pierwszej grupie eksperymentalnej aktywizowano myślenie o śmierci przy pomocy historii o eutanazji, w drugiej zaś poprzez prośbę wyobrażenia sobie własnej śmierci. Grupy eksperymentalne przed przystąpieniem do eksperymentu wypełniały kwestionariusz lęku przed śmiercią. Następnie badani mieli określić swoje codzienne preferencje zakupowe, dokonując wyboru pomiędzy paroma standardowymi oraz luksusowymi produktami spożywczymi, wybranymi w badaniu pilotażowym. Wyniki pokazują mniejszy wybór produktów luksusowych przez osoby w grupach z aktywizowanym myśleniem o śmierci. Świadomy poziom lęku przed śmiercią nie miał wpływu na decyzje badanych. Wyniki są dyskutowane w perspektywie teorii opanowania trwogi.

Słowa kluczowe: lęk przed śmiercią, decyzje konsumenckie, produkty luksusowe, teoria opanowania trwogi.

MATEUSZ HAUKE

Uniwersytet Łódzki
Wydział Nauk o Wychowaniu, Instytut Psychologii
Zakład Psychologii Biznesu i Doradztwa Kariery
91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12
e-mail: mateusz.hauk@uni.lodz.pl

CECHY PRACY A ZADOWOLENIE Z PRACY

Abstrakt. Celem badań własnych była analiza relacji pomiędzy cechami pracy a zadowoleniem z pracy. Punktem wyjścia do analizy powyższego problemu była Koncepcja Właściwości Pracy Hackmana i Oldhama (1980), a także liczne badania weryfikacyjne, wskazujące na potrzebę rozpatrywania cech pracy w trzech grupach, odpowiednio: motywacyjnych, społecznych i kontekstowych. W badaniach wzięło udział 375 osób, w wieku od 19 do 64 lat, reprezentujących zawody zróżnicowane branżowo.

Otrzymane wyniki wskazały, iż najsilniejszy związek z zadowoleniem pracowników mają tzw. cechy społeczne. Jednocześnie procent wariacji zadowolenia z pracy wyjaśniany przez cechy pracy okazał się znikomy, co wskazuje na potrzebę dalszej eksploracji czynników związanych z zadowoleniem z pracy, przy uwzględnieniu bardziej zaawansowanych modeli i większego zestawu zmiennych.

Słowa kluczowe: cechy pracy, zadowolenie z pracy, satysfakcja z pracy, projektowanie pracy.

1. WSTĘP

Liczne zmiany i transformacje zachodzące na rynku pracy przemawiają za koniecznością nowego spojrzenia na jej projektowanie w kontekście zwiększenia zadowolenia pracowników. Dotyczy to zwłaszcza uwzględnienia w większym stopniu społecznych cech pracy – związanych z budowaniem relacji i kontaktami pracowników, kontekstowych cech pracy – związanych z jej warunkami, projektowania pracy nie tylko z perspektywy jednostki, ale także (a może nawet w większym stopniu) z perspektywy zespołu, a także uwzględnienia przy jej projektowaniu zmiennych podmiotowych/osobowościowych oraz ich interakcji ze zmiennymi środowiskowymi (Hackman, Oldham, 2010; Morgeson, Humphrey, 2006; Ratajczak, 2006; 2007; Salas, Chen, Kozłowski, 2017). Przegląd podejść i teorii dotyczących projektowania pracy (por. Hackman, Oldham, 2010)

wskazuje, iż dotychczasowe podejścia nie są do końca adekwatne do współczesnych warunków i sposobów funkcjonowania ludzi w środowisku zawodowym.

Wymóg „bycia konkurencyjnym” wymusza na pracodawcach z jednej strony znaczną redukcję kosztów, z drugiej zaś skłania ich do podejmowania nowych działań ukierunkowanych na przyciągnięcie do organizacji osób dysponujących odpowiednim potencjałem rozwojowym, przy jednoczesnym zachowaniu w swoich strukturach dobrych, sprawdzonych pracowników. Ważnym zadaniem praktyków zajmujących się zarządzaniem zasobami ludzkimi jest podejmowanie działań ukierunkowanych na podniesienie satysfakcji zatrudnionych pracowników. Zadanie to jest jednak znacznie trudniejsze niż kilka czy kilkanaście lat temu. Warto nadmienić, że ludzie nie wybierają już pracy na całe życie, nastąpiło swoiste przewartościowanie i zmiana akcentów z „bycia zatrudnionym” (co do chwili obecnej stanowiło podstawę egzystencji i czynnik wpływający na osiągnięcie satysfakcji i dobrostan jednostki) na „bycie zatrudnialnym” – czyli gotowym do podjęcia pracy w każdym miejscu, czasie, w zależności od potrzeb i wymogów rynku czy pracodawcy (Furnham, 2000; 2005; Patterson, 2001). Ostatnimi czasy zauważyć można takie zjawiska, jak wielopracza (Lipińska-Grobelny, 2016), zaś w literaturze przedmiotu pojawił się nowy termin, tzw. „pracownik port folio” (Lipińska-Grobelny, 2013), używany do określania osób, które dysponują kilkoma „portfelami prac”, czyli pracują dla więcej niż jednego pracodawcy, często dzieląc swoje zasoby i nie ujawniając w pełni swojego potencjału u jednego pracodawcy.

2. ZADOWOLENIE Z PRACY

Zjawisko zadowolenia z pracy stanowi ważny aspekt zainteresowań praktyków i teoretyków. Obok szeroko rozumianej efektywności/produktywności, stanowi centralny obszar, na którym skupiają się zarówno wysiłki osób zarządzających przedsiębiorstwami, jak i zainteresowania przedstawicieli nauk społecznych (w tym przede wszystkim psychologii, zarządzania, socjologii, medycyny itp.). Początki usystematyzowanych badań nad satysfakcją jednostki w miejscu pracy datują się na lata 30. ubiegłego wieku (Brief, Weiss, 2002) i choć w literaturze przedmiotu znaleźć można ogromną liczbę badań poświęconych temu zagadnieniu, problematyka ta nadal jawi się jako warta dalszej, pogłębionej eksploracji.

Na zadowolenie z pracy składają się dwa komponenty: poznawczy (co ludzie sądzą o swojej pracy, często określane mianem satysfakcji) i emocjonalny (co ludzie czują wobec swojej pracy lub jakich emocji doświadczają będąc w pracy). Zadowolenie poznawcze z pracy dotyczy sądów na temat pracy i tego, na ile jest ona korzystna dla podmiotu. Na ogół rozpatruje się je na continuum – od niezadowolenia do zadowolenia. Przy tym wyodrębnić można tzw. ogólne zadowolenie poznawcze z pracy (praca jako całość) oraz zadowolenie poznawcze z poszczególnych składników pracy (por. Zalewska, 2003a). W literaturze przedmiotu

widoczny jest brak spójności co do liczby i treści wymiarów środowiska zawodowego, jednocześnie brakuje teorii pozwalającej na spójny podział składników pracy ważnych pod kątem zadowolenia z pracy (Brief, 1998). Dla przykładu, Locke (1976) dokonując przeglądu literatury na temat zadowolenia z pracy, sugeruje, że różne wymiary/składniki pracy można sprowadzić do 4 kategorii: nagrody; inni ludzie; treść pracy; kontekst organizacyjny.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że związki ogólnego zadowolenia z pracy z zadowoleniem z poszczególnych jej składników są na ogół słabe, podstawa i waga każdego ze składników zależy w dużej mierze od różnic indywidualnych (Brief, 1998; Iroson, Smith, Brannick, Gibson, Paul, 1989; Scarpello, Campbell, 1983). Możliwe jest bowiem osiągnięcie przeciętnego uśrednionego zadowolenia z pracy przy jednoczesnej wysokiej ogólnej satysfakcji z pracy, np. wtedy, gdy jednostka wykazuje przeciętne zadowolenie z większości wymiarów pracy, zaś jeden element pracy (szczególnie ważny dla pracownika) jest oceniany przez niego bardzo wysoko (w takim wypadku element ten determinuje globalną ocenę pracy).

Przegląd teorii i badań na temat czynników warunkujących zjawisko zadowolenia z pracy wskazuje na trzy grupy zmiennych, mających największy wpływ na poziom satysfakcji jednostki: czynniki osobowe (np. Judge, Bono, 2001; Judge, Heller, Mount, 2002); czynniki środowiskowe (np. Herzberg, Mausner, Snyderman, 1959; Warr, 1987); dopasowanie osoba–środowisko (Davis, Lofquist, Weiss, 1968; Holland, 1997).

Aktualnie dominującym modelem w badaniach nad zadowoleniem z pracy jest ujęcie transakcyjne (Zalewska, 2003). Ujęcie takie należy do grupy modeli trójczynnikowych (wszystkie trzy wyżej wymienione czynniki warunkujące zadowolenie z pracy są istotne).

W niniejszych badaniach postanowiłem skoncentrować się jednak na czynnikach środowiskowych (cechy pracy), dążąc do eksploracji czynników związanych z projektowaniem pracy (zrezygnowałem tym samym z ujęcia transakcyjnego, uwzględniającego większą pulę zmiennych w relacji do zadowolenia z pracy).

Jedną z najbardziej znanych (i najczęściej cytowanych) koncepcji mieszczących się w tzw. nurcie środowiskowym jest Koncepcja Właściwości Pracy Hackmana i Oldhama – *Job Characteristic Model* (1980). W teorii tej akcentowane są trzy psychologiczne stany, krytyczne w procesie determinowania motywacji wewnętrznej pracownika i jego satysfakcji z obszaru zawodowego: (1) poczucie sensowności (*meaningfulness*) – pracownik musi postrzegać swoją pracę jako ważną i mającą znaczenie (w kontekście wyznawanego systemu wartości); (2) poczucie odpowiedzialności (*responsibility*) – pracownik musi mieć przekonanie, że jest osobiście (poprzez realizowane działania i podejmowane decyzje) odpowiedzialny za wyniki pracy; (3) znajomość rezultatów (*knowledge of results*) – pracownik musi wiedzieć, jakie są wyniki jego działań.

Opisane wyżej stany psychologiczne pojawiają się w sytuacji, gdy praca charakteryzuje się pięcioma cechami:

1) różnorodnością umiejętności (*skill variety*) – cecha ta oznacza stopień, w jakim praca wymaga zaangażowania zróżnicowanych umiejętności i zdolności w celu realizacji zadań;

2) tożsamością zadań (*task identity*) – cecha ta oznacza stopień, w jakim praca wymaga wykonywania usług lub produktów jako całości, od początku do końca;

3) znaczeniem pracy (*task significance*) – cecha ta oznacza stopień, w jakim praca wpływa na życie i funkcjonowanie innych osób i szerokiego społeczeństwa;

4) autonomią (*autonomy*) – cecha ta oznacza stopień, w jakim praca daje swobodę i niezależność w zakresie podejmowania decyzji;

5) informacjami zwrotnymi (*feedback from job*) – cecha ta oznacza stopień, w jakim praca dostarcza bezpośrednich i jasnych informacji na temat efektywności działań.

Model Hackmana i Oldhama (JCM – *Job Characteristic Model*) stał się jednym z bardziej popularnych modeli w zakresie psychologii organizacji i zarządzania. Teoria w sposób przejrzysty opisuje zjawiska kluczowe w procesie powstawania zadowolenia z pracy, kładąc nacisk na czynniki środowiskowe. Jednocześnie, jak wskazują Hackman i Oldham (2010), jest nieprzystająca do dzisiejszych warunków pracy. Warto zaznaczyć, że w literaturze polskiej brakuje badań weryfikujących trafność modelu Hackmana i Oldhama, co stanowiło dodatkowo czynnik skłaniający do realizacji badań z wykorzystaniem koncepcji JCM.

Analiza funkcjonowania rynku pracy oraz mechanizmów funkcjonowania zawodowego wskazała na znaczne zmiany i transformacje zachodzące w rzeczywistości zawodowej, które skłaniają do przewartościowania sposobu postrzegania i interpretacji pojęcia pracy i zatrudnienia. Stanowiło to także istotną przesłankę do rozpatrywania (w relacji z zadowoleniem z pracy) dodatkowych cech pracy (Hauk, 2007), takich jak: cechy związane z warunkami pracy (tzw. cechy kontekstowe); cechy związane z przetwarzaniem informacji; społecznym funkcjonowaniem pracowników oraz ergonomią pracy (Parker, Wall, Cordery, 2001), jak również do rozpatrywania większej puli cech tzw. motywacyjnych.

Celem niniejszych badań była odpowiedź na pytanie, jakie cechy pracy i w jakim stopniu są związane z zadowoleniem z pracy, przy czym jako podstawę teoretyczną, determinującą wybór cech pracy mających potencjalny wpływ na satysfakcję podmiotu, przyjąłem opisaną wyżej Koncepcję Właściwości Pracy Hackmana i Oldhama (1975; 1980; 1981), akcentującą tzw. „cechy motywacyjne”, a także liczne badania weryfikujące oryginalny model JCM (w tym przede wszystkim badania Morgesona i Humphreya, 2006, oraz Humphreya, Nahrganga i Morgesona, 2007), które pozwoliły rozszerzyć pulę rozpatrywanych cech pracy o dodatkowe „cechy motywacyjne”, „cechy społeczne” oraz „cechy kontekstowe”. Autorzy dokonali szczegółowej analizy literatury przedmiotu, wyodrębniając

18 cech pracy najczęściej pojawiających się w koncepcjach „*work–design*”. Są to następujące właściwości pracy:

– cechy motywacyjne: różnorodność umiejętności; tożsamość zadania; znaczenie pracy; autonomia (przy czym autonomia została podzielona na 3 odrębne cechy: autonomia w zakresie organizowania pracy; autonomia w zakresie podejmowania decyzji; autonomia w zakresie wykonywania zadań); informacje zwrotne z pracy; różnorodność zadań; złożoność pracy; przetwarzanie informacji; rozwiązywanie problemów; specjalizacja;

– cechy społeczne: wsparcie społeczne (ze strony współpracowników i przełożonych); wzajemna zależność pracowników (zależność ta może być dwustronna – zależność innych ode mnie lub zależność mojej osoby od innych, dlatego właściwość ta została podzielona na 2 odrębne cechy: inicjowana współzależność; otrzymana współzależność); kontakty poza organizacją; informacje zwrotne ze strony innych;

– cechy kontekstowe: ergonomia pracy; wymagania fizyczne; warunki pracy; używany sprzęt.

Humphrey i in. (2007) wskazali, że cechy motywacyjne wyjaśniały 34% wariacji zadowolenia z pracy, w stosunku do 17% wariacji wyjaśnianej przez cechy społeczne i 4% wariacji wyjaśnianej przez cechy kontekstowe. Jest to spójne także z innymi wynikami i wnioskami na temat zmian na rynku pracy (por. Campion, 1988; Campion i Thayer, 1985; Parker, Wall i Cordery, 2001). Dlatego też w niniejszych badaniach postanowiono uwzględnić (oprócz motywacyjnych cech pracy postulowanych w koncepcji JCM) także dodatkowe cechy motywacyjne, cechy społeczne oraz cechy kontekstowe.

W przeprowadzonych badaniach skoncentrowałem się na pomiarze poznawczego aspektu zadowolenia z pracy (satysfakcja z pracy).

Bazując na wcześniejszych badaniach związanych z projektowaniem pracy i zadowoleniem z pracy (m.in. Humphrey i in., 2007), założono następującą hipotezę:

H1. Dla zadowolenia z pracy najważniejsze są cechy motywacyjne i cechy społeczne pracy, a w mniejszym stopniu cechy kontekstowe pracy.

3. METODA BADAŃ

3.1. Osoby badane

Badania przeprowadzone zostały w formie tradycyjnej, tj. metodą „papier-ówkę” (200 przebadanych osób), jak również z wykorzystaniem elektronicznych wersji kwestionariuszy (kontakt z osobami badanymi odbywał się za pośrednictwem poczty elektronicznej, uczestnicy otrzymywali opis celu badań i jego przebiegu, po wyrażeniu zgody przekazywano im link do ankiety on-line, zaś

wyniki były eksportowane do arkusza Excel). Zastosowanie elektronicznej wersji narzędzi badawczych podyktowane było chęcią zwiększenia liczebności próby (standardowe wersje kwestionariuszy zawierały niekiedy niepełne odpowiedzi, co więcej, część badanych osób nie zwróciła kwestionariuszy). Wersje elektroniczne kwestionariuszy nie zawierały danych identyfikacyjnych osób badanych (takich jak imię, nazwisko itp.), jednocześnie zaznaczyć należy, że wyniki były zabezpieczone z wykorzystaniem możliwości funkcjonalnych narzędzia. Osoby badane były zobligowane do udzielenia odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w baterii testowej, w przeciwnym razie niemożliwe było przejście do dalszych części baterii testowej.

Przed uruchomieniem elektronicznej procedury zbierania danych na większą skalę, przeprowadzone zostały dwa oddzielne badania pilotażowe (30 osób badanych, zebrane w ten sposób wyniki nie zostały ujęte w analizach właściwych), ukierunkowane z jednej strony na zebranie informacji na temat formy zbierania danych i informacji zawartych w baterii testowej, z drugiej strony w celu porównania jakości danych. Nie występowały statystycznie istotne różnice w zakresie średnich wartości zmiennych ujętych w modelu badawczym.

Po przeprowadzeniu całości badań porównane zostały średnie dotyczące zmiennych ujętych w modelu badawczym (zmienną grupującą był sposób badania: „papier-ołówek” *versus* „forma elektroniczna”). Nie odnotowano istotnych różnic w zakresie wartości takich zmiennych, jak: wiek, staż pracy w obecnym miejscu pracy, staż pracy na obecnym stanowisku, liczba godzin pracy w tygodniu ogółem i poza biurem. Nie stwierdzono także istotnych różnic w większości analizowanych w modelu zmiennych wyjaśniających (wyjątek stanowią cechy: informacje zwrotne z pracy oraz używany sprzęt). Pozwoliło to na łączne analizowanie wyników zebranych za pomocą obu sposobów badania.

W badaniach wzięło udział 375 osób zamieszkujących w województwie łódzkim. Warunkiem udziału w badaniu było wykonywanie aktywności zawodowej (praca przynajmniej od 1 miesiąca), ukończone 18 lat oraz wyrażenie zgody na udział w badaniu.

Wiek badanych wahał się od 19 do 64 lat – średnia (M) = 32,9, odchylenie standardowe (SD) = 9,80. Staż pracy był bardzo zróżnicowany, przyjmował wartości od 1 miesiąca do 39 lat, $M = 10,5$, $SD = 9,20$, z kolei staż pracy na obecnym stanowisku wahał się od 1 miesiąca do 34 lat, $M = 2,9$, $SD = 4,10$ (w tym wypadku średnia dla stażu pracy podana została w latach). Osoby badane poświęcały na pracę od 10 do 89 godzin tygodniowo, $M = 39,1$, $SD = 10,91$ (w tym średnio ok. 4 godzin osoby te poświęcały na pracę poza siedzibą firmy/biurem, najczęściej pracując u siebie w domu).

Większość badanych stanowiły kobiety (61,6%), z wykształceniem wyższym na poziomie studiów I stopnia, pozostające w związku formalnym lub nieformalnym. Niemal połowa osób badanych nie posiadała dzieci. Ponad 60% respondentów wykonywało swą pracę na podstawie umowy o pracę na pełen etat.

3.2. Narzędzia badawcze

Do pomiaru zmiennych objaśniających zastosowałem Kwestionariusz Cech Pracy (Hauk, 2014, na podstawie badań i kwestionariusza WDQ autorstwa Morgesona i Humphreya, 2006). Narzędzie to składa się z 46 itemów, należących do 11 czynników, odpowiednio: złożoność pracy (np. „Wykonuję trudne zadania”); wymagania fizyczne i warunki pracy (np. „Wkładam dużo wysiłku fizycznego w wykonywanie zadań”); informacje zwrotne z pracy (np. „To, co robię, dostarcza mi jasnych informacji na temat mojej efektywności”); autonomia (np. „Samodzielnie planuję poszczególne zadania”); ergonomia (np. „Moje stanowisko pracy nie jest wygodne”); informacje zwrotne od innych (np. „Współpracownicy dostarczają mi jasnych informacji na temat mojej efektywności”); używany sprzęt (np. „Używam różnorodnego sprzętu”); wzajemna zależność pracowników (np. „Zadania wykonywane przez innych zależą od wyników mojej pracy”); interakcje poza organizacją (np. „Kontaktuję się głównie z osobami pracującymi w mojej organizacji”); wsparcie społeczne – przyjaźnie w organizacji (np. „Mogę nawiązywać bliskie przyjaźnie”); znaczenie pracy (np. „Wykonuję zadania, od których zależy życie wielu ludzi”). *Alfa* Cronbacha dla wyodrębnionych cech pracy waha się od 0,60 dla skali „Znaczenie Pracy” do 0,92 dla skali „Złożoność pracy”, dla całej skali wynosi średnio 0,87). Dla badanej próby *alfa* Cronbacha osiągnęła niższe wartości (od 0,525 dla skali „Znaczenie pracy” – najniższy wynik, do 0,783 dla skali „Ergonomia” – wynik najwyższy).

Do pomiaru zmiennej objaśnianej zastosowałem Arkusz Opisu Pracy (AOP) (Neuberger i Allerbeck, 1978, w adaptacji Zalewskiej, 2001). AOP pozwala oszacować poznawczy aspekt zadowolenia z siedmiu składników pracy: koledzy, przełożony, treść pracy, warunki pracy, organizacja i kierownictwo, rozwój oraz wynagrodzenie. Zadowolenie ze składników pracy może być mierzone za pomocą skal opisowych lub skal twarzy (7-stopniowa skala schematycznych symboli wzorowana na „*Faces Scale*” Kunina, 1955). *Alfa* Cronbacha dla skal waha się od 0,69 do 0,91. Zadowolenie ogólne mierzone jest za pomocą 1 itemu: „Jeśli pomyśli Pan/Pani o tym wszystkim, co odgrywa rolę w Pana/Pani pracy, to w jakim stopniu jest Pan/Pani ogólnie zadowolony/a ze swojej pracy?”. W tym przypadku osoba badana udziela odpowiedzi z wykorzystaniem 7-stopniowej skali twarzy. W badaniach własnych zdecydowałem się na pomiar zadowolenia z pracy poprzez oszacowanie zadowolenia z poszczególnych składników pracy, tj.: koledzy, przełożeni, treść pracy, warunki pracy, organizacja i kierownictwo, rozwój, wynagrodzenie. Suma poszczególnych skal opisowych stanowiła sumaryczny wskaźnik zadowolenia z pracy.

Dokonane analizy statystyczne sprowadzały się do oceny korelacji prostej (korelacji parami) między poszczególnymi zmiennymi oraz wielowymiarowej oceny związku cech pracy poprzez zastosowanie podejścia hierarchicznego regresji. Przeprowadzając wnioskowanie, przyjmowałem zwykle poziom istotności $\alpha = 0,05$, w ocenie analizy zależności wskazywałem również na związki istotne przy $\alpha = 0,01$.

4. WYNIKI

W badaniach rozpatrywałem 11 cech pracy, należących odpowiednio do 3 grup: (1) cechy motywacyjne (złożoność pracy, autonomia, informacje zwrotne z pracy, znaczenie pracy); (2) cechy społeczne (wsparcie społeczne, interakcje poza organizacją, informacje zwrotne od innych, wzajemna zależność pracowników); (3) cechy kontekstowe (wymagania fizyczne, ergonomia, używany sprzęt).

W pierwszej kolejności, w celu weryfikacji relacji pomiędzy cechami pracy a zadowoleniem z pracy, przeprowadziłem analizę korelacji pomiędzy wyżej wymienionymi zmiennymi.

Jak wskazują wyniki (tabela 1), zadowolenie z pracy było istotnie dodatnio powiązane z niektórymi cechami motywacyjnymi – „złożonością pracy” i „informacjami zwrotnymi z pracy”, oraz społecznymi – „informacją zwrotną od innych” i „wsparciem społecznym”, natomiast negatywnie skorelowane było z cechą „wzajemna zależność pracowników”. Zadowolenie z pracy dodatnio korelowało także z „ergonomią”. Pozostałe badane cechy pracy nie wykazały istotnego związku w tym zakresie.

Tabela 1. Macierz współczynników korelacji (r) między zadowoleniem z pracy a cechami pracy

Cechy pracy	r
Złożoność pracy	0,086
Informacje zwrotne z pracy	0,144**
Autonomia	0,043
Znaczenie pracy	-0,034
Wymagania fizyczne	0,072
Ergonomia	0,127*
Używany sprzęt	0,020
Informacje zwrotne od innych	0,117*
Wzajemna zależność pracowników	-0,128*
Interakcje poza organizacją	-0,028
Wsparcie społeczne	0,143**

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

Źródło: obliczenia własne.

Następnym krokiem było przeprowadzenie analizy regresji wielorakiej (jako zmienne objaśniające przyjęto cechy pracy z poszczególnych grup).

Tabela 2. Wyniki estymacji modeli regresji liniowej: typy cech pracy a zadowolenie z pracy

Cechy pracy	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Stała)	30,287		0,000
Złożoność pracy	0,079	0,075	0,230
Informacje zwrotne z pracy	0,358	0,150	0,010
Autonomia	-0,098	-0,047	0,462
Znaczenie pracy	-0,232	-0,072	0,178
(Stała)	30,399		0,000
Wymagania fizyczne	0,096	0,059	0,263
Ergonomia	0,227	0,118	0,024
Używany sprzęt	0,049	0,022	0,668
(Stała)	34,885		0,000
Informacje zwrotne od innych	0,184	0,074	0,163
Wzajemna zależność pracowników	-0,168	-0,112	0,030
Interakcje poza organizacją	-0,113	-0,040	0,435
Wsparcie społeczne	0,385	0,123	0,022

Oznaczenia: *B* – współczynnik regresji z próby; *Beta* – standaryzowany współczynnik regresji z próby.

Źródło: obliczenia własne.

Przeprowadzona analiza nie potwierdziła przyjętych wstępnie założeń dotyczących zadowolenia z pracy – największy stopień wyjaśnionej wariacji zadowolenia z pracy miał miejsce w przypadku cech społecznych (skorygowany współczynnik determinacji R^2_{sk} , uwzględniający liczbę zmiennych ujętych w modelu, wynosił 3,1%). Następną co do znaczenia grupą cech pracy to cechy motywacyjne ($R^2_{sk} = 1,8\%$). Potwierdziły się jedynie przypuszczenia dotyczące cech kontekstowych – w ich przypadku R^2_{sk} był najniższy (tabela 2).

Przy założeniu stałego poziomu pozostałych cech motywacyjnych, jedynie „informacje zwrotne z pracy” istotnie, a przy tym dodatkowo, związane były z zadowoleniem z pracy – wzrost poziomu tej cechy o jednostkę powodował wzrost zadowolenia średnio o 0,358. Spośród cech społecznych analiza potwierdziła istotne znaczenie dwóch z nich – „wsparcia społecznego” (zwiększało zadowolenie z pracy, jego wzrost o 1 powodował wzrost zadowolenia średnio o 0,385 przy założeniu stałego poziomu pozostałych cech społecznych) i „wzajemnej zależności pracowników” (osłabiała zadowolenie z pracy – jej wzrost o jednostkę powodował spadek zadowolenia poznawczego średnio o 0,168). Spośród tych dwóch cech pracy większe znaczenie odgrywało „wsparcie społeczne” ($Beta = 0,123$). Spośród zmiennych kontekstowych zdiagnozowano jedynie istotny związek „ergonomii” – zakładając stały poziom pozostałych cech z tej grupy, wzrost poziomu ergonomii o 1 skutkował wzrostem zadowolenia średnio o 0,227.

Wcześniejsze analizy pozwoliły wskazać, które cechy pracy – odrębnie w ramach poszczególnych ich typów – były istotnie powiązane z zadowoleniem z pracy. Zestawiając wszystkie te cechy pracy (bo w takich warunkach funkcjonują pracownicy w swoim środowisku pracy), potwierdzono znaczenie cech społecznych.

Tabela 3. Wyniki estymacji modeli regresji liniowej – cechy pracy a zadowolenie z pracy

Cechy pracy	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
(Stała)	27,844		0,000
Wsparcie społeczne	0,339	0,142	0,007
Wzajemna zależność pracowników	-0,206	-0,137	0,008
Informacje zwrotne z pracy	0,393	0,125	0,015
Ergonomia	0,209	0,109	0,033

Oznaczenia: jak w tabeli 2.

Źródło: obliczenia własne.

Spośród cech społecznych widoczna była zwłaszcza rola „wsparcia społecznego”, którego wyższy poziom zwiększał zadowolenie, i „wzajemnej zależności pracowników” – jej wzrost o jednostkę pociągał za sobą spadek zadowolenia poznawczego średnio o 0,206. Istotna była także rola „informacji zwrotnych z pracy” i „ergonomii”, których wyższe wartości wiązały się z większym zadowoleniem z pracy.

5. DYSKUSJA WYNIKÓW

Uzyskane wyniki wskazały, że oprócz cech motywacyjnych (postulowanych przez Koncepcję Właściwości Pracy Hackmana i Oldhama, 1980), również cechy społeczne i kontekstowe wiązały się z zadowoleniem z pracy. Wynik ten jest częściowo spójny z założeniami i badaniami przeprowadzonymi przez Campiona (1988), Campiona i Thayera (1985), Humphreya i in. (2007) oraz Morgesona i Humphreya (2006). Badacze ci akcentowali bowiem inne cechy pracy (aniżeli 5 tzw. „motywacyjnych cech” wyodrębnionych w modelu JCM), które mogły mieć znaczenie dla zadowolenia z pracy.

Jednocześnie w większości wypadków we wcześniejszych badaniach to cechy motywacyjne wskazywane były jako najbardziej istotne (wyjaśniające największy procent wariacji) zadowolenia z pracy. Dla przykładu Humphrey i in. (2007) wskazali, że cechy motywacyjne wyjaśniały 34% wariacji zadowolenia z pracy, w stosunku do 17% wariacji wyjaśnianej przez cechy społeczne i 4% wariacji wyjaśnianej przez cechy kontekstowe.

W niniejszych badaniach dla zadowolenia z pracy najbardziej znaczące okazały się cechy społeczne, w tym głównie wsparcie społeczne (co jest z kolei

spójne z rozważaniami Hackmana i Oldhama, 2010). Prawdopodobnie cechy społeczne w dzisiejszych czasach zyskały na znaczeniu, zaś w percepcji pracowników i w kontekście zachodzących zmian na rynku pracy – wzrost zainteresowania grupowymi formami pracy (Grand, Braun, Kuljanin, Kozłowski, Chao, 2016); nowe, ewolucyjne podejścia do zarządzania i funkcjonowania przedsiębiorstw, w których propaguje się współodpowiedzialność (Blikle, 2016; Laloux, 2015) – poziom nasilenia tych cech może wpływać znacząco na sądy wartościujące dotyczące pracy i szacowanie satysfakcji z pracy podmiotu.

Jest to istotny wynik w kontekście działań praktycznych ukierunkowanych na tworzenie pozytywnych warunków pracy i projektowanie pracy, skłaniający pracodawców do większej koncentracji na tzw. „aspekcie społecznym pracy” (w opozycji do koncentracji na efektywności) i organizowania pracy w taki sposób, aby zwiększyć prawdopodobieństwo tworzenia się silnych sieci społecznych, w których pracownicy mogą liczyć na wsparcie ze strony innych. Jednocześnie na uwagę zasługuje negatywny związek tzw. „wzajemnej zależności pracowników” z zadowoleniem z pracy. Prawdopodobnie wiąże się to z potrzebą posiadania wpływu przez pracowników na osiągane wyniki, zaś wzajemna odpowiedzialność może powodować rozproszenie odpowiedzialności, prowadząc do pojawienia się zjawiska próżniactwa społecznego (Aronson, Wilson, Akert, 2006), wpływając tym samym na pojawienie się dysatisfakcji.

Spośród innych cech mających znaczenie w kontekście zadowolenia z pracy na uwagę zasługują informacje zwrotne z pracy (zaleca się więc organizowanie pracy w taki sposób, aby pracownicy posiadali wiedzę, na ile ich działania są efektywne i co potencjalnie wymaga poprawy) oraz ergonomia (związana z wygodą i bezpieczeństwem pracy).

Otrzymane wyniki mogą wskazywać także na potrzebę rozpatrywania innego podejścia do projektowania pracy, związanego z działaniami samych pracowników, a nie – jak to miało miejsce zazwyczaj – z działaniami pracodawców (*job crafting*) (Wrzesniewski & Dutton, 2001; Van Wingerden, Derks, & Bakker, 2015). Obecnie, gdy coraz bardziej popularna staje się tzw. samoorganizacja lub wielopraca, to sami pracownicy biorą bardzo często odpowiedzialność za odpowiednie zaprojektowanie pracy. Zasadne wydaje się w dalszych badaniach skoncentrowanie również na tym aspekcie i określenie wpływu, jaki ma on na formę i organizację pracy.

Jednocześnie procent wyjaśnianej wariancji przez cechy pracy był bardzo mały, znacznie mniejszy aniżeli w przypadku badań Humphreya i in. (2007). Prawdopodobnie było to wynikiem innej liczby cech pracy rozpatrywanej w modelu badań własnych (11 cech) w porównaniu do cech wyodrębnionych przez Humphreya i in. (21 cech pracy).

Uzyskane dane wskazują jednocześnie na potrzebę rozpatrywania cech pracy w szerszym zestawie zmiennych. W literaturze przedmiotu aktualnie akcentuje się co najmniej trzy grupy czynników wpływających na zadowolenie z pracy (Brief, 1998; Spector, 1997; Zalewska, 2003a) – oprócz czynników środowiskowych

(utożsamianych często z cechami pracy), także dyspozycje pracowników oraz dopasowanie zawodowe osoba–środowisko. Zasadne wydaje się więc (w dalszych badaniach ukierunkowanych na eksplorację obszaru zadowolenia z pracy) uwzględnienie także innych zmiennych, w tym przede wszystkim: cech osobowości wchodzących w skład tzw. „Wielkiej Piątki” (Judge, Heller, Mount, 2002), cech związanych z samostrzeganiem (Judge, Bono, 2001), cech temperamentalnych (Zalewska, 2003a; 2004), ale także cech socjodemograficznych. Prawdopodobnie związek cech pracy z zadowoleniem podmiotu może być różny w zależności od jego sytuacji socjodemograficznej i dyspozycji osobowych (Argyle, 2005; Schultz, Schultz, 2002; Zalewska, 2009). Uzyskane wyniki wskazują także na potrzebę uwzględnienia w modelu dodatkowej grupy zmiennych modyfikujących relacje pomiędzy cechami pracy a zadowoleniem z pracy. Mowa tu o konfliktach na linii praca–dom. Uwzględnienie tych zmiennych bez wątpienia wzbogaciłoby model i pozwoliło lepiej zrozumieć mechanizmy kształtowania się zadowolenia z pracy.

Jeśli chodzi o kolejne ograniczenia, to w badaniach zrezygnowano z określenia stanowiska zawodowego i rodzaju wykonywanej pracy, dążąc bardziej do eksploracji środowiskowych korelatów czy też predyktorów zadowolenia z pracy. Uznaję to za jedno z większych niedociągnięć, bowiem zmienna ta mogłaby mieć istotne znaczenie moderujące w relacji pomiędzy cechami pracy a zadowoleniem podmiotu, co wydaje się ważne z aplikacyjnego punktu widzenia. Co więcej, brak jednoznacznego zdefiniowania aktywności zawodowej i doboru kryteriów osób badanych umniejsza wartość teoretyczną i praktyczną otrzymanych wyników, badana grupa jest bardzo szeroka, także pod względem stażu pracy. W kolejnych badaniach ukierunkowanych na eksplorację tych problemów badawczych warto zastosować inne sposoby doboru próby, które będą mogły doprowadzić do większego, ale celowego, zróżnicowania osób badanych. Jednocześnie ciekawie jawi się badanie na poziomie kilku organizacji (w tych samych, jak również innych branżach). Kluczowe jest także określenie rodzaju pracy i piastowanego stanowiska, jak również określenie stażu pracy na danym stanowisku w danej firmie. Zabieg taki pozwoliłby z jednej strony na dokonanie porównań wewnątrzorganizacyjnych (jakie mechanizmy kształtują zadowolenie na różnych poziomach stanowiskowych czy w różnych obszarach firmy), jak również na porównanie firm działających w tych samych lub innych branżach. Bez wątpienia badania takie miałyby jeszcze większy walor poznawczy, a także i praktyczny.

Kolejne ograniczenia wiążą się z wykorzystanymi narzędziami badawczymi. Po pierwsze, przedstawiona w niniejszej pracy konceptualizacja i operacjonalizacja cech pracy stanowiła rezultat wstępnych badań. Psychometryczna analiza właściwości Kwestionariusza Cech Pracy wskazywała na niezadowalającą w wielu wypadkach rzetelność (zgodność wewnętrzną) wybranych podskal, co więcej nie w pełni potwierdziła zakładaną na podstawie przesłanek teoretycznych (Morgeson i Humphrey, 2006) strukturę narzędzia (zamiast 21 cech pracy w ostatecznej wersji kwestionariusza znalazło się 11 cech pracy). Brakuje badań na temat

stabilności czasowej metody, jak również badań ukierunkowanych na określenie trafności z wykorzystaniem innych, alternatywnych narzędzi. Co więcej, niektóre podskale (wsparcie społeczne, interakcje poza organizacją, znaczenie pracy) zbudowane były jedynie z dwóch pozycji testowych, co mogło powodować niewielkie zróżnicowanie badanych na kontinuum mierzonej cechy, a to z kolei utrudniało wykrycie prawidłowości za pomocą metod bazujących na zmienności analizowanych zjawisk (regresja, współczynniki korelacji).

Z jednej strony wskazane są dalsze prace nad Kwestionariuszem Cech Pracy, z drugiej zaś wskazane jest wykorzystanie w dalszych badaniach zadowolenia z pracy innych narzędzi, umożliwiających szacowanie poziomu postrzegania cech pracy (być może uwzględnienie większej puli cech lub wykorzystanie narzędzi pozwalających na otrzymanie bardziej zróżnicowanych wyników), lub wykorzystanie w tym celu metod jakościowych.

W nawiązaniu do stosowanych skal pomiarowych, zasadne (z punktu widzenia poznawczego) może być zastosowanie innych sposobów pomiaru zadowolenia z pracy. Być może warto byłoby uwzględnić także narzędzia wieloitemowe do pomiaru ogólnego zadowolenia z pracy (np. Skala Satysfakcji z Pracy Zalewskiej, 2003b).

BIBLIOGRAFIA

- Argyle M. (2005). Przyczyny i korelaty szczęścia. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (163–203). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Aronson E., Wilson T. D., Akert R. M. (2006). *Psychologia społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Blikle A. C. (2016). *Doktryna jakości. Rzecz o turkusowej samoorganizacji*. Warszawa: Andrzej Blikle.
- Brief A. P. (1998). *Attitudes in and around organizations*. Thousand Oaks: SAGE.
- Brief A. P., Weiss H. M. (2002). Organizational behavior: Affect in the Workplace. *Annual Review of Psychology*, 53, 279–307.
- Campion M. A. (1988). Interdisciplinary approaches to job design: A constructive replication with extensions. *Journal of Applied Psychology*, 73(3), 467–481.
- Campion M. A., Thayer P. W. (1985). Development and field evaluation of an interdisciplinary measure of job design. *Journal of Applied Psychology*, 70(1), 29–43.
- Crites S. L., Fabrigar L. R., Petty R. E. (1994). Measuring the affective and cognitive properties of attitudes: Conceptual and methodological issues. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 619–634.
- Dawis R. V., Lofquist L. H., Weiss D. J. (1968). A theory of work adjustment (a revision). *Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation*, 23.
- Furnham A. (2000). Work in 2020. Prognostications about the world of work 20 years into the millennium. *Journal of Managerial Psychology*, 15(3), 242–254.
- Furnham A. (2005). *The psychology of behavior at work: The individual in the organization*. Hove and New York: Psychology Press.

- Gonera K., Olszak-Dyk E. (2016). Świadome zarządzanie marką pracodawcy – studium przypadku. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 419, 43–55.
- Grand J. A., Braun M. T., Kuljanin G., Kozłowski S. W. J., Chao G. T. (2016). The dynamics of team cognition: A process-oriented theory of knowledge emergence in teams. *Journal of Applied Psychology*, 101, 1353–1385.
- Hackman R. J., Oldham G. R. (1975). Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology*, 60(2), 159–170.
- Hackman R. J., Oldham G. R. (1980). *Work design*. Massachusetts–Menlo Park, CA–London–Amsterdam–Don Mills, Ontario–Sydney: Addison – Wesley Publishing Company Reading.
- Hauk M. (2007). *Reaktywność a wybór zawodu*. Niepublikowana praca magisterska. Łódź: Uniwersytet Łódzki.
- Hauk M. (2014). Kwestionariusz Cech Pracy – opracowanie polskiej wersji narzędzia do badania cech pracy i środowiska zawodowego. Wstępne wyniki badań. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica*, 18, 129–145.
- Herzberg F., Mausner B., Snyderman B. B. (1959). *The motivation to work*. New York: Wiley and Sons.
- Holland J. L. (1997). *Making vocational choices: A theory of vocational personalities and work environment*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Humphrey S. E., Nahrgang J. D., Morgeson F. P. (2007). Integrating motivational, social, and contextual work design features: A meta-analytic summary and theoretical extension of the work design literature. *Journal of Applied Psychology*, 92(5), 1332–1356.
- Iroson G. H., Smith P. C., Brannick M. T., Gibson W. M., Paul K. B. (1989). Constitution of a Job in General Scale: A comparison of global, composite and specific measures. *Journal of Applied Psychology*, 74, 193–200.
- Jaros R. (2009). *Nastrój wywołwany przez pracę i jej składniki*. Rozprawa doktorska. Bydgoszcz: Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy.
- Jonze J., East H. (2013). Employer branding in human resources management. The importance of recruiting and retaining employees, www.diva-portal.org [dostęp 2.03.2016].
- Judge T. A., Bono J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits – self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability – with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(1), 80–92.
- Judge T. A., Heller D., Mount M. (2002). Five-factor model of personality and job satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87, 530–541.
- Kozłowski M. (2013). *Employer branding. Budowanie wizerunku pracodawcy krok po kroku*. Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer business.
- Krasnowa A. (2016). Derekrutacja a budowanie marki pracodawcy. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 430, 185–194.
- Kunin T. (1955). The construction of new type of attitude measure. *Personnel Psychology*, 8, 65–77.
- Laloux F. (2015). *Pracować inaczej. Nowatorski model organizacji inspirowany kolejnym etapem rozwoju ludzkiej świadomości*. Warszawa: Studio Emka.
- Lipińska-Grobelny A. (2013). Pracownik portfolio – analiza współczesnej wieloletowości. *Organizacja i Kierowanie*, 2(155), 133–143.
- Lipińska-Grobelny A. (2016). Wielopraca a zadowolenie z różnych sfer życia – analiza różnic płciowych, zawodowych i wiekowych. *Medycyna Pracy*, 67(3), 385–395.
- Locke E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. W: M. D. Dunnette (ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (1297–1349). Chicago: Rand McNally.
- Morgeson F. P., Humphrey S. E. (2006). The Work Design Questionnaire (WDQ): Developing and validating a comprehensive measure for assessing job design and the nature of work. *Journal of Applied Psychology*, 91(6), 1321–1339.

- Oldham G. R., Hackman R. J. (1981). Relationships between organizational structure and employee reactions: Comparing alternative frameworks. *Administrative Science Quarterly*, 26(1), 66–83.
- Oldham G. R., Hackman R. J. (2010). Not what it was and not what it will be: The future of job design research. *Journal of Organizational Behavior*, 31(2/3), 463–479.
- Parker S. K., Wall T. D., Cordery J. L. (2001). Future work design research and practice: Towards an elaborated model of work design. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 74(4), 413–440.
- Patterson F. (2001). Developments in work psychology: Emerging issues and future trends. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 74, 381–390.
- Ratajczak Z. (2006). Psychologiczne aspekty funkcjonowania współczesnych organizacji. W: Z. Ratajczak, A. Bańka, E. Turska (red.), *Współczesna psychologia pracy i organizacji*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Ratajczak Z. (2007). *Psychologia pracy i organizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Roznowski M., Hulin C. (1992). The scientific merit of valid measures of general constructs with special reference to job satisfaction and job withdrawal. W: C. J. Cranny, P. C. Smith, E. F. Stone (eds.), *Job satisfaction* (123–163). New York: Lexington Books.
- Salas E., Chen G., Kozłowski S. W. J. (2017). A century of progress in industrial and organizational psychology: Discoveries and the next century. *Journal of Applied Psychology*, 102(3), 589–598.
- Scarpello V., Campbell J. P. (1983). Job satisfaction: Are all the parts there? *Personnel Psychology*, 36, 577–600.
- Schultz D. P., Schultz S. E. (2002). *Psychologia a wyzwania dzisiejszej pracy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szymańska A., Kupczyk T., Kubicka J. (2016). Definiowanie pojęcia *employer branding* przez pracowników przedsiębiorstw wyzwaniem dla Human Resources Management. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 429, 280–289.
- Wingerden J. Van, Derks D., Bakker A. B. (2015). The impact of personal resources and job crafting interventions on work engagement and performance. *Human Resource Management*, 56(1), 51–67.
- Wojtaszczyk K. (2012). *Employer branding czyli zarządzanie marką pracodawcy. Uwarunkowania, procesy, pomiar*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Wrzesniewski A., Dutton J. E. (2001). Crafting a job: As active employees revisioning crafters of their work. *The Academy of Management Review*, 26(2), 179–201.
- Zalewska A. (2001). Arkusz Opisu Pracy O. Neubergera i M. Allerbeck – adaptacja do warunków polskich. *Studia Psychologiczne*, 39, 197–217.
- Zalewska A. (2003a). *Dwa światy – emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób o niskiej i wysokiej reaktywności*. Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej ACADEMICA.
- Zalewska A. (2003b). „Skala Satysfakcji z Pracy” – pomiar poznawczego aspektu zadowolenia z pracy. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica*, 7, 49–61.
- Zalewska A. (2004). Reaktywność i system wartościowania a zadowolenie z pracy w nowym miejscu pracy. W: H. Skłodowski (red.), *Psychologia w zarządzaniu – dydaktyka, badania, sukcesy* (397–413). Łódź: Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania.
- Zalewska A. (2009). Wiek, płeć i stanowisko pracy a zadowolenie z pracy. *Psychologia Jakości Życia*, 8(1), 1–20.

MATEUSZ HAUK

JOB CHARACTERISTICS AND JOB SATISFACTION

Abstract. The aim of the research was to analyse the relationship between job characteristics and job satisfaction. The base for the research was the Job Characteristics Model by Hackman and Oldham (1980) as well as numerous verification studies which pointed to the need to consider three groups of work characteristics: motivational, social, and contextual ones. The study sample comprised 375 persons, aged from 19 to 64, representing different industries.

The obtained results have confirmed that the highest relationship with employees' satisfaction is displayed by the so-called "social characteristics". At the same time, the percentage of job satisfaction variance explained by the features of work has turned out to be negligible, which indicates the need to explore different factors affecting job satisfaction, and to take into account some more advanced models and a larger set of variables.

Key words: job characteristics, job satisfaction, job/work design.

MARCIN MŁYNARCZYK

Pracownia Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej
20-830 Lublin, ul. Wygon 12
e-mail: pracowniappb@gmail.com

TECHNIKI PRACY Z ZABURZENIEM OBSESYJNO- -KOMPULSYJNYM W TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ

Abstrakt. Artykuł przedstawia problem zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (OCD) w kontekście terapii poznawczo-behawioralnej (TPB). Zaburzenie to polega na występowaniu nawracających, uporczywych myśli i wykonywanych w reakcji na nie czynnościach (fizycznych lub mentalnych) minimalizujących niepokój związany z tymi myślami. W pierwszej części artykułu zaprezentowane są kryteria diagnostyczne zaburzenia według klasyfikacji DSM 5. Druga część wprowadza w model terapii poznawczo-behawioralnej. Kolejna zaś ujmuje zaburzenie i jego rozwój w modelach poznawczo-behawioralnych. Po odniesieniu się do skuteczności leczenia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego w opisywanym nurcie, przedstawione są specyficzne techniki terapeutyczne i model postępowania klinicznego. Artykuł sygnalizacyjnie ujmuje zagadnienie farmakoterapii, nie rozwijając go jednak. Skupia się na technikach TPB opartych na ekspozycji na bodźce awersyjne i powstrzymaniu reakcji (E/PR), stopniowej desensytyzacji, eksperymentach behawioralnych oraz technikach poznawczych skupionych na zmianie dysfunkcyjnych interpretacji.

Słowa kluczowe: zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD), terapia OCD, technika TBP, techniki kognitywne, techniki behawioralne, ekspozycja, desensytyzacja.

1. ZABURZENIE OBSESYJNO-KOMPULSYJNE W TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (OCD, ang. *obsessive-compulsive disorder*) było opisywane przez klasyków psychiatrii i psychologii długo przed powstaniem pierwszej klasyfikacji diagnostycznej. Do określenia zachowań polegających na obecności natrętnych myśli i skrupulatnym wykonywaniu określonych czynności używano różnych terminów, jak na przykład: stan psychasteniczny (Pierre Janet), nerwica natręctw (Zygmunt Freud). W połowie XX wieku zaczęto używać określenia zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, jednocześnie klasyfikując kryteria diagnostyczne i etiologię problemu (Bryńska, 2007).

Istotnym elementem zaburzenia jest lęk odczuwany w konsekwencji obsesyjnych myśli, które mogą prowokować kompulsyjne zachowania.

1.1. Obraz kliniczny zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych

Według klasyfikacji DSM-5 (Gałęcki i in., 2013; Morrison, 2014) OCD można diagnozować, gdy:

1. Występują obsesje lub/i kompulsje¹;
2. Wyżej wymienione objawy są powodem zmartwień i cierpienia klienta, zajmują mu wiele czasu (co najmniej 1 godzinę dziennie), istotnie zaburzą codzienną aktywność zawodową, szkolną, funkcjonowanie w społeczeństwie oraz relacje z innymi ludźmi;
3. Objawy nie są wynikiem używania substancji, leków lub istnienia innych chorób somatycznych;
4. Pacjent postrzega swoje objawy jako przesadne lub nawet pozbawione sensu.

W tym miejscu autorzy systemu klasyfikacji zaznaczają, że pacjenci różnią się poziomem wglądu, stopniując to zaburzenie na: „OCD z dobrym wglądem”, kiedy to pacjent zdaje sobie sprawę z nieracjonalności myśli i czynności natrętnych; „OCD ze słabym wglądem”, które oznacza, że pacjent przez większość czasu nie ocenia obsesji ani kompulsji jako przesadnych i nieracjonalnych oraz „OCD z brakiem wglądu/przekonaniami urojeniowymi”, gdy pacjent jest głęboko przekonany, że natrętne objawy są prawdziwe (Gałęcki i in., 2013; Morrison, 2014; De Silva, 2007a; Bryńska, 2007).

Najczęstszymi tematami obsesji są: brud i choroba, krzywda własna lub innych, popełnienie aspołecznych lub niemoralnych czynów, pedantyczność w sposobie wykonywania różnych czynności. Obsesje mogą obejmować również pozbawione znaczenia myśli, dźwięki, sformułowania, które w uciążliwy sposób pozostają w świadomości pacjenta. Najczęstsze kompulsje prowokowane przez obsesyjne myśli to odpowiednio: czynności mycia i czyszczenia ciała oraz otoczenia, w którym osoba przebywa, sprawdzanie potencjalnych „źródeł niebezpieczeństw” (np. wyłączniki urządzeń, zamki w drzwiach, okna), powtarzanie zachowania lub myśli, ruminacje (Bryńska, 2007; Morrison, 2014; Padesky i in., 2004; Salkovskis, 1991).

¹ Klasyfikacja DSM umiejscawia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne na pierwszej osi w kategorii zaburzeń lękowych. Obsesje definiowane są jako nawracające uporczywe myśli, impulsy lub wyobrażenia wdzierające się do świadomości chorego wbrew jego woli. Odczuwane są jako natrętne, niewłaściwe i przeszkadzające.

Kompulsje opisywane są jako czynności (fizyczne lub psychiczne) wykonywane stosownie do określonych reguł (lub w reakcji na obsesje) w celu złagodzenia cierpienia i zneutralizowania obsesji. Kompulsje mają na celu zmniejszenie poziomu lęku lub zapobieganie zdarzeniom i sytuacjom, których pacjent się obawia. Jednocześnie ich wykonywanie w żaden realny sposób nie wpływa na uniknięcie tych zdarzeń.

1.2. Ogólny model terapii poznawczo-behawioralnej

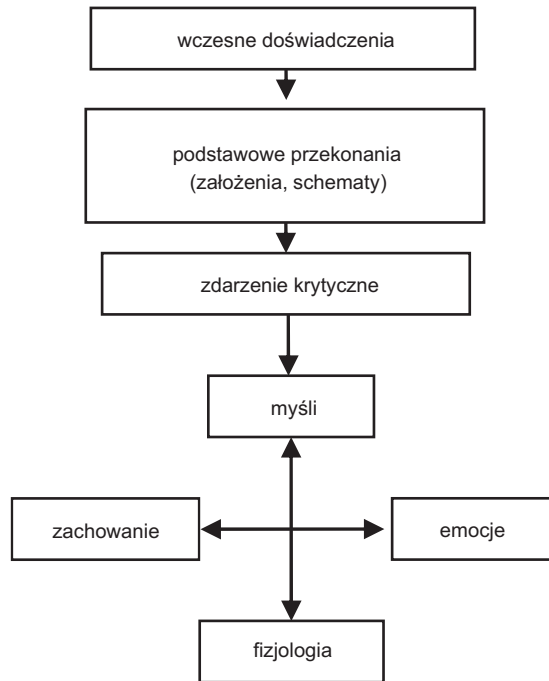
Opisywane w literaturze i stosowane w praktyce sposoby leczenia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego wskazują na terapię poznawczo-behawioralną (TPB) jako jeden z najskuteczniejszych sposobów (Hofman i in., 2012; Popiel, Pragłowska, 2009; Butler i in., 2006; Wilhelm i in., 2004). Nie oznacza to, że TPB jest jedyną skuteczną metodą leczenia tego zaburzenia. Istnieją doniesienia naukowe, które opisują skuteczność terapii prowadzonej w podejściu psychodynamicznym (Chlebowski, Gregory, 2009). Techniki terapii poznawczo-behawioralnej pozostają jednak sposobem leczenia pierwszego wyboru, sugerowanym przez takie organizacje jak brytyjski National Institute for Health and Care Excellence czy American Psychiatric Association (NICE, 2018; Freston i in., 2006; Koran i in., 2007).

W poniższym rozdziale zostanie przedstawiony ogólny model terapii poznawczo-behawioralnej po to, by wprowadzić kontekst dla stosowanych w tym podejściu metod.

Model behawioralny opiera się na prawach uczenia się i klasycznym systemie wzmocnienia i wygaszania, który może modyfikować zachowania. Podstawy tego modelu powstały na bazie osiągnięć klasyków eksperymentalnego podejścia do badania osobowości, takich jak Iwan Pawłow, Burrhus Skinner czy John Watson (Spielger, Guevremont, 1998; Pervin, 2006). Rozwijane były w praktyce klinicznej jako behawioralne modele terapeutyczne (np. Mowrer, 1960; Meyer, 1966).

Model poznawczy skupia się na tym, co dzieje się na drodze pomiędzy bodźcem a reakcją. Wskazuje na sekwencję „zdarzenie – interpretacja – emocja”. Zdarzenie jest faktem obiektywnym, jednak nie ono samo w sobie ma znaczenie, a jego interpretacja, która powoduje określoną reakcję emocjonalną. Emocje powodują konkretne zachowania. Zachowania te są niejednokrotnie bodźcem dla kolejnych interpretacji podtrzymujących następujące po nich emocje i reakcje behawioralne. W praktyce klinicznej postrzeganie problemów pacjenta w taki sposób umożliwiły prace Alberta Ellisa i Aarona Becka (Popiel, Pragłowska, 2008). Beck określił terapię poznawczą jako aktywne, dyrektywne, czasowo ograniczone i ustrukturuwane podejście, oparte na założeniu, że afekt i zachowanie jednostki są w dużym stopniu zdeterminowane przez sposób, w jaki organizuje ona swój świat (Alford, Beck, 2005).

Tworzone na bazie doświadczeń schematy poznawcze, czyli „sposób, w jaki osoba organizuje swój świat”, są odpowiedzialne za interpretację bieżących, przeszłych i antycypowanych wydarzeń. Terapia poznawczo-behawioralna akcentuje związek procesów interpretacyjnych z zachowaniem. Poniżej przedstawiony jest ogólny model rozwoju problemu w ujęciu poznawczo-behawioralnym:



Rysunek 1. Ogólny model TPB rozwoju problemu

Źródło: oprac. własne na podst. Beck, 2012

Na bazie wczesnych doświadczeń, które najczęściej były nacechowane emocjonalnie, tworzą się podstawowe przekonania na temat siebie lub świata, np. „jestem nieodpowiedzialny”, „świat jest zagrażający”. W oparciu o te przekonania tworzone są dysfunkcjonalne założenia pozwalające „chronić się” przed negatywnym przekonaniem, np. „jeśli nie będę kontrolował własnego zachowania, mogę zrobić komuś krzywdę”. Dysfunkcjonalne założenia odpowiadają za pojawianie się tzw. myśli automatycznych. Automatyczny strumień myśli (ocen, interpretacji, przewidywań) o negatywnym zabarwieniu nazywany jest negatywnymi automatycznymi myślami. Negatywne myśli automatyczne są obecne w strumieniu świadomości, chociaż często mijają niezauważone przez osobę. Myśli te powodują negatywne emocje, a te wpływają na fizjologię i zachowanie. Stan fizyczny i odczucia płynące z ciała, a także konsekwencje zachowań wtórnie wpływają na kolejne negatywne interpretacje (automatyczne myśli), tworząc błędne koło problemu (Popiel, Pragłowska, 2008; Padesky, 2004). Problem powstaje zatem w wyniku interakcji pomiędzy myślami, emocjami, fizjologią i szeroko rozumianym środowiskiem jednostki. Terapia poznawczo-behawioralna zakłada, że do pracy z zaburzeniem konieczne jest stworzenie indywidualnego modelu (konceptualizacji) opisującego poszczególne elementy podtrzymujące. Konceptualizacja jest prezentowana pacjentowi i uzgadniana wspólnie z nim. Pacjent ma możliwość

nauczyć się identyfikowania myśli automatycznych. Skuteczna w pracy terapeutycznej jest zmiana całego systemu lub jednego z ich elementów – interpretacji zdarzeń (myśli) lub zachowania (Westbrook, Kirk, 2005).

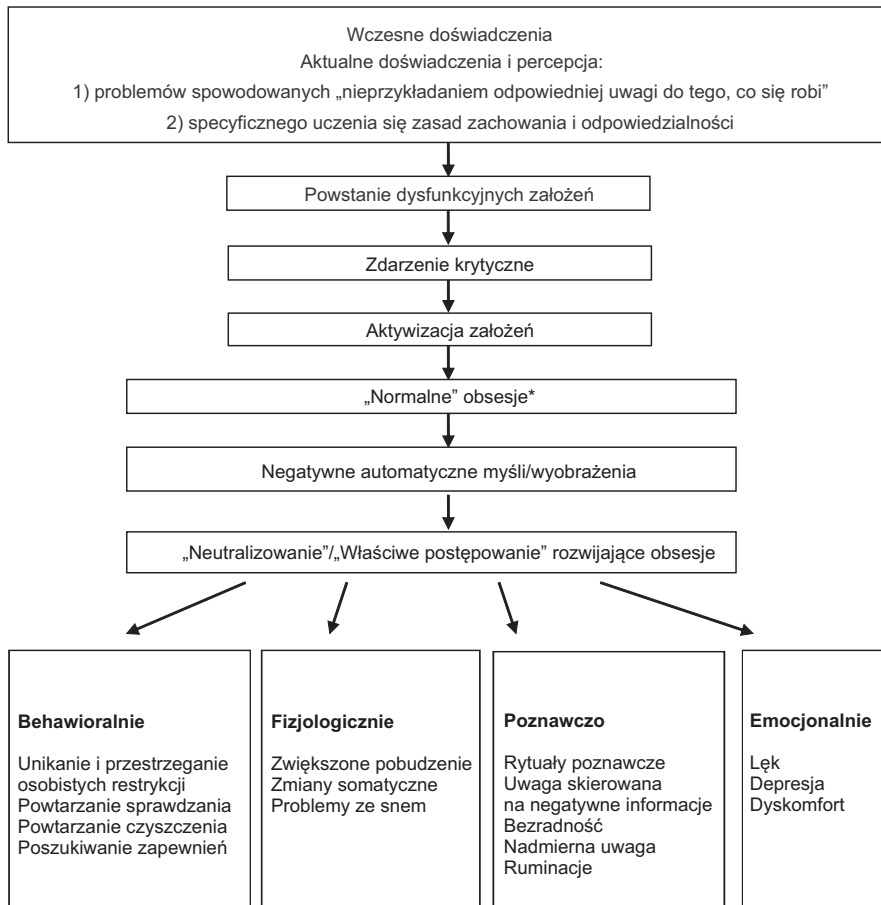
Terapia poznawczo-behawioralna ma na celu spowodować radzenie sobie z aktualnymi problemami przez pacjenta. Przeszłość ma znaczenie dla określania podstawowych przekonań, większość pracy skupia się jednak na „tu i teraz”. Pacjent w procesie terapeutycznym opartym na współpracy z terapeutą uczy się nowych zachowań i odkrywa nowe interpretacje. Terapia jest ustrukturowana i aktywna. Stosowane techniki oparte są na weryfikowaniu dotychczasowych hipotez (interpretacji) pacjenta poprzez przyswajanie nowych informacji.

1.3. Poznawczo-behawioralny model zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych

Na rozwój zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego może mieć wpływ wiele różnych czynników psychospołecznych i biologicznych. Wymienia się tu m.in. schematy poznawcze rozwijane na skutek kontaktu z kontrolującym członkiem rodziny lub inną osobą znaczącą, skłonność do odczuwania winy i nadmiernego poczucia odpowiedzialności, jak również nadaktywność płatów czołowych czy nieprawidłowe funkcjonowanie układu noradrenergicznego (Baxter, 1992). Dorobek koncepcji poznawczych i teorii uczenia się zaczął być wykorzystywany w tworzeniu technik leczenia czynności natrętnych w latach 60. XX wieku (Meyer, 1966). W kolejnych dziesięcioleciach modyfikowano techniki, rozwijano też konceptualizacje zaburzenia, co pozwoliło na stworzenie poznawczo-behawioralnych modeli OCD.

Implikacjami tworzonych modeli było spostrzeżenie, że dyskomfort (niepokój) zwiększa się na skutek interpretacji myśli, a nie ich samych, oraz że próby pozbycia się intruzji są nieosiągalnym celem terapii. Ustalono, że próby zapobiegania intruzjom, czyli to, co pacjent zazwyczaj robi, podtrzymują i rozwijają objawy. Ujmuje to przedstawiony poniżej model rozwoju OCD w ujęciu poznawczo-behawioralnym (Salkovskis, Warwick, 1988).

Model Paula Salkovskisa i Hilary Warwick opiera się na założeniach terapii poznawczo-behawioralnej, które mówią, że za powstanie zaburzenia odpowiadają schematy poznawcze wpływające na określoną interpretację faktów. Schematy poznawcze odpowiadają za automatyczne myśli, które odpowiadają za emocje, fizjologię i zachowanie w reakcji na bodźce. Schematy te dotyczą najczęściej poczucia obowiązku/winy. Salkovskis (1991) podaje, że podstawowe przekonania pacjentów z OCD obrazują przypisywanie sobie nadmiernej odpowiedzialności. Niektórzy autorzy twierdzą nawet, że jeśli pacjent nie ma w systemie poznawczym takiego przekonania, to trafniejszą diagnozą jest depresja lub inne zaburzenie lękowe, a nie ściśle obsesyjno-kompulsyjne (Teasdale, 1983, za: Bryńska, 2007).



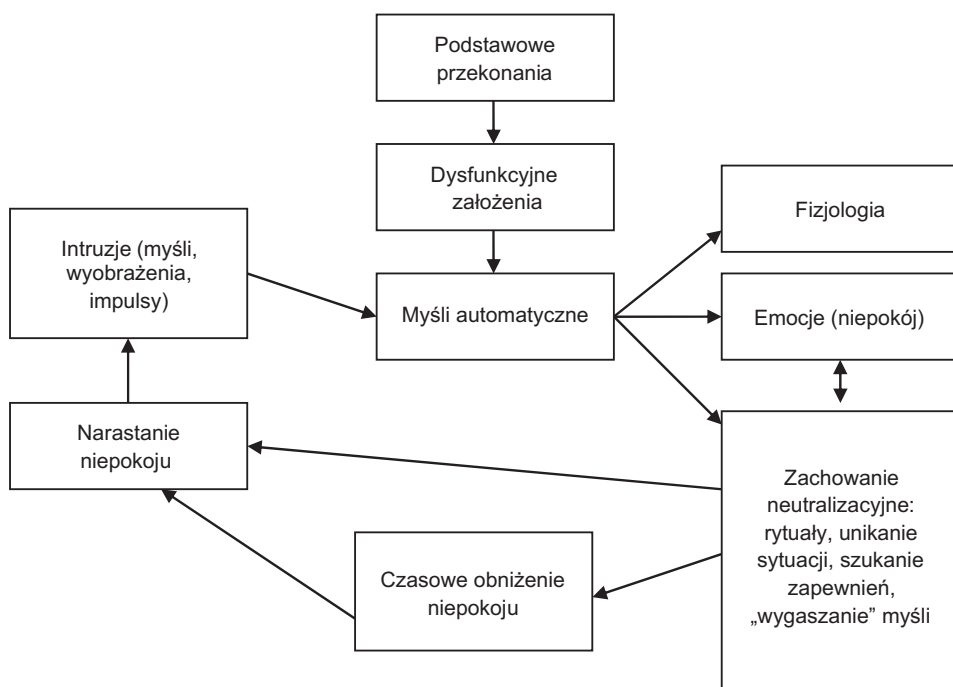
* Jak definiują Salkovskis i Warwick (1988), „normalne” obsesje to powtarzające się myśli, które wiążą się z poczuciem odpowiedzialności, ale same w sobie nie są oceniane przez podmiot jako niebezpieczne, grzeszne czy wywołujące negatywne skutki w rzeczywistości. Nie wywołują też patologicznego nasilenia lęku.

Rysunek 2. Model rozwoju OCD

Źródło: Salkovskis, Warwick, 1988, 379

Pacjenci z OCD doświadczają niepożądanych i nieakceptowanych myśli, które należy odróżnić od negatywnych automatycznych myśli. W odróżnieniu od myśli automatycznych przyjmują one natrętny, powtarzalny charakter i są łatwiej zauważane przez pacjenta. Osoba przypisująca sobie nadmierną odpowiedzialność na skutek myśli natrętnych uruchamia negatywne automatyczne myśli i podejmuje działania mające na celu wygaszenie intruzywnych myśli (impulsów, wyobrażeń). Proces neutralizowania myśli rozwija rytuały, czyli czynności redukujące poczucie odpowiedzialności i obniżające niepokój. Konsekwencją

stosowania rytuałów jest jednak większa częstotliwość myśli natrętnych. Te powodują większy niepokój, który zwiększa częstość zachowań neutralizujących. W ten sposób objawy są podtrzymywane. Osoba, oprócz neutralizacji, zaczyna unikać sytuacji związanych z odpowiedzialnością, szuka zapewnień u innych osób lub próbuje „nie myśleć o tym” i wygaszać myśl intruzyjną. Wszystkie te zabiegi prowadzą do podtrzymywania objawów poprzez rozwijanie nowych rytuałów i wzrost poziomu niepokoju w specyficznych sytuacjach wywołujących myśli natrętne (Bryńska, 2007; Salkovskis, 1991). Opisany powyżej model utrzymywania się zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych można przedstawić graficznie, tak jak pokazano na poniższym schemacie (rys. 3).



Rysunek 3. Poznawczy model utrzymywania się zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych

Źródło: oprac. własne na podst. Salkovskis, 1991

Poznawczo-behawioralna terapia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych nie stawia sobie za cel pozbycia się intruzji. Ważna jest natomiast zmiana znaczenia, jakie pacjent nadaje intruzjom, tak by budziły mniejszy niepokój i nie prowokowały czynności neutralizujących.

1.4. Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych

Opisywane w literaturze i stosowane w praktyce sposoby leczenia zaburzenia wskazują na terapię poznawczo-behawioralną jako jedną z najskuteczniejszych metod (Abramowitz, 2018; Freston i in., 2006; Koran i in., 2007). Potwierdzają to między innymi badania Johna Marcha i współpracowników (1997, za: Rabe-Jabłońska, 2007), oparte na opiniach 69 klinicystów pracujących z klientami z OCD. Wnioski wskazują na największą skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej połączonej z lekami z grupy SSRI lub (w przypadku dzieci i łagodnych postaci zaburzeń u dorosłych) wyłącznie kompleksowej terapii poznawczo-behawioralnej bez włączania leków. W przypadku oporności na leczenie technikami terapii poznawczo-behawioralnej sugeruje się włączenie leków SSRI. W razie braku odpowiedzi na dany lek wskazana jest zmiana na inny z tej samej grupy. Po drugiej lub trzeciej zmianie leku SSRI i braku efektu z prowadzoną równoległe terapią poznawczo-behawioralną, klinicyści próbują stosować klomipraminę (Rabe-Jabłońska, 2007).

Antonio Tundo i Roberta Necci (2016) prześledzili empiryczne artykuły, jakie ukazały się na temat leczenia OCD za pomocą TPB w przeciągu ostatnich kilkunastu lat. Zebrane przez nich dowody wskazują na wysoką efektywność tej metody terapeutycznej zarówno w przypadku czystego zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, jak też objawów OCD w przebiegu schizofrenii. Jednym z ważnych argumentów było „bezpieczeństwo”, oznaczające, że stosowane metody nie pogłębiały ewentualnych objawów psychotycznych. Według przytaczanych przez autorów badań liczba pacjentów, którzy przeszli w stan remisji, wahała się od 20% do 50%.

Terapia poznawczo-behawioralna z zastosowaniem opisanej w następnym rozdziale techniki ekspozycji z powstrzymaniem reakcji oceniana jest jako najskuteczniejsza w leczeniu OCD (McKay i in., 2015; De Silva, 2007b; Czała, 2003; Rosenham, Seligman, 1994). Dobre efekty daje również łączenie tej terapii z podejściem systemowym i włączanie do pracy rodziny pacjenta (Storach i in., 2008). Praca z rodziną jest szczególnie ważna w przypadku osób, które uczestniczą w natręctwach pacjenta, tolerują je lub podporządkowują się regułom rytuałów i obsesyjnego postępowania członka rodziny (Alatiq, Alrshoud, 2018; Abramowitz i in., 2018).

Trudno określić skuteczność terapii OCD w sensie liczby pacjentów, u których na skutek terapii objawy ustąpiły. De Silva (2007b) podaje, że, po przełamaniu kryzysu motywacyjnego pacjenta, dobrze przeprowadzona terapia kończy się sukcesem, jeżeli nie ma dodatkowych komplikacji (np. towarzyszącej depresji). Lars-Göran Öst (2008), powołując się na prześledzone przez niego badania nad efektywnością psychoterapii, oblicza skuteczność poznawczo-behawioralnej terapii OCD na 48% i jest to najniższa wartość spośród podawanych przez autora

dla innych zaburzeń leczonych TPB. Jednocześnie, jak podają Morris i Nightingale (2014), 25% brytyjskich pacjentów odmawia terapii opartej na ekspozycji, uznając ją za zbyt trudną. Dla tych pacjentów pomocna może okazać się praca nad zmianą poznawczą w oparciu o eksperymenty behawioralne. Przed ryzykiem wypadnięcia z terapii pacjenta, który obawia się wystawiania na awersyjne bodźce, uchronić może wspierająca i empatyczna postawa terapeuty, gotowego podjąć pracę innymi technikami, na które pacjent będzie skłonny się zgodzić.

Przy kwestii efektywności warto wspomnieć o tym, że zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne może mieć charakter nawracający. Bryńska (2007) zwraca uwagę na subkliniczne postaci OCD i nawroty objawów, których procent, opisywany w badaniach podłużnych, w zależności od źródła znacznie się waha. Edna Foa (2003) pisze, że nierealistyczne jest prowadzenie terapii OCD do momentu całkowitego ustąpienia objawów. Ważne jednak, by klient zdał sobie sprawę z tego, że może mieć intruzywne myśli i pragnienie ich zneutralizowania oraz że może stawić temu czoła, jeśli dowie się, jak ma postępować.

Rozwinięte na przestrzeni kilkudziesięciu lat techniki poznawczo-behawioralne są dość jednoznacznie pozytywnie oceniane i uznawane za skuteczniejsze niż inne nefarmakologiczne metody. Postępowanie terapeutyczne wraz z wybranymi technikami zostanie opisane w kolejnej części niniejszej pracy.

1.5. Model leczenia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego w terapii poznawczo-behawioralnej z przedstawieniem konkretnych technik

Jedną z pierwszych technik stosowanych w poznawczo-behawioralnej terapii OCD była ekspozycja na bodźce powodujące lęk, która później została rozwinięta o powstrzymanie reakcji (w skrócie E/PR), czyli zapobieganie zachowaniom redukującym lęk (Franklin i in., 2008; Foa, 1996). Podstawą jest tu próba powstrzymania starych, wyuczonych zachowań w sytuacji ekspozycji na bodźce oceniane przez pacjenta jako zagrażające.

Pomocne w klinicznym oddziaływaniu poznawczo-behawioralnym są tzw. protokoły terapeutyczne, które określają kolejność podejmowanych działań w rozłożeniu na sesje. Przykładowy klasyczny protokół postępowania z OCD w skrócony sposób przedstawia się następująco (Wells, 1997):

Sesja 1. Tworzenie konceptualizacji z uwzględnieniem historii życia pacjenta i doświadczeń wywołujących napięcie. Nazwanie problemu w kategoriach myśli i obaw, np. problemem jest lęk przed bakteriami, a nie bakterie.

Sesja 2. Dalsze wprowadzanie pacjenta w konceptualizację poznawczo-behawioralną OCD. Przeniesienie akcentu problemu z samych myśli na kompulsje będące reakcją na myśli. Ćwiczenie uważnego przekierowania uwagi. Początek pracy poznawczej nad podważaniem przekonań będących u źródeł obsesyjnych myśli.

Sesje 3–6. Podejmowanie eksperymentów w trakcie sesji, których celem jest podważanie konkretnych przekonań pacjenta, np. tego, że określona myśl spowoduje jakieś niepożądane wydarzenie. Praca nad powstrzymaniem się przed podejmowaniem rytuałów w wywołanej „sytuacji zagrożenia”. Zachęcanie pacjenta do postępowania wbrew kompulsjom. Internalizacja wewnętrznej odpowiedzi na intruzje: „To tylko myśli, a nie fakty”.

Sesje 7–10. Ocena postępów redukcji zachowań kompulsyjnych. Analiza zysków i strat z pozostałych rytuałów, które pacjent wykonuje. Kontynuacja ekspozycji na sytuacje prowokujące kompulsje i powstrzymanie tych reakcji (zarówno na sesji, jak i w planowany sposób pomiędzy sesjami).

Sesje 10–14. Praca nad pozostałymi przekonaniem i zachowaniami. Konsolidowanie nowych strategii radzenia sobie z intruzjami: unikanie ruminacji poprzez przenoszenie uwagi. Dalsza ekspozycja na bodźce wywołujące obsesje z powstrzymaniem reakcji kompulsyjnej. Opracowanie strategii zapobiegania nawrotom.

Ilość czasu przeznaczanego na terapię OCD może się znacznie różnić. Jak podaje National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2018; Freeston i in., 2006), liczba sesji może wahać się od 10 do 20, ale biorąc pod uwagę, że sesje mogą trwać dwie godziny, daje to w sumie do 50 godzin efektywnej terapii (por. Abramowitz i in., 2018). Po powrocie do zdrowia wskazane są jeszcze spotkania kontrolne, odbywane z częstotliwością raz w miesiącu przez kolejne 3–6 miesięcy (March i in., 1997, za: Rabe-Jabłońska, 2007).

Poniżej zostaną szczegółowo opisane techniki i strategie stosowane w kolejnych etapach terapii. Najpierw opisany zostanie proces tworzenia konceptualizacji i pracy z uwagą pacjenta na intruzjach. Następnie przedstawione będą techniki stosowane w pracy nad powstrzymaniem się pacjenta przed reakcją kompulsyjną.

2. TWORZENIE KONCEPTUALIZACJI I ĆWICZENIE PRZEKIEROWYWANIA UWAGI

Pierwsza faza terapii wymaga zebrania informacji od pacjenta i podzielenia się z nim wiedzą na temat zaburzenia. Wiedza ta jest również niezbędna do stosowania technik pracy z pacjentem w kolejnej fazie procesu terapii. Jak w przypadku każdego problemu, z którym pacjent zdecydował się zgłosić po pomoc, podstawą jest empatyczna, bezpieczna i wspierająca relacja terapeutyczna. Przed zastosowaniem jakichkolwiek technik praca z pacjentem powinna być poprzedzona edukacją jego i jego rodziny na temat choroby, jej objawów i przebiegu. Pacjentowi należy przedstawić model terapii poznawczo-behawioralnej oraz poznawczy model OCD. Istotne jest jasne rozróżnienie i oddzielenie obsesji od kompulsji. Dla większości klientów na początku terapii to rozróżnienie nie jest

proste. Warto więc wytłumaczyć klientowi definicję obsesji (intruzywne myśli, obrazy lub impulsy, które powracają i nie mają sensu, powodują jednak stres) oraz kompulsji (zachowania lub mentalne czynności mające na celu zapobiec niepożądanym wydarzeniom, a w rezultacie obniżyć napięcie spowodowane przez obsesje). Celem terapii jest odejście od rytuałów (kompulsji), ale nie powstrzymywanie obsesji. Próba „wypchnięcia” obsesji z umysłu klienta może mieć paradoksalnie odwrotny efekt i wywołać ich nasilenie (Abramowitz, Tolin, Street, 2001; Abramowitz i in., 2018). W początkowej fazie terapii bardzo ważna jest identyfikacja zachowań zabezpieczających. Rytuały redukujące lęk bardzo często są czasochłonne, a czasami wstydlive. Pacjenci z OCD potrafią unikać wydarzeń, które prowokują obsesyjno-kompulsyjny cykl. Jasny obraz stosowanych przez klienta strategii unikania daje dobrą podstawę do zaplanowania terapii opartej na powstrzymywaniu się od wykonywania czynności natrętnych. Dla wielu klientów identyfikacja sytuacji występowania obsesji i kompulsji jest trudna. Pomocne jest wtedy stosowanie samoobserwacji. Zwiększona uwaga, rejestrowanie zachowań, emocji i myśli pozwalają klientowi wyłonić sytuacje spustowe dla powstawania obsesji, a niejednokrotnie również określić czas, jaki poświęca na kompulsyjne rytuały. Terapeuta powinien dokonać poznawczej konceptualizacji problemu, czyli postawić hipotezy na temat sposobu myślenia i mechanizmów zachowań pacjenta. Aby posłużyć się modelem poznawczym, istotne jest określenie kolejno: negatywnych automatycznych myśli i przekonań (podstawowych i pośredniczących), jak też samych reakcji fizjologicznych. Początki pracy terapeutycznej, oprócz psychoedukacji na temat modelu poznawczego, mogą też wymagać nauki identyfikacji myśli automatycznych u pacjenta (Bryńska, Kołakowski, Srebnicki, 2007). Refleksja nad automatycznymi negatywnymi myślami pozwala terapeutcie na określenie wraz z pacjentem jego podstawowych przekonań, pomaga wskazać potencjalne zniekształcenia poznawcze oraz zachowania redukujące lęk, które podtrzymują problem.

3. ZACHĘCANIE PACJENTA DO DZIAŁANIA WBREW KOMPULSIJOM

W ramach opisu zasadniczej fazy terapii, skupionej na powstrzymywaniu się przed kompulsjami, opisane zostaną kolejno techniki: ekspozycji z powstrzymywaniem reakcji, desensytyzacja, zanurzanie, techniki poznawcze oraz eksperyment behawioralny.

Po zarysowaniu schematu problemu klient może rozpocząć pracę nad powstrzymywaniem rytuałów. Niemożliwe jest jednak, by na skutek polecenia terapeuty po prostu przestał je wykonywać. Konieczne jest w pierwszej fazie wprowadzenie klienta w model poznawczy OCD i przekonanie go do tego, że skuteczniejszym sposobem radzenia sobie z lękiem będzie opieranie się rytuałom, które wymaga dużej odwagi i wsparcia. Ważne jest, by również przekonać klienta,

że tak długo, jak będzie utrzymywał rytuały, tak długo będą mu dokuczały objawy obsesyjne. Perspektywa mniejszej częstotliwości pojawiania się obsesji może być silnie motywująca. Dodatkowym bodźcem może być praca nad wyobrażeniem siebie bez kompulsji i omówienie zysków z tego płynących (np. więcej wolnego czasu) (Roth i in., 2003). Rezygnacja z rytuałów zazwyczaj odbywa się stopniowo, np. jeżeli klient ma wiele różnych, może wybierać te, z których kolejno będzie rezygnował. W czasie terapii bardzo ważne jest, by klient nabrał przekonania i zdolności generalizowania wyuczonych sposobów powstrzymywania reakcji na inne sytuacje, w których mogą wystąpić kompulsje. Jest to szczególnie istotne dla utrzymywania się efektów terapii w perspektywie długoterminowej. W miarę postępów terapii nakłanianie do powstrzymywania reakcji powinno być rzadsze. Kiedy klient będzie się angażował w nowe rytuały, powinien od razu zastosować omawianą technikę.

Fundamenty potrzebne do wdrożenia powstrzymywania reakcji można sprowadzić do kilku punktów, a mianowicie są to (Laws, 1995; Foa, 2010):

- identyfikacja nieadaptacyjnego zachowania;
- motywacja do zmiany i ustalenie zasad;
- zmiana zachowania i doskonalenie zmiany zachowania;
- identyfikacja przykładów nieadaptacyjnego zachowania i powrotów do starych zachowań;
- równowaga życiowa pomiędzy obowiązkowymi i swobodnie wybieranymi zachowaniami;
- rozpoznanie idei kryjącej się za nieadaptacyjnym zachowaniem;
- rozpoznawanie i planowanie odpowiedzi na sytuacje „wysokiego ryzyka” (wystąpienia starych zachowań).

W praktyce zapobieganie zachowaniom redukującym lęk polega na identyfikowaniu ścieżek prowadzących do sytuacji wysokiego ryzyka i sposobów radzenia sobie z elementami wyzwalającymi niepożądane zachowania. Powstrzymywanie reakcji może przybierać bardziej lub mniej nasilone formy. Może to być instrukcja terapeuty, jak również restrykcyjny zakaz wykonywania czynności. W literaturze wskazuje się również na istotną rolę rodziny w powstrzymywaniu reakcji (Storach, 2008; Bryńska, Kołakowski, 2007). Angażowanie najbliższego otoczenia w kontrolę zapobiegania rytuałom daje prawdopodobieństwo większej częstotliwości powstrzymywania reakcji. Ważne jednak, by opierało się na wewnętrznej motywacji. Działanie pacjenta z własnej woli, bez uwzględniania osób trzecich, daje lepsze efekty niż podjęcie trudu terapii ze względu na uciążliwość objawów dla rodziny.

Skuteczność ekspozycji na bodźce z zapobieganiem reakcji badali Edna Foa i Michael Kozak (1996). Spośród omówionych przez autorów badań 12 studiów przypadków w 80% z nich możliwe było wprowadzenie nowych nawyków i stosowanie wyuczonych w terapii reakcji zaraz po zakończeniu leczenia. W innych badaniach porównywane było stosowanie ekspozycji i powstrzymywania reakcji

z przyjmowaniem leków (Foa i in., 2000). Okazuje się, że technika ta stosowana sama lub w połączeniu z lekami jest istotnie skuteczniejsza niż stosowanie samego leczenia farmakologicznego.

Zalecana częstotliwość i długość sesji w publikowanych przez Foa i współpracowników protokołach terapii to 17 dwugodzinnych sesji odbywanych dwa razy w tygodniu, z czego 2 sesje poświęcone są na zdobywanie informacji i planowanie leczenia, a 15 pozostałych na ekspozycje i zapobieganie zachowaniom redukującym lęk. Bardziej intensywna wersja programu obejmuje codzienne dwugodzinne sesje przez 17 dni (Roth, Franklin, Foa, 2003). Nowsze badania Foa (2010) wskazują na lepsze efekty łączenia terapii ekspozycji wyobrażeniowej z ekspozycją *in vivo*. Zaproponowany przez autorkę plan terapeutyczny był krótkoterminowy, ale intensywny. Obejmował 15 120-minutowych sesji prowadzonych w ciągu trzech tygodni i dwie wizyty domowe w czwartym tygodniu leczenia.

W pracy z pacjentem nad powstrzymywaniem się przed kompulsjami pomocne jest również stosowanie desensytyzacji. Jest to technika użyteczna w redukowaniu lęku. Polega na wprowadzeniu klienta w stan głębokiej relaksacji, a następnie ekspozycji na sytuacje powodujące stopniowy wzrost poziomu lęku. Stopniowe zwiększanie siły bodźca awersyjnego na przemian z relaksacją powoduje podniesienie progu reakcji lękowej. Stwierdzono to już pod koniec lat 50. XX wieku (Wolpe, 1990).

Obecnie stosowane sposoby desensytyzacji przebiegają według trzech podstawowych etapów (Head, Gross, 2008; 2009):

1. Trening relaksacyjny.
2. Ustalanie hierarchii (gradientu) bodźców lękowych.
3. Prezentacja bodźców awersyjnych według rosnącej siły awersyjnej w stanie relaksacji klienta.

Trening relaksacyjny polega głównie na uczeniu klienta redukowaniu napięcia w ciele. Relaksacja ma służyć przygotowaniu klienta do obniżenia lęku. Jak podają Levin i Gross (1985), nauka relaksacji może wymagać średnio 5–7 sesji. Podstawowym celem jest uzyskanie maksymalnej relaksacji mięśniowej. Można uczyć klienta rozluźniania różnych partii mięśni na oddzielnych sesjach, np. sesja 1: ramiona; sesja 2: głowa i szyja; sesja 3: plecy i klatka piersiowa itp. Dobrze jeśli terapeuta poprzedzi tę pracę wywiadem mającym wskazać, co relaksuje klienta; jakie bodźce wywołują przyjemne skojarzenia, jakie zmysły są najbardziej wrażliwe, jeśli będzie posługiwał się wyobrażeniami w relaksacji. Na tym etapie może być stosowana zarówno głęboka relaksacja, jak np. trening autogenny Schultza (Triscari i in., 2015), jak też proste metody obniżania napięcia, np. ćwiczenia oddechowe.

Drugim krokiem w desensytyzacji jest ustalenie hierarchii sytuacji wywołujących lęk. Korzystając z informacji posiadanych przez klienta, uzyskanych przez terapeutę w wywiadzie klinicznym i w wyniku pomiaru poziomu lęku metodami

testowymi, możliwe jest zidentyfikowanie sytuacji powodujących nieadaptacyjny poziom lęku. Pomocne jest też prowadzenie przez klienta dzienniczka z zapisami bieżących zachowań i aktywności. Terapeuta może również przedstawiać klientowi scenariusze sytuacji, które klient umiejscawia na kontinuum poziomu zagrożenia. Ostateczna lista sytuacji powinna zawierać 10–20 pozycji, które następnie klient ranguje, wyobrażając sobie scenariusze zaistnienia każdej z nich. Część klientów ustawia sytuacje na jednym kontinuum, część dzieli na podgrupy w zależności od rodzaju bodźca awersyjnego (St. Onge, 1995, za: Head, Gross, 2008).

Finałowym krokiem systematycznej desensytyzacji jest ekspozycja awersyjnych wyobrażeń. Każda sesja ekspozycji wyobrażeń zaczyna się i kończy w stanie relaksu klienta. Na każdym z etapów, w tym najbardziej po prezentacji bodźców awersyjnych, istotne jest powstrzymanie reakcji kompulsyjnej.

Terapeuta przedstawia werbalnie kolejne wyobrażenia. Pierwsze z nich powinno odnosić się do sytuacji neutralnej i pełni funkcję kontrolną. Pozwala terapeutę ocenić zdolność klienta do wizualizacji sytuacji i wychwycenia przeszkód w tworzeniu przez klienta płynnego wyobrażenia. Kolejne wyobrażenia dotyczą już sytuacji budzących lęk. Pierwsze są sytuacje, którym klient przypisał najmniejszy poziom zagrożenia. Klient po wprowadzeniu przez terapeutę w sytuację pozostaje jeszcze przez ok. 10 sekund wizualizując, a następnie ocenia poziom subiektywnego zaniepokojenia na skali 0–10. Terapeuta przedstawia kolejno inne sytuacje dotyczące bodźców najmniej awersyjnych aż do momentu, kiedy klient oceni subiektywny poziom niepokoju na 0. Wtedy przedmiotem wizualizacji stają się bodźce ocenione przez klienta jako bardziej zagrażające. W trakcie typowej 30-minutowej sesji ekspozycji klientowi można zaprezentować 3–4 sytuacje. Każda nowa sesja powinna zaczynać się od wizualizacji ostatniego bodźca, którego wizualizację w skali zaniepokojenia klient ocenił na 0. Przy każdej sesji wskazane jest zadawanie prac domowych: ćwiczenia relaksacji na początku stosowania techniki i ekspozycja na bodźce awersyjne z powstrzymaniem reakcji w realnym świecie.

Ekspozycja na awersyjne bodźce jest bardzo skuteczną techniką terapeutyczną. Zastosowany w systematycznej desensytyzacji element relaksacji jest wskazany w sytuacjach, kiedy terapeuta ma kontrolę nad ekspozycją i kiedy celem jest szersza generalizacja efektów, jak w przypadku fobii (Hazlett-Stevens, Craske, 2008). Sama ekspozycja jednak, bez elementu relaksacji, jest stosowana z dobrymi efektami w leczeniu szerokiego spektrum zaburzeń lękowych. Warto w tym miejscu opisać jedną z podstawowych w terapii behawioralnej technikę ekspozycji *in vivo*, w której powtarzalna prezentacja awersyjnego bodźca daje efekt obniżenia poziomu lęku w kontakcie z tym bodźcem. Kolejne kroki, jakie pacjent z terapeutą pokonują w tego rodzaju ekspozycji, to (Stevens, Craske, 2008):

1. Analiza funkcjonalna zachowania unikowego;
2. Opis celu i korzyści ekspozycji na obiekt lub sytuację, której obawia się pacjent;
3. Tworzenie hierarchii bodźców (sytuacji) wywołujących lęk;

4. Rozpoczęcie systematycznej ekspozycji na bodźce (sytuacje) lękowe, zaczynając od tych, które zostały ocenione jako najmniej straszne;

5. Kontynuowanie powtarzalnej ekspozycji danego bodźca z pytaniem o poziom lęku po ekspozycji, aż do momentu, kiedy poziom lęku spadnie do niewielkiego stopnia (np. 2 w 8-stopniowej skali). Wtedy ekspozycja kontynuowana jest z następną sytuacją w hierarchii utworzonej na początku;

6. Włączanie zaprojektowanych ćwiczeń samodzielnej ekspozycji, którą pacjent przeprowadza sam pomiędzy sesjami;

7. Ocena postępów klienta w zadaniach domowych, informacje zwrotne i wsparcie w pokonywaniu trudności.

W przypadku stosowania tej techniki w leczeniu OCD bardzo istotne jest powstrzymanie się pacjenta przed reakcją kompulsyjną. Dla części pacjentów ekspozycja *in vivo* może być na początku zbyt trudna. Są też rodzaje natręctw ujawniające się tylko w specyficznych warunkach, które trudno uzyskać podczas sesji terapeutycznej. Warto w takiej sytuacji stosować ekspozycję wyobrażeniową według tych samych wytycznych obejmujących tworzenie hierarchii sytuacji lękowych i przesuwanie się w ekspozycji coraz wyżej na „lękowej drabince”. Ekspozycja wyobrażeniowa może również poprzedzać *in vivo* (Hazlett-Stevens, Craske, 2008)

Skuteczną, lecz dość trudną dla pacjenta techniką jest oparte na ekspozycji zanurzanie (*flooding*). Istotą jest tu wydłużona ekspozycja na bodźce, które powodują stosunkowo wysoki poziom lęku. Technika zanurzania jest efektywnie wykorzystywana w redukcji lęku. Stosuje się ją w leczeniu specyficznych fobii, atakach paniki, PTSD. W kontekście OCD zanurzanie ma znaczenie w redukcji zachowań kompulsyjnych. Skuteczność zanurzania została potwierdzona przez wiele teorii i badań empirycznych. Jednymi z nich są prace Stanleya Rachmana (1980), skupione na teorii przetwarzania emocjonalnego (*emotional processing theory*). Teoria ta zakłada, że ekspozycja na awersyjne bodźce powoduje modyfikację patologicznej struktury lęku. Mechanizm polega na wzbudzeniu lęku, a następnie dostarczeniu informacji korygujących ocenę zagrożenia. Zanurzanie *in vivo* jest dość podobne do ekspozycji na bodźce awersyjne. Etapy, które można wyróżnić w zanurzaniu, to (Zoellner i in., 2008):

1. Uformowanie silnej współpracy terapeutycznej i dobrego kontaktu z klientem.
2. Rzetelna ocena lęków klienta i związanych z nimi zachowań unikowych.
3. Zapewnienie efektywnej racjonalizacji.
4. Modelowanie przez terapeutę ekspozycji na sytuacje lękowe:
 - a) terapeuta opisuje sytuację;
 - b) terapeuta demonstruje, jak wykonać zadanie;
 - c) terapeuta instruuje klienta, by zrobił to samo.
5. W trakcie wyobrażonego zanurzania terapeuta dokonuje pomiaru poziomu zaangażowania i stresu klienta.

6. Pozostawanie w sytuacji powodującej lęk dopóki nie zostanie on zredukowany co najmniej o 50% (bez wykonywania czynności kompulsyjnych).

7. Szczegółowe zapisywanie i omawianie reakcji klienta na ekspozycje w trakcie terapii.

8. Powtarzanie zanurzania, dopóki lęk nie zostanie znacząco obniżony, a wszystkie obszary funkcjonowania związane z unikaniem nie zostaną objęte działaniem.

W OCD najczęściej stosuje się wyobrażone zanurzanie, które skupia się głównie na obawach klienta o konsekwencje niepodjęcia działania. Dla efektywnego stosowania tej techniki konieczne jest więc dobre rozpoznanie w zakresie obsesyjnych myśli, idei i wyobrażeń klienta. Mając te informacje, terapeuta może ustalić, jakich konsekwencji obawia się klient, a następnie ocenić poziom stresu, jaki powodują obsesyjne myśli. Następnym krokiem jest wytłumaczenie klientowi istoty stosowania ekspozycji jako narzędzia terapeutycznego. Może to również pomóc w przekonaniu klienta, że większość ludzi doświadcza irytujących myśli i że te myśli są całkiem normalne. Problemem nie są natrętne myśli same w sobie, lecz błędna interpretacja tych myśli jako bardzo znaczących. Uzyskane w wywiadzie informacje mogą posłużyć do wytłumaczenia klientowi, jak bardzo odpowiedzialna za lęk jest błędna interpretacja. W leczeniu OCD istotna jest koncentracja na zrozumieniu mechanizmu wiązania lęku z niegroźnymi myślami. Powtarzane konfrontowanie się z tymi myślami pozwala pacjentowi zdać sobie sprawę, że myśli same w sobie nie powodują zagrożenia. Ekspozycja wyobrażeniowa jest często używana jako uzupełnienie ekspozycji *in vivo*, np. dla pacjenta z obsesją zabrudzenia zadaniem faktycznym byłoby dotknięcie klamki drzwi łazienki, a później zjedzenie kanapki bez mycia rąk. Ekspozycja wyobrażeniowa obejmowałaby natomiast wyobrażenia zagrażających konsekwencji tego ćwiczenia. Pacjent i terapeuta ustalają skrypt zawierający wszystkie elementy powodujące lęk; dobrze, jeśli jest w tym skrypcie dużo niepewności. Następnie pacjent lub terapeuta czytają na głos skrypt zagrażającego wyobrażenia, który jest nagrywany. Pacjent ma za zadanie słuchać tego nagrania (najlepiej zapętlającego się) i angażować uwagę w tworzenie irytujących obrazów, a jednocześnie opierać się chęci podjęcia kompulsyjnych rytuałów czy uzyskania zapewnienia. W trakcie opierania się kompulsjom ma przypominać sobie również, że obsesyjne myśli są normalne, nieszkodliwe i możliwe do zaakceptowania.

Oprócz technik redukujących lęk opartych głównie na ekspozycji i powstrzymaniu reakcji, w terapii OCD ważne miejsce zajmują techniki rozmowy, stosowane naprzemiennie z eksperymentami behawioralnymi. Ich celem jest modyfikacja interpretacji faktu pojawiania się treści intruzyjnych myśli (Westbrook, 2007; Padesky, Greenberger, 2004). Rozmowy mają na celu modyfikację interpretacji na poziomie negatywnych automatycznych myśli, podstawowych przekonań i dysfunkcyjnych założeń.

Praca na każdym z poziomów opiera się na ukierunkowaniu odkrywania i testowaniu alternatywnej do zastanej interpretacji faktów. Na poziomie negatywnych

automatycznych myśli pacjent powinien je najpierw zidentyfikować. Następnie w dyskusji z terapeutą szuka argumentów potwierdzających i obalających je. Formułuje alternatywne myśli jako odpowiedź. W trakcie dochodzenia do alternatywnej myśli pacjent określa na skali nasilenie emocji. Zmniejszenie się poziomu niepokoju po sformułowaniu myśli alternatywnej oznacza zdolność włączenia jej w system przekonań oraz jej akceptację na poziomie emocjonalnym (Bryńska, Kołakowski, Srebnicki, 2007). Na poziomie podstawowych przekonań i dysfunkcjonalnych założeń praca skupia się na wskazaniu popełnianych przez pacjenta błędów poznawczych oraz zmianie założeń w oparciu o modyfikację negatywnych znaczeń i eksperymenty behawioralne. Bardzo ważne jest zrewidowanie przekonań związanych z nadmiernym poczuciem odpowiedzialności. Zastosowanie ma tu technika tzw. tortu odpowiedzialności. Polega ona na określaniu przez pacjenta stopnia odpowiedzialności za konkretne nieszczęśliwe zdarzenia będące przedmiotem myśli kompulsyjnych. Początkowo klient przypisuje sobie stuprocentową odpowiedzialność, np. w myśli: „mogę rozproszyć moją żonę w czasie, kiedy prowadzi samochód, i spowodować wypadek”. Następnie proszony jest przez terapeutę o generowanie innych możliwych czynników przyczyniających się do „nieszczęścia” wraz z określeniem ich procentowego wpływu na stan rzeczy. Na podstawie wygenerowanych czynników i oceny ich odpowiedzialności pacjent rysuje z terapeutą diagram kołowy, w którym nieokreślona przez inne czynniki część odpowiedzialności określana jest jako wpływ własny pacjenta. Efektem jest najczęściej dostrzeżenie przez pacjenta roli innych czynników jako bardziej istotnych (Bryńska, Kołakowski, Srebnicki, 2007; Westbrook, 2007).

W modyfikacji przekonań i założeń dotyczących oceny ryzyka pomocna jest technika określania łącznego prawdopodobieństwa. Polega ona na wnikliwym określaniu kolejnych warunków, które muszą być spełnione, by treść natrętej myśli stała się prawdą. Jeżeli np. pacjent obawia się, że nie sprawdzając, czy zgaślił papierosa przed snem, może spłonąć we własnym mieszkaniu, terapeuta pyta o kolejne kroki, które muszą po sobie nastąpić, np. „iskra spadnie na podłogę” – „podłoga zapali się” – „ja nie zauważam ognia” itd. Pacjent określa prawdopodobieństwo każdego z kolejnych elementów łańcucha warunków układających się w wydarzenie, którego się obawia. Następnie poinstruowany o regułach obliczania łącznego prawdopodobieństwa mnoży określone prawdopodobieństwa przez siebie, uzyskując w efekcie bardzo niski ułamek (np. $0,1 \times 0,01 \times 0,01 = 0,00001$), który oznacza racjonalnie obliczone ryzyko (Westbrook, 2007). Technika ta, podobnie jak technika tortu odpowiedzialności, nie likwiduje problemu niepokoju, ale może go istotnie obniżyć.

Dla potwierdzenia zmiany dokonywanej interpretacji w realnych sytuacjach wskazane jest stosowanie eksperymentów behawioralnych. Jest to technika polegająca na podejmowaniu przez pacjenta nowej aktywności i obserwacji jej skutków w sposób ściśle zaplanowany (Morris, Nightingale, 2014; Bryńska, Kołakowski, Srebnicki, 2007; Westbrook, 2007). Eksperyment behawioralny prowadzony

jest podobnie jak eksperyment naukowy. Pacjent stawia więc hipotezę, podejmuje aktywność weryfikującą i określa, na ile przewidywania się sprawdziły. Eksperymenty behawioralne prowadzone są w trakcie sesji lub pomiędzy nimi. Bardzo ważne jest dokładne zaplanowanie kolejnych kroków eksperymentu, okoliczności i przewidywanych trudności. Eksperyment może mieć formę klasyczną, kiedy pacjent wykonuje (lub nie wykonuje) jakąś czynność w określony sposób i sprawdza przewidywania co do konsekwencji takiego postępowania. Może też polegać na samej obserwacji i rejestrowaniu zachowania innych osób w specyficznej sytuacji, co ma na celu testowanie własnych przekonań dotyczących zachowań innych. Cel ten może zostać osiągnięty na drodze eksperymentów polegających na zbieraniu danych (np. przeprowadzeniu minisondażu na określony temat). Należy dodać, że eksperymenty behawioralne stosuje się w leczeniu OCD w połączeniu z technikami ekspozycyjnymi. Celem eksperymentu jest wtedy weryfikacja hipotez dotyczących skutków powstrzymywania się od zachowań zabezpieczających (Abramowitz i in., 2018; Westbrook, 2007; Bryńska, 2007; Salkovskis, 1991).

Powyżej przedstawione zostały wybrane techniki stosowane w leczeniu OCD. Jako że zaburzenie może mieć charakter nawracający, bardzo ważne w terapii jest zapobieganie nawrotom. Konieczne jest więc podsumowanie terapii pod kątem tego, co było dla pacjenta pomocne i przypomnienie o niepowszymywaniu pojawiających się myśli, a zamiast tego traktowanie ich jak nieistotnego elementu świadomości. Pacjent ma również pamiętać o powstrzymywaniu się przed poszukiwaniem zapewnień i neutralizowaniem. Należy w tym celu omówić potencjalne zagrożenia i trudności w realizacji tych postanowień. Ważne też, by pacjent, znając schemat obsesji, był wyczulony również na pojawiające się nowe rytuały i próbował im się opierać, zamiast je rozwijać. Korzystając z bogatego doświadczenia pacjenta, należy wraz z nim ustalić ewentualne okoliczności, w których może nastąpić nawrót, oraz sporządzić plan radzenia sobie z nawrotem, obejmujący powstrzymywanie się przed kompulsjami, samodzielne stosowanie ekspozycji, korzystanie z poznanych podczas terapii technik poznawczych czy stosowanie treningu relaksacyjnego.

4. PODSUMOWANIE

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne jest diagnozowane w klasyfikacji DSM jako zaburzenie lękowe. Niepokój wywołują u pacjenta natrętne myśli, a wykonywane obsesyjne czynności mają służyć redukcji lęku. Przedstawiony w powyższym artykule model terapii poznawczo-behawioralnej pozwala bardziej precyzyjnie ująć patomechanizmy OCD, bazując na stwierdzeniu, że źródłem problemu są zniekształcenia poznawcze powstałe w wyniku interpretacji opartej na dysfunkcjonalnych założeniach i podstawowych przekonaniach. Niewątpliwie rozwój modeli poznawczych i badania w nurcie behawioralnym przyczyniły się do

rozwoju efektywnych technik pracy z zaburzeniem. Zaprezentowane w ostatniej części opracowania metody opierają się w głównej mierze na ekspozycji i powstrzymaniu reakcji oraz stosowanej również w innych zaburzeniach lękowych desensytyzacji. Pomocne są też techniki rozmowy pozwalające wprowadzać nowe interpretacje. Całościowy model pracy w nurcie poznawczo-behawioralnym zakłada naprzemienne stosowanie technik poznawczych z eksperymentami behawioralnymi.

Skuteczność leczenia technikami TPB w połączeniu z lekami SSRI jest dość wysoka. Nadal jednak opisywane są postacie lekooporne i niedające znaczących efektów w psychoterapii (McKay i in., 2014; Rabe-Jabłońska, 2007; Freeston i in., 2006). Podkreślane jest też wysokie ryzyko nawrotu objawów oraz problemy chorób współwystępujących.

Nowe badania na temat leczenia OCD oraz rozwój farmakoterapii dają nadzieję na modyfikację lub tworzenie nowych technik i korzystanie z szerszych możliwości łączenia TPB z farmakoterapią. Na bazie klasycznych technik rozwijane są kolejne, na przykład uzupełniane o nowe nurty TPB, jak ACT (*Acceptance Commitment Therapy*) (Twohig i in., 2015). W klinicznych badaniach nad leczeniem pojawiają się też nowe technologie, jak ekspozycja z zastosowaniem wirtualnej rzeczywistości (Foa, 2010) czy prowadzenie terapii za pośrednictwem przenośnych urządzeń elektronicznych (Pozza i in., 2015).

BIBLIOGRAFIA

- Abramowitz J. S., Blakey M. S., Reuman L., Buchholz J. L. (2018). New directions in the cognitive-behavioral treatment of OCD: Theory, research and practice. *Behavior Therapy*, 49, 311–322.
- Abramowitz J. S., Tolin D. F., Street G. P. (2001). Paradoxical effect of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 683–703.
- Alatiq Y., Alrshoud H. (2018). Family-based cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder with family accommodation: Case report from Saudi Arabia. *The Cognitive Behavior Therapist*, 11(14), 1–13.
- Alford B. A., Beck A. T. (2005). *Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapię*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Baxter L. R. (1992). Neuroimaging studies of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 871–884.
- Beck J. (2012). *Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bryńska A. (red.) (2007). *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Rozpoznawanie, etiologia, terapia poznawczo-behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bryńska A., Kołakowski A., Srebnicki T. (2007). Planowanie, wdrażanie i prowadzenie terapii ekspozycyjnej. W: A. Bryńska (red.), *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Rozpoznawanie, etiologia, terapia poznawczo-behawioralna* (60–123). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Bryńska A., Kołakowski A., Srebnicki T. (2007). Terapia poznawcza. W: A. Bryńska (red.), *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Rozpoznawanie, etiologia, terapia poznawczo-behawioralna* (141–189). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Butler A., Chapman J., Forman E., Beck A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17–31.
- Czabała C. (2003). Podstawowe zaburzenia psychiczne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, 3 (582–603). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Foa E. B. (2010). Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(2), 199–207.
- Foa E. B., Kozak M. J. (1996). Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder. W: M. R. Mavissakalian, R. F. Prien (eds.), *Long-term treatments of anxiety disorders* (285–309). Washington: American Psychiatric Association.
- Franklin M. E., Ledley D. A., Foa E. B. (2008). Response prevention. W: W. O'Donohue, J. E. Fisher (eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. Second edition (445–451). New Jersey: Wiley & Sons.
- Freeston M., Kendall T., Derisley J., Fineberg N., Flannaghan T., Heyman I., Jenkins R., Jones Ch., Knight G., Lowell K., Pettinari C., Premkumar P., Snelling C., Urey R., Veale D., Wilder H., Whittington C., Williams S. (2006). *Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Gałecki P., Pilecki M., Rymaszewska J., Szulc A., Sidorowicz S., Wciórka J. (2018). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM 5*. Wrocław: Edra.
- Hazlett-Stevens H., Craske M. G. (2008). Live (In Vivo) Exposure. W: W. O'Donohue, J. T. Fisher (eds.), *Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice* (309–316). New Jersey: Wiley & Sons.
- Head L. S., Gross A. M. (2008). Systematic desensitization. W: W. O'Donohue, J. T. Fisher (eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. Second edition (542–549). New Jersey: Wiley & Sons.
- Head L. S., Gross A. M. (2009). Systematic desensitization. W: W. O'Donohue, J. T. Fisher (eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Second edition (640–647). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Hofmann S., Asnaani A., Vonk I., Sawyer A., Fang A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440.
- Koran L. M., Hanna G. L., Hollander E., Blair Simpson H. (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164(7), 5–53.
- Laws D. R. (1995). A theory of relapse prevention. W: L. O'Donohue, L. Krasner (eds.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (445–474). Washington: American Psychiatric Association.
- Levin R. B., Gross A. M. (1985). The role of relaxation in systematic desensitization. *Behavior Research and Therapy*, 23, 187–196.
- March J., Frances A., Carpenter D., Kahn D. (1997). The expert consensus guideline series: Treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 37–44.
- McKay D., Sookman D., Neziroglu F., Wilhelm S., Stein D., Kyrios M., Matthews K., Veale D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 225, 236–246.
- Meyer V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessive rituals. *Behavior Research and Therapy*, 4, 270–281.
- Morrison J. (2014). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Morris L., Nightingale J. (2014). CBT for OCD: Habituation or cognitive shift? *The Cognitive Behavior Therapist*, 7, 6.
- Mowrer O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: John Wiley and Sons.
- Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. Everything NICE has said on treating obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder in an interactive flowchart.* (2018). National Institute for Care and Health Excellence. <https://pathways.nice.org.uk/pathways/obsessive-compulsive-disorder-and-body-dysmorphic-disorder> [dostęp 3.02.2018].
- Öst L. G. (2008). Cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: 40 years of progress. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 5–10.
- Padesky Ch. A., Greenberger D. (2004). *Umysł ponad nastrojem. Podręcznik terapeuty*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Perwin L. A. (2006). *Psychologia osobowości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Popiel A., Pragłowska E. (2009). Psychoterapia poznawczo-behavioralna – praktyka oparta na badaniach empirycznych. *Via-Medica: Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 2(3), 146–155.
- Pozza A., Anderson G., Antonelli P., Dettore D. (2014). Computer-delivered cognitive-behavioural treatments for obsessive compulsive disorder: Preliminary meta-analysis of randomized and non-randomized effectiveness trials. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 7(16), 1–27.
- Rabe-Jabłońska J. (2007). Diagnostyka i leczenie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. *Via-Medica: Psychiatria*, 4(4), 160–174.
- Rachman S. (1980). Emotional processing. *Behavior Research and Therapy*, 18, 51–60.
- Rosenham D. L., Seligman M. E. P. (1994) *Psychopatologia I*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.
- Roth D. A., Franklin E. M., Foa E. B. (2003). Response prevention. W: W. O'Donohue, J. E. Fisher, S. C. Hayes (eds.), *Cognitive behaviour therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (341–348). New Jersey: Wiley & Sons.
- Salkovskis P. M. (1991). Obsessions and compulsions. W: J. Scott, M. G. Williams, A. T. Beck (eds.), *Cognitive therapy in clinical practice. An illustrative casebook* (50–77). London: Routledge.
- Salkovskis P. M., Warwick H. M. C. (1988). Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder. W: C. Perris, I. M. Blackburn (eds.), *The theory and practice of cognitive therapy* (376–395). Heidelberg: Springer.
- Silva P. De (2007a). Obsessions and compulsions: Investigation. W: S. Lindsay (ed.), *The Handbook of Clinical Adult Psychology* (59–79). London: Routledge.
- Silva P. De (2007b). Obsessions and compulsions: Treatment. W: S. Lindsay (ed.), *The Handbook of Clinical Adult Psychology* (79–91). London: Routledge.
- Spielger M. D., Guevremont D. C. (1998). *Contemporary behavior therapy*. London: Brooks/Cole Publishing Company.
- Storach E. A., Merlo L. I., Keeley M. L., Grabill K., Milsom V. A., Geffken G. R., Ricketts E., Murphy T. K., Goodman W. K. (2008). Somatic symptoms in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: Associations with clinical characteristics and cognitive-behavioral response. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 283–297.
- Triscari M. T., Faraci P., Catalisano D., D'Angelo V., Urso V. (2015). Effectiveness of cognitive behavioral therapy integrated with systematic desensitization, cognitive behavioral therapy combined with eye movement desensitization and reprocessing therapy, and cognitive behavioral therapy combined with virtual reality exposure therapy methods in the treatment of flight anxiety: A randomized trial. *Neuropsychiatry Disease and Treatment*, 11, 2591–2598.
- Tundo A., Necci R. (2016). Cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder co-occurring with psychosis: Systematic review of evidence. *World J. Psychiatry*, 6(4), 449–455.

- Twohig M. P., Abramowitz J. S., Bluett E. J., Fabricant L. E., Jacoby R. J., Morrison K. L., Smith B. M. (2015). Exposure therapy for OCD from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 167–173.
- Wells A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide Chichester*. New York–Weinheim–Brisbane–Singapore–Toronto: Wiley & Sons.
- Westbrook D. (2007). Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Warsztaty w ramach VI edycji szkolenia w psychoterapii poznawczo-behawioralnej (wykład, skrypt). Warszawa: Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej.
- Westbrook D., Kirk J. (2005). Podstawy TPB: Teoria, diagnozowanie i formułowanie. Warsztaty w ramach VI edycji szkolenia w psychoterapii poznawczo-behawioralnej (wykład, skrypt). Warszawa: Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej.
- Wilhelm S., Tolin D. F., Steketee G. (2004). Challenges in treating obsessive – compulsive disorder: Introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1127–1132.
- Wolpe J. (1990). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.
- Zoellner L. A., Abramowitz S. A., Moore S. A., Slagle D. A. (2008). Flooding. W: W. O'Donohue, J. E. Fisher (eds.), *Cognitive behaviour therapy: Applying empirically supported techniques in your practice. Second edition* (204–210). New Jersey: Wiley & Sons.

MARCIN MŁYNARCZYK

COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY TECHNIQUES FOR OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Abstract. The article presents the obsessive-compulsive disorder (OCD) as it is understood by the particular therapeutic approach – the cognitive-behavioural therapy (CBT). The disorder involves the appearance of recurring, persistent thoughts and acts (physical and mental ones) performed in response, with an aim of minimizing the anxiety triggered by these thoughts. The first part of the article presents the DSM-5 diagnostic criteria for the OCD. The second part introduces the general model of cognitive-behavioural therapy. The third part explains the disorder and its development using the CBT models. After the commentary on the effectiveness of the OCD treatment using the CBT, some specific techniques and the model of clinical practice are introduced. The article briefly deals with the topic of pharmacotherapy. It focuses on the CBT techniques based on the exposure to aversive triggers and holding back of reactions (E/RP), the gradual desensitization, behavioural experiments as well as the cognitive techniques focused on changing the dysfunctional interpretation.

Key words: obsessive-compulsive disorder (OCD), OCD treatment, CBT techniques, cognitive techniques, behavioural techniques, exposure and response prevention, desensitization.

MAI VAN HAI

Institute of Psychology, Vietnam Academy of Social Sciences
37 Kim Ma Thuong, Cong Vi, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam
e-mail: Maivanhaipsy@gmail.com

FAMILY VALUES OF VIETNAMESE LIVING IN VIETNAM AND POLAND

Abstract. This article focuses on the results of the study on family values of Vietnamese living in Vietnam and Poland. The participants were 196 Vietnamese (100 people in Vietnam, 96 people in Poland) and 15 people who got married with Poles. The methods used included questionnaire and intensive interview. The study used traditional family values of Vietnamese as the background for data analyses and comparison of two groups. The study results showed that Vietnamese participants continued to confirm basic traditional family values such as filial piety, respect for parents, especially in parents – offspring relations; faithfulness, benevolence and righteousness in husband – wife relations. Besides, some differences were revealed such as participants living in Poland having more freedom than other group in relationships with offspring, and are more flexibility in opinions and behavior about sex issues. These findings confirm that living and working overseas bring some changes to the system of accepted family values.

Key words: family value, traditional value, Vietnamese, family relations, immigrant.

1. INTRODUCTION

In recent years, the number of arrived immigrants in European countries has been increasing continuously: more than 200.000 in 2014, more than 1.000.000 in 2015 and approximate 400.000 in 2016 (source: theguardian.com). The Eurobarometer' survey confirmed immigration is top of the most important concerns facing EU with 38% of agreement (European Commission, 2016). That might be the effect of the migration crisis in 2015 when people from Syria, Iraq were migrating to EU countries. Hence, it has become compelling to enrich the knowledge on the effect of migration on immigrants and their family.

Many studies of immigrant family values were carried out and they established the following: immigrants' acculturation and adaptation (Berry et al., 2006; Sam et al., 2003); changes in immigrants' identity in host countries (Nguyen & William, 1989; Phiney & Vedder, 2006); changes in relations within immigrant

families (Tajima & Harachi, 2010; Arcia & Johnson, 1998). Besides, some studies also investigated the processes within immigrant's families and noted filial duty of children to older parents (Kobayashi & Funk, 2012); parent-child conflicts and bonding in immigrant families in America (Choi & Harachi, 2008). This article, a part of the large study of family values of Vietnamese living in Poland and Vietnam, will help to understand more about family values of Vietnamese and immigrants' values in general.

Vietnamese community living in Poland is quite large, with the estimated number of 25.000–35.000 people (Szymanska, 2015). It has been indicated that family is really important for Vietnamese people both in Vietnam and overseas (Hac, 2010; Long, 2004). In recent years, some studies were conducted with Vietnamese participants living in Poland (Boski, 2013; Szymanska, 2015). These studies claimed that their key motivations for living in Poland were economics and the desire for better life. The main aim of this study was to clarify whether living and working overseas affects immigrants' family values. The envisaged findings might make important contribution to the knowledge related to Vietnamese immigrants in Poland and to immigrants in general.

Because of the important role of values in human life, many studies about values were conducted. Inglehart and his colleagues (2010) gave two major dimensions of cross-cultural variation of values in the world: traditional values versus secular – rational values; and survival values versus self – expression values. Traditional values focus on religion, parents – offspring relations, family; while, secular – rational values put less emphasis on these basic family relations and religion. Survival values emphasize economy, security; while, self – expression values are related to individuals, gender equality, environmental protection, tolerance. Hofstede (2015) developed his global values theory with six dimensions of cultural values: power distance, individualism – collectivism, masculinity – femininity, uncertainty avoidance, long – term orientation and indulgence – restraint. Schwartz (2012) in the study of values in 82 countries found ten global values, that included: *security* (safety, harmony, and stability of society, of relationships, and of self), *tradition* (respect, commitment, and acceptance of the custom and ideas that one's culture or religion provides), *conformity* (restraint of actions, inclinations, and impulses likely to upset or harm others and violate social expectations or norms), *self-direction* (independent thought and action-choosing, creating, exploring), *stimulation* (excitement, novelty, and challenge in life), *hedonism* (pleasure or sensuous gratification for oneself), *power* (social status and prestige, control or dominance over people and resources), *achievement* (personal success though demonstrating competence according to social standards), *benevolence* (preserving and enhancing the welfare of those with whom one is in frequent personal contact), and *universalism* (understanding, appreciation, tolerance, and protection for welfare of all people and for nature) (Ha, Luot, & Rózycka-Tran,

2015; Schwartz, 2012). Previous study conducted with Vietnamese living in Vietnam and abroad (5300 participants living in Vietnam and 450 participants living abroad) indicated that the highly accepted values included: morality, knowledge, wealth, happiness of a family, high social status, and health (Hac, 2007). Values, as well as family values, can be defined in several ways (Hac, 2011; Schwartz, 2012). In this study, family values of immigrants are defined as a system of beliefs and behaviors of immigrants in basic relations of family such as parents – offspring and husband – wife relations.

As far as parents – offspring relations are concerned traditional family values of Vietnamese are expressed in a belief that parents must work hard, and sacrifice for their children; on the other hand, offspring must respect filial piety, take care of elderly parents to repay the parents' kindness. In the husband – wife relations, Vietnamese's traditional family values express clearly beliefs in benevolence and righteousness, faithfulness; and the role of a wife, a mother who is expected to serve her husband and children (Long, 2004).

This study was aimed to answer the following question: What are the similarities and the differences of the family values between Vietnamese living in Vietnam and in Poland? It was hypothesized that: (1) Vietnamese people living in Poland uphold the basic traditional family values such as children filial to parents, faithfulness of spouses as these values reflect the cultural identity of Vietnam; (2) Vietnamese adapt to the life far from homeland and become more flexible in relation to traditional family values, e.g. they accept extramarital relations, more democracy in relation with offspring.

2. METHODS

2.1. Participants

196 Vietnamese respondents participated in the questionnaire survey: 100 people living in Vietnam and 96 people living in Poland for more than 3 years (average: 14,1 years). Because the author has had no exact information on demography of Vietnamese people in Poland, the randomization of the sample was not possible. Therefore, Vietnamese participants in Poland were chosen as the convenience sample. Data on gender and marital status of participants are given in table 1.

In addition, 15 respondents who got married to Poles participated in the semi-structured interview (2 people living in Vietnam, and 13 people living in Poland; 5 females and 10 males).

Table 1. Gender and marital status of participants

Gender	Male	Female	Total
Vietnam	42	58	100
Poland	61	35	96
Marital status	Married	Unmarried	Total
Vietnam	60	40	100
Poland	76	20	96

Source: own data.

2.2. Measures

2.2.1. Questionnaire

Because there is no questionnaire related to family values of immigrants in general and of Vietnamese immigrants in particular the author decided to design it for the purpose of the study.

The questionnaire focused on two types of relations in families (parent-offspring, husband-wife) and concentrated separately on beliefs and behaviors that expressed traditional Vietnamese family values. Questions were organized in groups: part A included items related to general values, accepted in the world as well as in Vietnam; part B – items linked to parent – offspring relation; part C – items related to sexual issues and part D – items linked to relation of spouses. Respondents expressed their agreement on 5-point Likert scale (from 1 – strongly disagree to 5 – strongly agree).

As the questionnaire was used both in Vietnam and in Poland, some items were changed to be appropriate for situation and participants. For example, item C4 (Table 2) “Live with the other person as a couple/husband and wife in spite of having husband/wife in Vietnam” was only used with participants living in Poland.

The questionnaire includes items: 1) related to traditional beliefs and values (25 items: B2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10; C2, 3, 5, 8; D1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14); 2) related to non-traditional beliefs and values (9 items: B1, 8, 11; C1, 3, 4, 6, 7; D 8). Internal consistency of each of these two sets of items is acceptable. Cronbach’s α are 0,807 and 0,668, respectively. For part A of the questionnaire (general values) Cronbach’s α is 0,81.

2.2.2. Semi-structured interview

The interview was designed to collect data on sensitive issues such as cohabitation, preference of a son. The problems were recognized by the author during contacts and work with Vietnamese in Poland. To simplify our investigation,

the author did not ask the participants whether these problems exist or not, but did ask about the rate of cohabitation, the reasons for it.

Participants were contacted and recruited through the “snow-ball” method. Each interview lasted about 1–2 hours and took place in home, office or elsewhere depending on participants’ preferences. The interviews were conducted in Vietnamese, tape-recorded and transcribed. There was one respondent who did not agree to record and researcher made notes during and after the interview.

2.3. Analyses

The statistical analyses included independent groups comparisons with Student t-test and two-way ANOVA. The level of significance was accepted as $p < 0,05$. All computations were done with SPSS for Windows v. 22 software.

3. RESULTS

3.1. General values

The first part of the analysis deals with the general values included in part A of the questionnaire. The descriptive statistics and results of t-test are given in table 2.

The mean scores in table 2 are high with three values (health, morality and happy family) having the highest scores among all 16 values. Two values (wealth, high social status) have the lowest scores.

Table 2. Evaluation of general values – comparison of two groups of participants

Values	Vietnam	Poland	t	p
	Mean (SD)	Mean (SD)		
1	2	3	4	5
Pham’s 6 Vietnamese values				
Morality	4,76 (0,51)	4,69 (0,52)	0,83	0,40
Knowledge/Learning	4,39 (0,60)	4,19 (0,76)	1,96	0,06
Wealth	3,94 (0,73)	3,71 (0,94)	1,85	0,05
Happy family	4,74 (0,50)	4,73 (0,58)	0,01	0,99
High social status/power	3,66 (0,80)	3,35 (1,06)	2,27	0,02
Health	4,87 (0,38)	4,86 (0,42)	0,24	0,80
Schwartz’s 10 global values				

Table 2 (cont.)

1	2	3	4	5
Security	4,56 (0,65)	4,48 (0,68)	0,73	0,46
Tradition	4,00 (0,76)	3,98 (0,84)	0,09	0,92
Conformity	3,77 (0,76)	4,07 (0,82)	-2,66	0,24
Self-direction	4,28 (0,73)	4,14 (0,88)	1,15	0,01
Stimulation	3,57 (0,74)	3,61 (1,01)	-0,35	0,72
Hedonism	3,33 (0,92)	3,16 (1,05)	1,13	0,00
Power	3,39 (0,94)	3,00 (1,02)	2,77	0,25
Achievement	4,17 (0,68)	4,07 (0,82)	0,89	0,37
Benevolence	4,47 (0,59)	4,49 (0,74)	-0,20	0,83
Universalism	4,08 (0,69)	4,12 (0,80)	-0,41	0,68

Source: own data.

The significant differences between two groups of participants were found for 3 items only – “high social status/power”, “hedonism” and “self – direction”. All these values were scored higher by Vietnamese living in Vietnam. It is worth to note that “happy family” were scored high with no significant difference between two groups of participants.

3.2. Family values of Vietnamese as expressed in opinions on two basic family relations

Views on family’s values in two groups are not the same. Many significant differences are presented in table 3. The participants living in Poland often scored higher on items that expressed traditional family values. Scores on some items linked to parents – offspring relations (e.g. items B3, B4, B5, B6, B7, B10) indicate that the participants living in Poland “tend to protect” their offspring more than those in Vietnam.

In relation of spouses the results are the same – Vietnamese participants in Poland scored higher on items related to traditional values.

Table 3. Basic relations in the family – comparison of two groups

Opinions	Live in:	Mean (SD)	t	p
1	2	3	4	5
B1, Young adults should be separated from their parents, do not depend on parents	Vietnam	2,83 (0,888)	-2,22	0,028
	Poland	3,11 (0,909)		

1	2	3	4	5
B2, Filial piety, taking care of parents... is the duty of offspring, It cannot be changed	Vietnam	4,49 (0,675)	0,46	0,646
	Poland	4,44 (0,752)		
B3, Parents must be responsible for the maintenance, financial support until their children get a job	Vietnam	3,42 (0,904)	-1,13	0,256
	Poland	3,58 (1,042)		
B4, Relationship of parents and children over 18 years of age depends on family circumstances and living environment of the family	Vietnam	3,45 (0,703)	-1,64	0,101
	Poland	3,64 (0,874)		
B5, Parents must support their children until the children are married, have a steady job	Vietnam	3,04 (0,868)	-2,51	0,013
	Poland	3,38 (1,039)		
B6, Parents always have to be hard-working, and making sacrifice	Vietnam	3,02 (1,004)	-2,06	0,040
	Poland	3,34 (1,150)		
B7, Mother is always the most strenuous/tough while raising children	Vietnam	3,79 (0,935)	-3,14	0,002
	Poland	4,20 (0,886)		
B8, The state will take care of the elderly, offspring will not have to take care of their parents	Vietnam	1,75 (0,757)	-2,08	0,039
	Poland	1,98 (0,852)		
B9, When parents become older, their offspring must take care of them	Vietnam	4,37 (0,836)	-0,44	0,965
	Poland	4,37 (0,757)		
B10, Offspring must be respectful, grateful to their parents	Vietnam	4,70 (0,559)	-0,36	0,714
	Poland	4,72 (0,552)		
B11, Offspring can live according to their own desires, not necessarily listen to their parents	Vietnam	2,53 (0,979)	-2,16	0,032
	Poland	2,86 (1,150)		
D1, Among couple partners cannot have their own property, private funds – all should belong to both of them	Vietnam	3,07 (1,103)	-4,57	0,000
	Poland	3,76 (1,025)		
D2, Spouses link together both physically and mentally	Vietnam	4,20 (0,840)	-1,21	0,228
	Poland	4,34 (0,860)		
D3, Spouses should be economically independent, each person should have private account and property	Vietnam	2,73 (0,930)	0,65	0,512
	Poland	2,63 (1,014)		

Table 3 (cont.)

1	2	3	4	5
D4, Spouses' unfaithfulness, sex with others is acceptable	Vietnam	2,01 (0,994)	-0,93	0,349
	Poland	2,14 (1,041)		
D5, Spouses have to support each other, Property, money in the family belongs to both of them	Vietnam	4,08 (0,734)	-2,03	0,044
	Poland	4,29 (0,741)		
D6, Benevolence and righteousness, emotions are one of the elements of spouses' attachment	Vietnam	4,26 (0,733)	-1,58	0,114
	Poland	4,43 (0,810)		
D7, Spouses' consensus is the power to solve all problems in their family	Vietnam	4,43 (0,742)	-3,50	0,001
	Poland	4,75 (0,523)		
D8, Benevolence, righteousness and faithfulness are backward perspectives; we should be flexible and adjust to current trends in the society	Vietnam	3,05 (1,122)	-0,27	0,785
	Poland	3,09 (1,167)		
D9, When husband is angry, wife should keep calm	Vietnam	4,09 (0,729)	-2,79	0,006
	Poland	4,38 (0,720)		
D10, When husband is forward, tempered, wife should give way	Vietnam	3,78 (0,840)	-1,57	0,117
	Poland	3,97 (0,862)		
D11, Husband can have many wives, a good wife does not marry twice	Vietnam	1,92 (1,107)	-0,17	0,865
	Poland	1,94 (1,133)		
D12, If a wife has a stupid, ill-natured husband, she should accept her fate	Vietnam	1,81 (0,960)	-1,15	0,249
	Poland	1,96 (0,950)		
D13, Wealth, success of a husband is by his wife	Vietnam	3,69 (0,906)	-1,84	0,067
	Poland	3,93 (0,965)		
D14, When the spouses agree with each other, they can dry up the ocean with buckets	Vietnam	4,30 (0,797)	-2,47	0,014
	Poland	4,55 (0,647)		

Source: own data.

These results are so surprising as one can assume that those who live abroad will change their views on family values and accept less traditional approach. Data from the interview provided some insight into this phenomenon.

When commenting on differences in relationships between parents and offspring in Vietnam and in Poland, respondents stated as follows:

I see the differences. I feel here (Poland), Vietnamese mother protects her offspring more than in Vietnam. Many Vietnamese children here are lonely in school. It is different in culture, figure of body (black hair, smaller). Many classmates tease him, so his mother pities him and takes care of him more than in Vietnam (N.D.L, Lodz city).

I invest; I buy clothes, belongings for my two sons more than their classmates do. I want Polish friends of my two sons to have respect for my family. One time my two sons were teased by classmates "yellow skin", I had to meet school rector and expect him to protect my children (Tr.Ch, Skierniewice city).

Sex is a sensitive topic in Vietnamese traditional family values. Opinions of both groups on this issue are presented in table 4.

The data in Table 4 indicate that participants in Poland and those in Vietnam share similar views on sex as most of the differences in scores are not significant. Scores for two items are significantly different and indicate that Vietnamese living in Poland are more "open" about sexual activity.

Table 4. Opinions on sex issue – comparison of two groups

Opinions	Live in:	Mean (SD)	t	p
1	2	3	4	5
C1, Sex is not considered ethical issues	Vietnam	2,61 (1,109)	-1,68	0,094
	Poland	2,87 (1,097)		
C2, Openness about sex easily leads to a family breakdown	Vietnam	3,82 (1,152)	0,35	0,708
	Poland	3,77 (0,978)		
C3, The fidelity/faithfulness is always the top value in family	Vietnam	4,60 (0,568)	-0,17	0,860
	Poland	4,61 (0,587)		
C4, We should be flexible in sexual matters, appropriate behavior depends on the circumstances	Vietnam	3,54 (0,999)	0,31	0,757
	Poland	3,49 (1,040)		
C5, Mentioning sex is contrary to the traditions and customs of Vietnam	Vietnam	2,53 (0,979)	-1,10	0,271
	Poland	2,69 (1,101)		
C6, While in Poland Vietnamese are not affected by public opinions as much as in Vietnam, thus, they can live with other person like spouses fairly easily	Vietnam	3,06 (1,082)	-1,09	0,275
	Poland	3,23 (1,185)		
C7, Sex is only met to resolve the physiological need	Vietnam	2,54 (1,113)	-3,29	0,001
	Poland	3,04 (1,014)		

Table 4 (cont.)

1	2	3	4	5
C8, Facile life style affects Vietnamese, who living here become also more “open” in sex	Vietnam	3,33 (0,910)	-2,56	0,011
	Poland	3,65 (0,874)		

Source: own data.

The results of interviews supply more information:

Question: Do you agree with the opinion: abroad, the faithfulness and attachment of Vietnamese spouses was different from when in Vietnam?

Answer: It is right because of the difference in culture and life style. For instance, in Vietnam, if a wife wants to go out, but her husband does not want, the wife has to stay at home. In Poland, if the wife wants to go out and the husband does not want, the wife will go out alone (Tr.Ch, Skierniewice city).

Question: although the Vietnamese living in Poland are married in Vietnam, they still live with others as spouses. How do you explain this phenomenon?

Answer: I think this issue is normal, automatically. The mature people have sexual needs. Before coming here, they had had this need in Vietnam. They couldn't bear if they lack sex. This issue is not evil. The need for sex is normal to ensure the well-being of people. Lack of it will bring negative effect to people (Ng.C, Ptak, Lodz city).

Question: While contacting Vietnamese living in Poland, we realized that Vietnamese living here are “open” to sex, which is not based on marriage. So, what do you think of extramarital sex?

Answer: I was prissy before. We must follow our traditional customs. In short, I didn't accept it before. Now, I think of this problem differently. I have been living here for 28 years, so, I view life differently. Now, I think extramarital sex is normal (N.K.K, Warsaw).

Some opinions from the interviews, given above, confirm the “openness” about sex of participants living in Poland.

In short, we can see that Vietnamese living in Poland, still accept traditional family values, but at the same time are more liberal in relation to sexual behavior. These things rightly confirm the values that are identities of a country, and on the other hand, point out the difference, adaptation of Vietnamese participants living in Poland to be suitable with their life in Poland.

3.3. Family values of Vietnamese as expressed in behaviors related to two basic family relations

Data concerning behavior in parent-offspring relations are given in table 5.

Table 5 showed some, mostly nonsignificant, differences between groups of participants. In relation with offspring, participants in Poland scored significantly

higher on the item “Hard-working because of the needs of offspring”. That confirms previous findings that Vietnamese in Poland take care of offspring more than people in Vietnam. As far as relation between spouses is concerned the scores of participants in Poland are higher, although the differences are seldom significant. The only significant differences concern views on spouses being economically independent and keeping good relationships with each other. The first was more important for participants in Vietnam, the second for participants in Poland.

Table 5. Behaviors of two groups of participants in basic family relations

Behaviors	Live in:	Mean (SD)	t	p
1	2	3	4	5
B1, Let offspring be independent, do not intervene much in their business	Vietnam	3,40 (0,781)	-0,33	0,742
	Poland	3,44 (1,011)		
B2, Take care of parents	Vietnam	4,37 (0,831)	-1,07	0,284
	Poland	4,50 (0,733)		
B3, Hard-working because of the needs of offspring	Vietnam	3,76 (0,843)	-3,05	0,003
	Poland	4,14 (0,891)		
B4, Rely on offspring when become older	Vietnam	3,26 (0,925)	1,47	0,143
	Poland	3,05 (1,052)		
C1, Having extra-marital sexual relation	Vietnam	1,69 (0,854)	-0,57	0,567
	Poland	1,77 (1,010)		
C2, Keep fidelity with husband/wife	Vietnam	4,52 (0,852)	1,72	0,087
	Poland	4,28 (1,048)		
C3, Accept sex without marriage	Vietnam	2,22 (1,199)	-0,21	0,828
	Poland	2,26 (1,248)		
D1, Support each other	Vietnam	4,46 (0,718)	-1,75	0,082
	Poland	4,63 (0,602)		
D2, Have your own money, property, be independent economically	Vietnam	2,89 (1,144)	2,04	0,042
	Poland	2,54 (1,258)		
D3, Keep good relations with husband/wife to resolve problems in family	Vietnam	4,28 (0,688)	-2,37	0,018
	Poland	4,51 (0,617)		
D4, Try to bear husband/wife although you don't love him/her	Vietnam	2,15 (1,044)	-1,63	0,103
	Poland	2,42 (1,215)		
D5, Decide on important issues in family together	Vietnam	4,39 (0,728)	-0,36	0,716
	Poland	4,43 (0,726)		

1	2	3	4	5
D6, Respect your partner	Vietnam	4,64 (0,677)	-1,10	0,272
	Poland	4,73 (0,488)		
D7, Don't accept violence in family	Vietnam	4,47 (1,027)	1,42	0,156
	Poland	4,23 (1,371)		

Source: own data.

The issue of cohabitation was investigated more through the interview. Rate of cohabitation of Vietnamese living in Poland is – according to our findings – quite high (table 6).

Table 6. Interviewees opinions about the frequency of cohabitation

Ordinal	Name, city	Responses	Percentage
1	2	3	4
1	N.V.B, Lodz	<i>In reality, they still have responsibility with family in Vietnam; they still send money to Vietnam. They also cannot alone here. Maybe, the wife in Vietnam also has emotion with other</i>	not given
2	Tr.Ch, Skierniewice	<i>This question is difficult. I do not mention about youth, it is about 30–40% Vietnamese adultery</i>	35
3	Th.H, Warsaw	<i>I think 70–80% Vietnamese living here are cohabitation, they live with others as spouse</i>	75
4	Ng.C, Lodz	<i>I think this issue is normal, automatically. The mature people have need for sex. They could not bear if there lack of sex. This issue is not evil. The need for sex is normal to ensure the development of people. Lack of it will bring negative effect to every problem of people</i>	not given
5	P.V.D, Lodz	<i>I haven't seen anyone living here without cohabitation yet. I have not yet seen anyone living alone to be faithful with spouses in Vietnam. This thing I can confirm. The form can be different. I do not agree and disagree. This is their issue</i>	100
6	D, Ptak, Lodz	<i>Because of emotional privation, so they live with each other</i>	not given
7	H, Lodz	<i>(Smile) This thing I really do not know. I was here when I was very young; otherwise, I got married to a Polish husband. Therefore, I do not know much about Vietnamese. I think it is about 20%</i>	20
8	H.V.N, Lodz	<i>I think it is about 80–90%. Even, it is more</i>	85

1	2	3	4
9	N.D.L, Lodz	<i>I think almost Vietnamese here is cohabitation. Some people live with others some years, and then he/she fetches/picks up his/her wife/husband from Vietnam to Poland normally</i>	almost
10	L.D, Hanoi	(She and her Polish husband are living in Hanoi. It was not suitable to ask. So we did not ask this issue)	
11	N.H.M, Warsaw	<i>I think the reason is the lack of religious belief. At the first time I lived here, I thought that people here are prone to be cohabitation. However, in fact, it is not true. When they love, they are always faithful. Vietnamese can be cohabitation and only think of how to hide this information. Therefore, Vietnamese are not faithful as people in here.</i> (The other reason is that Vietnamese only live here a time, then they will come back to Vietnam, so they accept life together for a while)	not given
12	N.X.Ng, Lodz	<i>Vietnamese living here are often live with other as husband/wife. The reasons of this problem are lack of emotion. They must rely on each other to live and to make money. He estimated the number of Vietnamese living with others as spouse about 85%</i>	85
13	N.K.K, Warsaw	<i>As I said above, Vietnamese living and working here are often lacking of emotion, need to cooperate with each other to work, do business... So, most of Vietnamese here are cohabitation.</i>	most
14	Tr.T.Ng, Hanoi	(She and her Polish husband are living in Hanoi. It was not suitable to ask. So we did not ask this issue)	

Source: own data.

Through contact with Vietnamese living here, the author knows that Vietnamese can cohabit in Poland, and continue as well the relationship with a partner in Vietnam. If their wife/husband from Vietnam comes to Poland, they will end the relation with a temporary partner and resume the relation with a real spouse. It is illustrated by the excerpt from the interview.

In reality, I have not seen anyone living here without adultery yet. I have not seen yet, anyone living alone to be faithful to a spouse in Vietnam. This thing I can confirm. The expression can be different. I have not seen anyone living here 3–4 years without adultery. If he/she brings his/her spouse from Vietnam to here, they live together as normal (P.V.D., Lodz city).

3.4. The effect of gender and duration of time living in Poland

To have comprehensive view about immigrants' family values, factors such as gender (male, female) and time living in Poland (fewer or more than 10 years) were considered. Table 7 gives scores for items where interaction effect (gender and duration of time) was significant.

The findings in table 7 indicate that Vietnamese women who live in Poland for 10 years or longer accept traditional family values to greater extent than men or women who live in Poland less than 10 years.

Table 7. Family values in relation to gender and duration of time spent in Poland – results of two-ways ANOVA

Source	Dependent Variable	Gender		Duration		F	p
		Male (SD)	Female (SD)	< 10 (SD)	> 10 (SD)		
GENDER* DURATION IN POLAND	D14. When the spouses agree with each other, they can dry up the ocean with buckets	4,49 (0,72)	4,67 (0,47)	4,47 (0,81)	4,61 (0,49)	4,10	0,04
	C1. Having sexual relation outside marriage	2,06 (1,01)	1,25 (0,78)	1,60 (0,89)	1,89 (1,08)	2,98	0,03
	C3. Accept sex without marriage	2,56 (1,21)	1,77 (1,16)	2,19 (1,20)	2,31 (1,28)	6,91	0,01
	D3. Keep good relations with husband/ wife to resolve problems in family	4,48 (0,65)	4,55 (0,56)	4,53 (0,55)	4,49 (0,66)	4,58	0,03

Source: own data.

4. DISCUSSION AND CONCLUSION

The findings indicate that Vietnamese participants living in Vietnam and in Poland express different opinions related to their traditional family values. Although the differences in scores were detected, but few of them were statistically significant. In particular, participants living in Poland were significantly more flexible in issues such as extramarital sex, equality of spouses, and equal treatment of sons and daughters, but at the same time they also expressed more strongly than those in Vietnam the views that indicated greater acceptance of traditional values such as faithfulness, filial piety etc. Thus the results of this study confirmed the success of Vietnamese immigrants in keeping values traditional for their culture. Some previous studies also confirmed the flexibility and stability of Vietnamese culture in relation to other cultures (Them, 1996; Vuong, 2006). Studies of Vietnamese living abroad also confirmed the trend of keeping traditional Vietnamese values such as filial piety (Rosenthal, 1996; Zhou & Bankston, 1994) and harmony in a family (Tingvold et al., 2012). Our results confirm that under the influence of new situation, the immigrants could be flexible to be able to live and work in another country and at the same time they could continue to keep important values that express their national identity, especially in relationship with other ethnic groups. To have the more general view on accepted values, this study also used ten general global values by Schwartz (2012) and six common values by Hac (2007; 2010; 2011). The results indicated that participants from Vietnam scored higher on most of these values, and significantly higher on values related to wealth, social status and hedonism. Such findings are in line with results of the study by Boski (2013) who have stressed the economic reasons of Vietnamese immigration.

In recent years, many authors focused on the study of families of immigrants. Their results pointed to isolation of the elderly immigrants in many aspect of daily life (Treas et al., 2002); differences in acculturation among younger and older generations (Rubinstein, 2010); generational differences in perception of obligation and rights of family members (Phinney et al., 2006). However, there is a lack of systematic studies on family values in basic relations, such as parent-offspring and spouses relations, with the focus on beliefs and behavior and with comparison of immigrants and non-immigrants. In this study such approach was applied and that is a novelty of the study.

This study has some limitations, but also points to issues that should be considered in next studies with Vietnamese immigrants. Firstly, the sample size. The present study was conducted with a limited sample of participants living in Vietnam and Poland. In reality, Vietnamese community living abroad includes millions of people. So, the study with larger number of participants from several countries would provide more adequate information about the life and values

of Vietnamese around the world. Secondly, the self-selection character of the sample, as it contained volunteers. Future studies should be conducted with representative and random samples. Vietnamese people living in Poland are not only intellectuals (former students, professors, and businessmen), but also are physical workers (cooks, salesmen). This second group might be less used to answer questionnaires. Therefore, researchers should consider a variety of methodological approaches, suitable for different groups of participants.

ACKNOWLEDGEMENTS

The author would like to thank two anonymous reviewers for the insightful comments on earlier version of the manuscript.

REFERENCES

- Arcia E., & Johnson A. (1998). When respect means to obey: Immigrant Mexican mothers' values for their children. *Journal of Child and Family Studies*, 7(1), 79–95.
- Berry J. W., Phinney J. S., Sam D. L., & Vedder P. (2006). *Vietnamese and Turkish immigrant youth: Acculturation and adaptation in two ethnic culture groups*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Boski P. (2013). A psychology of economy migration. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 44(7), 1067–1093. DOI: 10.1177/0022022112471895.
- European Commission (2016). *Research on Migration: Facing Realities and Maximising Opportunities. A policy review*. https://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/policy_reviews/ki-04-15-841_en_n.pdf.
- Ha T. T. K., Luot N. V., & Rózycka-Tran J. (2015). Similarities and differences in values between Vietnamese parents and adolescents. *Health Psychology Report*, 3(4), 281–291. DOI: 10.5114/hpr.2015.51933.
- Hac P. M. (2007). *Research personality value according to method of NEO PI-R*. Social Sciences publishing house.
- Hac P. M. (2010). *Axiology, theoretical foundation contributes general values of Vietnamese nowadays*. Education Publishing House, Vietnam.
- Hac P. M. (2011). *Human values orientation Vietnam in period of innovation and integration*. National Political Publishing House, Vietnam.
- Hofstede G. (2015). Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context. *Online Readings in Psychology and Culture* [retrieved 6 September 2015].
- Inglehart R., & Welzel C. (2010). Changing Mass Priorities: The Link Between Modernization and Democracy. *Perspectives on Politics*, 8(2) (June), 551–567.
- Kobayashi K. M., & Funk L. (2012). Of the family tree: Congruence on filial obligation between older parents and adult children in Japanese Canadian families. *Canadian Journal on Aging*, 29(1), 85–96. <https://doi.org/10.1017/S0714980809990341>.
- Long P. V. (2004). *Proverbs, folk-song about family relations*. National Political Publishing House, Vietnam.

- Phinney J. S., & Vedder P. (2006). Family Relationship Values of Adolescents and Parents: Intergenerational Discrepancies and Adaptation. In: J. W. Berry, J. S. Phinney, D. L. Sam, & P. Vedder (eds.), *Immigrant youth in cultural transition: Acculturation, identity, and adaptation across national contexts* (167–184). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Rosenthal D., Ranieri N., & Klimidis S. (1996). Vietnamese adolescents in Australia: Relationships between perceptions of self and parental values, intergenerational conflict, and gender dissatisfaction. *International Journal of Psychology*, 31(2), 81–91. <https://doi.org/10.1080/002075996401106>.
- Rubinstein J. H., & Birman D. (2010). Acculturation gaps in Vietnamese immigrant families: Impact on family relationships. *International Journal of Intercultural Relations*, 34(1), 22–33. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2009.10.002>.
- Sam D. L., & Virta E. (2003). Intergenerational value discrepancies in immigrant and host-national families and their impact on psychological adaptation. *Journal of Adolescence*, 26, 213–231.
- Schwartz S. H. (2012). An overview of the Schwartz theory of basic values. *Online Readings in Psychology and Culture. International Association for Cross-cultural Psychology*. <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1116/>
- Szymanska G. (2015). The Vietnamese communities in Central and Eastern Europe as Part of the Global Vietnamese diaspora, <http://www.ceemr.uw.edu.pl/vol-4-no-1-june-2015/editorial/vietnamese-communities-central-and-eastern-europe-part-global>
- Tajima E. A., & Harachi T. W. (2010). Parenting beliefs and physical discipline practices among Southeast Asian immigrants: parenting in the context of cultural adaptation to the United States. *Journal of Cross-cultural Psychology*. <https://doi.org/10.1177/0022022109354469>.
- Tausch A. (2015). *Hofstede, Inglehart and beyond. New directions in empirical global value research*. MPRA, Paper No. 64282 [posted 12. May 2015 14:34 UTC].
- Them T. N. (1996). *Discovering the identity of Vietnamese culture: Typological – systematic views*. Publishing house: Ho Chi Minh City.
- Tingvold L., Midelthun A. L., Allen J., & Hauff E. (2012). Parents and children only? Acculturation and the influence of extended family members. *Int. J. Intercult. Relat.*, 36(2), 260–270. Doi: 10.1016/j.ijintrel.2011.03.005.
- Treas J., & Mazumdar S. (2002). Older people in American's immigrant families: Dilemmas of dependence, integration, and isolation. *Journal of Aging Studies*, 16(3), 243–258.
- Vuong Tr. Q., Thanh T. N., Ben Ng. Ch. et al. (2006) *Vietnam's Cultural background*. Publishing Education, Vietnam.
- Yoonsun C. Y., Micheal H., & Harachi T. W. (2008). Intergenerational cultural dissonance, parent-child conflict and bonding, and youth problem behaviors among Vietnamese and Cambodian immigrant families. *Journal: Youth Adolescence*, 37, 85–96.
- Zhou M., Bankston, III., & Carl L. (1994). Social capital and the adaptation of the second generation: The case of Vietnamese youth in New Orleans. *International Migration Review*, 28(4) (Winter), 821–845.
- <https://www.theguardian.com/world/2018/jun/15/what-current-scale-migration-crisis-europe-future-outlook>

MAI VAN HAI

**WARTOŚCI RODZINNE W OPINII WIETNAMCZYKÓW MIESZKAJĄCYCH
W WIETNAMIE I W POLSCE**

Abstrakt. Artykuł przedstawia wyniki badań przeprowadzonych w grupie Wietnamczyków mieszkających w Wietnamie i w Polsce, a dotyczących wartości rodzinnych. Badaniami objęto 196 osób (100 osób w Wietnamie, 96 osób w Polsce) oraz 15 osób narodowości wietnamskiej, które zawarły związek małżeński z Polakami. Zastosowano w nich autorskie kwestionariusze oraz wywiad pogłębiony. W badaniu odwołano się do wartości silnie zakorzenionych w wietnamskiej kulturze, porównywano stosunek do nich w obydwu badanych grupach. Uzyskane rezultaty potwierdziły silne przywiązanie do tradycyjnych wartości rodzinnych, takich jak: szacunek dla rodziców, wierność małżeńska, posłuszeństwo żony wobec męża. Stwierdzono także różnice pomiędzy porównywanymi grupami – uczestnicy badania mieszkający w Polsce akceptowali mniej formalne relacje między rodzicami i dziećmi oraz byli bardziej tolerancyjni wobec pozamałżeńskich relacji seksualnych. Wyniki badania wskazują, że zamieszkiwanie i praca w innym kraju zmieniają system akceptowanych wartości rodzinnych.

Słowa kluczowe: wartości rodzinne, tradycyjne wartości, Wietnamczycy, relacje w rodzinie, imigranci.

JOLANTA CHANDUSZKO-SALSKA

Społeczna 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; Klonoff-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”);

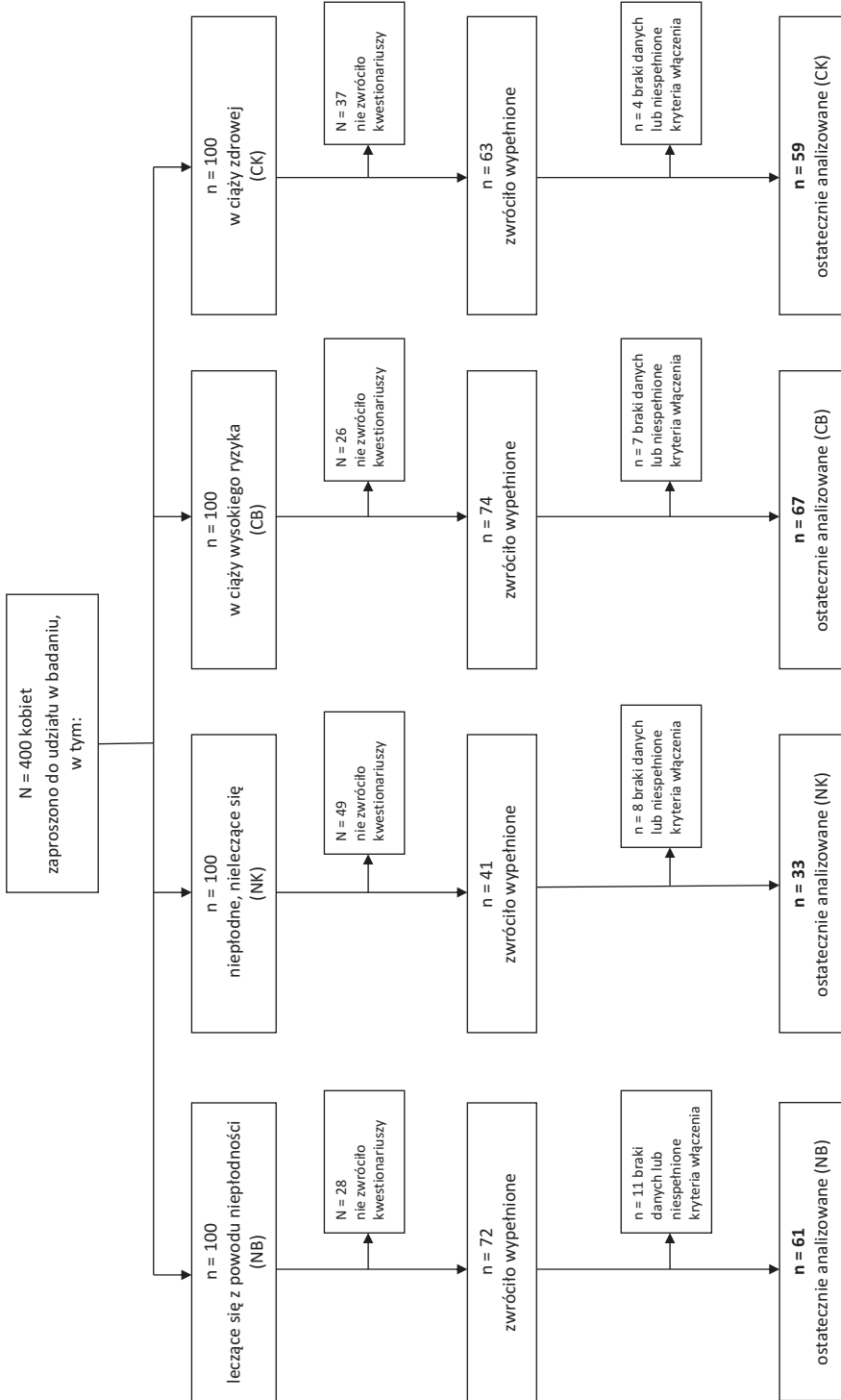
¹ Za każdym razem, kiedy w artykule jest mowa o leczeniu lub nieleczeniu niepłodności, termin „leczenie” oznacza „korzystanie z metod wspomaganego rozrodu”.

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 przeciągu 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 niepodlegające leczeniu ($M = 12,97$; $SD = 3,09$). 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
Powstrzymanie 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 powstrzymaniem 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 powstrzymanie 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 nastroczać 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 leczenia 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 wspomaganiu 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., Chanduszeko-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/nrurol.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.

SPIS TREŚCI

Radosław B. Walczak, Rafał Gerymski, Jakub Filipkowski, Would you fancy a premium five o'clock after the funeral? Application of Terror Management Theory in daily shopping decisions.....	5
– Czy miałbyś ochotę na herbatkę po pogrzebie? Zastosowanie teorii opanowania trwogi w codziennych decyzjach zakupowych	15
Mateusz Hauk, Cechy pracy a zadowolenie z pracy.....	17
– Job characteristics and job satisfaction	32
Marcin Młynarczyk, Techniki pracy z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym w terapii poznawczo-behawioralnej.....	33
– Cognitive-behavioural therapy techniques for obsessive-compulsive disorder.....	54
Mai Van Hai, Family values of Vietnamese living in Vietnam and Poland.....	55
– Wartości rodzinne w opinii Wietnamczyków mieszkających w Wietnamie i w Polsce	71
Jolanta Chanduszko-Salska, Karolina Kossakowska, Stres a objawy depresji i sposoby radzenia sobie u kobiet z niepłodnością i kobiet w ciąży wysokiego ryzyka.....	73
– Stress, symptoms of depression and ways of coping among women with infertility and high-risk pregnant women.....	96

