Eleonora Bielawska Batorowicz

Instytut Psychologii UŁ

Zdrowie prokreacyjne i zdrowie psychiczne – relacje w cyklu życia

1. Wprowadzenie

Koncepcja zdrowia prokreacyjnego, przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia w 1994 r. (*Health, population and development. WHO position paper*, 1994, za: Campbell i in., 1999), przypomina klasyczną definicję zdrowia – stąd odwołanie do pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego w zakresie funkcji i procesów związanych z prokreacją we wszystkich etapach życia. Konsekwencją przyjęcia takiej koncepcji jest włączanie do badań nad zdrowiem prokreacyjnym nauk humanistycznych i społecznych, w tym psychologii. W niniejszym opracowaniu przedstawiono refleksje dotyczące możliwych relacji zdrowia, zdrowia prokreacyjnego i zdrowia psychicznego, jakie obserwujemy w cyklu ludzkiego życia. O ile związki zdrowia i zdrowia prokreacyjnego wydawać się mogą oczywiste, zwłaszcza że można traktować zdrowie prokreacyjne jako element ogólnego zdrowia, o tyle odniesienia do zdrowia psychicznego mogą wydawać się problematyczne, zwłaszcza wszędzie tam, gdzie traktuje się prokreację jako naturalny, pożądany i promowany proces. Zaczniemy zatem od definiowania i porządkowania pojęć.

2. Pojęcia prokreacji, zdrowia prokreacyjnego i zdrowia psychicznego

Pisząc o prokreacji, należy odwołać się do szerokiej koncepcji, która ujmuje zjawiska związane z prokreacją w cyklu życia i uwzględnia nie tylko realizowanie zdolności prokreacyjnych kobiet i mężczyzn, a więc zjawiska związane z ciążą i porodem, ale także nabywanie tych zdolności w procesie dojrzewania i dorastania jednostki (Bielawska-Batorowicz, 2006a). Ta szeroka koncepcja uwzględnia również trwanie zdolności prokreacyjnych związane z fizjologicznymi procesami meno- i andropauzy oraz starzenia się. Przypomniana tu koncepcja (por. rys. 1) uwzględnia zarówno prawidłową, jak i zaburzoną prokreację, a więc sytuacje, w których pojawiają się np. problemy

związane z niepłodnością czy donoszeniem ciąży. Warto zauważyć przy tym, że wszystkie trzy aspekty zmian związanych ze zdolnościami prokreacyjnymi – ich nabywanie, realizowanie i tracenie – nakładają się na okresy rozwoju jednostki, która pozostaje w obszarze zainteresowania psychologii. I, co oczywiste, nakładają się także na bieg życia człowieka. Co więcej, jedno z wydarzeń prokreacyjnych – ciąża – jest początkiem biegu kolejnego życia. Takie szerokie ujęcie prokreacji wydaje się zgodne z koncepcją zdrowia prokreacyjnego zaproponowaną przez Światową Organizację Zdrowia.

Rys. 1. Prokreacja i cykl życia człowieka

Źródło: opracowanie własne.

W publikacjach dotyczących zdrowia prokreacyjnego pojawia się termin „reproductive health”, który tłumaczony jest w polskiej literaturze medycznej jako zdrowie reprodukcyjne. W niniejszym opracowaniu zaproponowano używanie terminu „zdrowie prokreacyjne”, który opisuje te same zjawiska. Ze względu na słownikowe znaczenie terminów „prokreacja” i „reprodukcja” (*Uniwersalny słownik...*, 2004) w odniesieniu do człowieka, termin „zdrowie prokreacyjne” wydaje się bardziej uzasadniony, ponadto nie jest prostą kalką językową.

W dokumentach przygotowanych przez Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych (*Programme of Action...*, 1994) na Międzynarodową Konferencję na temat Populacji i Rozwoju w 1994 r. wymieniono kilka przesłanek warunkujących zdrowie prokreacyjne, rozumiane jako pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny w zakresie funkcji i procesów związanych z prokreacją we wszystkich etapach życia. Są nimi m. in.: satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne, prawo do decydowania o własnej prokreacji oraz liczbie

posiadanych dzieci, dostęp do bezpiecznych i skutecznych metod antykoncepcyjnych, dostęp do właściwej opieki medycznej w okresie ciąży, porodu i okresu poporodowego. Ochrona zdrowia prokreacyjnego wymaga zatem odpowiednich służb, świadczących usługi zdrowotne z wykorzystaniem właściwych metod i środków, które sprzyjałyby zdrowiu i chroniły przed pojawianiem się problemów w zakresie zdrowia prokreacyjnego (*Programme of Action...*, 1994). Takie ujęcie zdrowia prokreacyjnego i jego ochrony wskazuje na konieczność podejmowania różnorodnych działań organizacyjnych i prawnych, które stanowiłyby podstawę do zrealizowania postulatów dotyczących możliwości osiągnięcia pełnego zdrowia prokreacyjnego i jego właściwej ochrony w cyklu życia człowieka (Goldberg, 2011). Włączanie w zakres zdrowia prokreacyjnego kwestii związanych z prawidłowym przebiegiem ciąży i porodu, a także możliwości planowania liczby potomstwa podkreślają badania opinii kobiet (Kadour i in., 2005), w których pojawia się również wątek zdrowia psychicznego i jego związek ze zdrowiem prokreacyjnym.

Wprowadzając do używanych w tym opracowaniu terminów określenie „zdrowie psychiczne”, odwołano się do takiej jego koncepcji, która wyraźnie podkreśla pełen dobrostan, a nie jedynie brak objawów psychopatologicznych. Stąd odniesienie do modelu kompletnego zdrowia psychicznego (C. L. M. Keyes i S. Lopez, 2002, za: Trzebińska, 2007; Keyes, 2005), w którym zdrowie psychiczne określa się uwzględniając dwa jego wymiary: psychopatologię i dobrostan. Nasilenie każdego z wymiarów pozwala wyróżnić cztery kategorie zdrowia psychicznego: zmaganie się (niepełne zaburzenie psychiczne – wysokie natężenie psychopatologii i dobrostanu), grzęźnięcie (pełne zaburzenie psychiczne – wysokiemu natężeniu psychopatologii towarzyszy niski dobrostan), słabnięcie (niepełne zdrowie psychiczne – niskie natężenie psychopatologii i dobrostanu) oraz prosperowanie, czyli stan pełnego zdrowia psychicznego, w którym brak objawów psychopatologicznych współwystępuje z wysokim poziomem dobrostanu we wszystkich sferach życia.

Zainteresowanie zdrowiem psychicznym i konsekwencjami jego niedomagań wydaje się uzasadnione w świetle danych Światowej Organizacji Zdrowia (*Mental health...*, 2010), które wskazują przyczyny niepełnosprawności i obniżonej jakości życia. Jedna trzecia wszystkich przypadków tzw. życia z niepełnosprawnością jest związana z zaburzeniami psychicznymi. Niedomagania w zakresie zdrowia psychicznego stanowią – po chorobach niezakaźnych (52%) – drugą najczęstszą przyczynę prowadzącą do znacznego ograniczenia sprawności dotkniętych nimi osób (33%). Choroby zakaźne i wypadki stanowią odpowiednio 8 i 7% ogólnej liczby przypadków życia z niepełnosprawnością. Dane te wskazują na niewielki wzrost wskaźników – w 2002 r. problemy związane ze zdrowiem psychicznym były przyczyną niepełnosprawności w 31% przypadków (*Gender...*, 2002).

Z częstości występowania zaburzeń psychicznych jako czynnika obniżającego sprawność psychospołeczną może wynikać również zainteresowanie związkami zdrowia prokreacyjnego i zdrowia psychicznego. Wyraźnie widać to we wzrastającej liczbie publikacji uwzględniających te zagadnienia. Wprowadzenie do wyszukiwarki baz Medline, Academic Search i PsychArticles łącznie haseł „zdrowie psychiczne” i „zdrowie prokreacyjne” zaowocowało znalezieniem 132 publikacji, które ukazały się w latach 1990–2004. Dla lat 2005–2011 wyszukiwanie ujawniło 310 rekordów, a więc w okresie dwukrotnie krótszym pojawiło się ponad dwa razy więcej prac. Wyrazem zainteresowania związkami zdrowia psychicznego i prokreacyjnego jest także publikacja Światowej Organizacji Zdrowia z 2009 r., zbierająca i analizująca wyniki badań w tym zakresie. Mowa tu o pracy *Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature*. We wspomnianej publikacji dokonano przeglądu i klasyfikacji tych aspektów zdrowia prokreacyjnego, w przypadku których obserwuje się wyraźne ryzyko niekorzystnych oddziaływań na zdrowie psychiczne. Jego zakłócenia obejmują przede wszystkim depresję, ale także lęk, obniżenie poczucia własnej wartości, jak również objawy związane z traumatycznym stresem. Ryzyko powikłań, prowadzących do poważnych konsekwencji zdrowotnych, a nawet śmierci w związku z prokreacją, jest większe w przypadku kobiet żyjących w krajach rozwijających się. Dotyczy to również częstości problemów w zakresie zdrowia psychicznego towarzyszących wydarzeniom prokreacyjnym.

Wydarzenia prokreacyjne, które mogą oddziaływać na stan zdrowia psychicznego obejmują ciążę, poród i okres poporodowy, działania mające na celu kontrolę płodności, w tym związane z antykoncepcją i aborcją, występowanie poronień samoistnych, następstwa chorób ginekologicznych – zakaźnych (np. infekcja wirusem HPV), niezakaźnych i nowotworów – następstwa menopauzy, niepłodność i wspomagana prokreacja, wystąpienie HIV/AIDS, a także rytualne okaleczanie genitaliów u kobiet (*Mental health...*, 2009).

3. Zdrowie prokreacyjne a zdrowie psychiczne – schemat zależności

Relacje pomiędzy zdrowiem prokreacyjnym i zdrowiem psychicznym przedstawiono schematycznie na rys. 2. Te dwie sfery mogą na siebie wzajemnie oddziaływać. Oznacza to, że procesy związane ze zdrowiem prokreacyjnym i wydarzenia prokreacyjne mogą prowadzić do zmian stanu zdrowia psychicznego. Przykładem są tu emocjonalne następstwa straty ciąży, niepomyślnej diagnozy prenatalnej (Hippman i in., 2009) lub diagnozy niepłodności (Łepek-Kłusek, 2008). Problemy w zakresie zdrowia psychicznego mogą natomiast modyfikować zachowania prokreacyjne ludzi. Dotyczy to zarówno

postaw wobec prokreacji i decyzji prokreacyjnych podejmowanych z różnym poziomem odpowiedzialności przez osoby z zaburzeniami psychicznymi (Burt, Hendricks, 2005; Matevosyan, 2009), jak i zachowań zdrowotnych w okresie ciąży. Możliwe jest również obniżanie się wskaźników płodności u osób z zaburzeniami psychicznymi (Matevosyan, 2009) lub osób doświadczających silnego stresu (Edelman, Golombok, 1989). Zarówno zdrowie psychiczne, jak i zdrowie prokreacyjne podlegają natomiast oddziaływaniu czynników biologicznych, warunkujących prawidłowy przebieg procesów fizjologicznych i neurofizjologicznych, a także czynników psychologicznych i społecznych. Uwarunkowania społeczne i psychologiczne są uwzględniane w biopsychospołecznych modelach zaburzeń psychicznych (Plante, 1999) oraz modelach prokreacji (Bielawska-Batorowicz, 2006a). Kulturowe przekazy dotyczące znaczenia rodzicielstwa, a zwłaszcza macierzyństwa, w połączeniu z rozwiązaniami uwzględniającymi prawa kobiet, mogą znaleźć się wśród wyznaczników dzietności, warunkować decyzje o aborcji związanej z selekcją płci potomstwa (Goldberg, 2011) czy sprzyjać zaburzeniom emocjonalnym u kobiet po przyjściu na świat dziecka „niepożądanego społecznie” płci (Fisher i in., 2009). Ponadto niektóre zjawiska związane z relacjami społecznymi i rodzinnymi oddziałują jednocześnie na zdrowie psychiczne i prokreacyjne dotkniętych nimi osób. Przykładem może tu być przemoc w relacjach partnerskich, która pociąga za sobą zmiany w zakresie zdrowia psychicznego i staje się np. czynnikiem ryzyka samobójstwa (Gender..., 2002), a także oddziałuje na zdrowie prokreacyjne kobiet (Sarkar, 2008).

Rys. 2. Relacje pomiędzy zdrowiem prokreacyjnym i zdrowiem psychicznym
Źródło: opracowanie własne.

4. Zdrowie prokreacyjne a zdrowie psychiczne – przykłady badań ilustrujących wzajemne zależności

4.1. Zespół napięcia przedmiesiączkowego

Prezentację wybranych badań ilustrujących przedstawione wyżej zależności (por. rys. 2) zaczniemy od zjawiska uwarunkowanego procesami biologicznymi, które może pociągać za sobą konsekwencje dla zdrowia prokreacyjnego (zwłaszcza jeśli dochodzi do zakłóceń procesów hormonalnych), a także – jak wskazuje długoletni okres badań i zainteresowania tą problematyką – oddziaływać na zdrowie psychiczne.

Zjawiskiem, do którego się tu odnoszę, jest przebieg cyklu menstruacyjnego, w którym dochodzi do charakterystycznych zmian sekrecji hormonów przysadki (luteiny i folikulostymuliny) oraz hormonów steroidowych (estradiolu i progesteronu). Efektem prawidłowych zmian cyklicznych jest owulacja, możliwość zapłodnienia i rozwoju ciąży. Cykliczność zmian hormonalnych może prowadzić także do cyklicznych zmian w innych sferach funkcjonowania, znanych powszechnie jako napięcie przedmiesiączkowe (początkowo nazywany w języku angielskim *premenstrual tension* – PMT, a następnie *premenstrual syndrome* – PMS), a także określanych jako zespół dysforyczny fazy lutealnej czy przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne (Burt, Hendricks, 2005; Sichel, Driscoll, 1999; Ussher, 2006).

Pierwsze koncepcje napięcia przedmiesiączkowego (PMS) pochodzą z 1931 r. i można przypisać je dwójgu autorom, prezentującym jednak zupełnie inne podejście do zagadnienia (Walker, 1997). Robert Frank – lekarz ginekolog – traktował napięcie przedmiesiączkowe (PMT) jako zaburzenie. Składały się nań różne objawy fizyczne i psychiczne związane ze zmieniającym się poziomem hormonów, występujące przed menstruacją. Zaburzenie mogło być leczone wyłącznie środkami medycznymi, a w przypadku dużego nasilenia objawów proponowano nawet metody zbliżone do stosowanych w XIX w., czyli blokowanie funkcji jajników przez naświetlania. Inną koncepcję napięcia przedmiesiączkowego (PMT) proponowała Karen Horney. Zgodnie z jej poglądami napięcie przedmiesiączkowe ma psychologiczne uwarunkowania. Jest reakcją na fantazje i obawy kobiet związane z ciążą, a także efektem kulturowo uwarunkowanych ograniczeń kobiecej seksualności. Może być również rozpatrywane jako efekt fizjologicznych procesów związanych z przygotowywaniem się organizmu do ciąży. Stąd napięcie przedmiesiączkowe nie jest zaburzeniem, a raczej wyrazem nieświadomego pragnienia posiadania dziecka. Brak ciąży uaktywnia te pragnienia i nasila objawy rozpoznawane jako PMT.

Dalsze analizy teoretyczne doprowadziły do wprowadzenia koncepcji zespołu objawów związanych z cyklem miesięcznym (ang. *premenstrual*

syndrome – PMS), w którym uwzględniono obok objawów emocjonalnych, także objawy w zakresie procesów poznawczych (zakłócenia koncentracji uwagi) oraz objawy somatyczne. Koncepcję PMS przypisuje się Katarinie Dalton, która w 1953 r. zaproponowała stosowanie terminu *premenstrual syndrome* w miejsce wcześniejszego *premenstrual tension* oraz wprowadziła pierwsze kryteria jego rozpoznawania. Obecnie zmianom w okresie przedmiesiączkowym przypisuje się ok. 150 różnych objawów, które powinny układać się w wyraźny wzorzec – nasilenie na kilka dni przed miesiączką, spadek intensywności wraz z rozpoczęciem krwawienia i okres bez objawów po zakończeniu krwawienia miesięczkowego (Walker, 1997). W systemie klasyfikacji ICD-10 zespół napięcia przedmiesiączkowego jest opisywany jako wzorzec objawów emocjonalnych, behawioralnych i fizycznych, które występują przed miesiączką i zanikają po rozpoczęciu krwawienia. Dla postawienia rozpoznania PMS wystarczy przy tym pojawianie się jednego z typowych objawów.

Badania nad PMS wykazują trzy charakterystyczne właściwości zjawiska: 1) objawy znacznie trudniej stwierdzić prowadząc podłużne badania prospektywne, 2) opisując swoje doznania związane z PMS kobiety odwołują się głównie do objawów fizycznych, zaś w przypadku opisywania zmian u innych kobiet do objawów psychicznych, 3) analiza objawów napięcia przedmiesiączkowego nie może być prowadzona z pominięciem kontekstu, jaki stanowi sytuacja życiowa kobiety (Usher, 2006).

W prospektywnych badaniach prowadzonych w Instytucie Psychologii UŁ potwierdzono różnicowanie doznań w kolejnych fazach cyklu w trzech niezależnych grupach kobiet (Bartkiewicz, 2004; Kaczmarek, 2004; Rosikiewicz, 2007). We wszystkich przypadkach natężenie objawów uwzględnionych w Kwestionariuszu Objawów Menstruacyjnych będącym polską adaptacją Menstrual Distress Questionnaire było istotnie różne przed i w czasie krwawienia w porównaniu z okresem po menstruacji, co potwierdzałoby założenie o pomenstruacyjnym spadku intensywności objawów. Średnie wyniki dla całych grup nie wskazują, by najwyższe natężenie objawów przypadało na okres przed miesiączką. Niemniej jednak, analizując indywidualne wyniki, można było w każdej z grup wskazać osoby spełniające ogólną regułę rozpoznawania zespołu napięcia przedmiesiączkowego – najwyższe natężenie objawów przed, a niskie po menstruacji. Odsetek kobiet spełniających to kryterium wynosił 20–40%. Stwierdzono przy tym, że występowanie PMS i natężenie objawów jest związane z natężeniem doświadczanego stresu i niezadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem.

Rys. 3. Zintegrowany model zespołu napięcia przedmiesiączkowego (PMS)

Źródło: opracowanie własne.

Napięcie przedmiesiączkowe jest dobrym przykładem różnorodnych zależności, które warto uwzględnić analizując związki zdrowia prokreacyjnego i zdrowia psychicznego. Przedstawiono tu model autorski (por. rys. 3), który integruje różnorodne uwarunkowania doświadczeń związanych z cyklem miesięczkowym i pokazuje, jak może dojść do powstania u kobiety przekonania, że jej udziałem jest zespół przedmiesiączkowy. Model odwołuje się do paradygmatu biopsychospołecznego. Centralnym elementem są indywidualne doświadczenia kobiety związane z cyklem menstruacyjnym. Doświadczenia te są wyznaczone przez zmiany hormonalne, ale także sytuację życiową, w tym stresory oraz wiedzę o funkcjonowaniu kobiecego ciała. Te dwa ostatnie elementy są wyznaczone czynnikami kulturowymi i społecznymi. Doświadczenia kobiety związane z cyklem menstruacyjnym są istotnym elementem tworzenia się indywidualnej koncepcji zespołu miesięczkowego, którą rozumiem tutaj jako zespół poglądów i przekonań pozwalających kobiecie rejestrować doświadczenia związane z cyklem, nadawać im znaczenie, integrować z innymi doświadczeniami i podejmować działania, np. poszukiwać pomocy specjalistycznej. Indywidualna koncepcja PMS powstaje pod wpływem czynników kulturowych, a także pod wpływem profesjonalnej wiedzy o zespołach przedmiesiączkowych uzyskiwanej w czasie konsultacji lekarskich, a także kontaktu ze specjalistyczną lub popularną literaturą medyczną. Same zmiany hormonalne zatem nie wystarczą, by doświadczać PMS.

4.2. Depresja po narodzinach dziecka

Innym zjawiskiem z zakresu zdrowia prokreacyjnego i jednocześnie zdrowia psychicznego jest depresja poporodowa. Jej źródła u kobiet poszukuje się zarówno w zmianach hormonalnych zachodzących po porodzie, jak i w społecznych standardach dotyczących wymagań stawianych rodzicom. Częstość występowania depresji poporodowej u kobiet jest zróżnicowana i wynosi: ok. 8% w Wielkiej Brytanii i Norwegii, ok. 10% – w USA, ok. 11–12% – w Indiach, Chinach, Szwecji, krajach arabskich, 22% – w Chile (*Mental health...*, 2009). Badania prowadzone w Polsce wskazują na ok. 18% (Wasilewska-Pordes, 2000) lub ok. 38% kobiet (Kosińska-Kaczyńska i in., 2008), u których wyraźnie obniżony nastrój pojawia się w pierwszym tygodniu po porodzie. Wśród społecznych i psychologicznych uwarunkowań depresji wymienia się najczęściej: zmienne demograficzne (zwłaszcza młody wiek, niskie wykształcenie, brak zatrudnienia), powikłany przebieg ciąży i porodu, stresujące wydarzenia w ciąży i po porodzie, zły stan zdrowia dziecka, zakłócone relacje partnerskie, brak wsparcia społecznego, wcześniejsze zaburzenia psychiczne (depresja) (Bielawska-Batorowicz, 2006a; Burt, Hendricks, 2005; Nicolson 1998; Stoppard, 2000; Ussher, 2006; *Mental health...*, 2009).

Częstość występowania objawów depresyjnych w okresie poporodowym u kobiet w różnych krajach stawia przed badaczami nie tylko pytania o uniwersalność ich uwarunkowań, ale także pytania o to, czy okres reprodukcyjny stanowi czas zwiększonego ryzyka występowania zaburzeń emocjonalnych. Próbę rozstrzygnięcia tej kwestii podjęli australijscy badacze, zapraszając do udziału reprezentatywną, losowo dobraną grupę kobiet w wieku 30–34 lat (Holtón i in., 2010). Uzyskane rezultaty ujawniły wyższe poczucie dobrostanu i satysfakcji z życia matek, zwłaszcza w okresie poporodowym, w porównaniu z kobietami bezdzietnymi. W dyskusji o występowaniu u kobiet depresji po narodzinach dziecka wyniki cytowanych badań mogą stanowić argument przemawiający przeciwko wzrastającemu ryzyku takich zaburzeń. Eksperci zwróciliby jednak w tym miejscu uwagę na standard życia respondentek i względną swobodę w kształtowaniu własnej drogi życiowej oraz planów prokreacyjnych, których nie posiadają kobiety w krajach rozwijających się (Goldberg, 2011; *Mental health...*, 2009), a co może przyczyniać się do stanu emocjonalnego w okresie po narodzinach dziecka.

Występowanie zaburzeń emocjonalnych po narodzinach dziecka pierwotnie analizowano wyłącznie u kobiet. Z czasem zainteresowanie badaczy wzbudziła także możliwość pojawiania się takich zaburzeń u mężczyzn. Opublikowany ostatnio przegląd badań dotyczących zdrowia psychicznego ojców (Bradley, Slade, 2011) wskazał na znaczne zainteresowanie badaczy kwestią depresji u mężczyzn po narodzinach dziecka. W większości analizowanych badań

stosowano typowe narzędzie do pomiaru depresji po porodzie – Edynburską Skalę Depresji Poporodowej J. L. Coxa i in. (1987) – zaadaptowaną do stosowania wobec mężczyzn. Przypadki depresji stwierdzano z różną częstością – od 3% w Irlandii i Australii (Bradley, Slade, 2011) do 27% w Polsce (Bielawska-Batorowicz, Kossakowska-Petrycka, 2006). Uwarunkowania depresji u ojców przypominają w znacznej części wspomniane wcześniej przyczyny depresji u matek. Do najczęściej wymienianych należą: brak wsparcia społecznego, konfliktowe relacje z partnerką, wysoki poziom neurotyczności i cechy lęku, nierealistyczne oczekiwania związane z opieką nad dzieckiem, młody wiek, niski poziom wykształcenia, złe warunki materialne oraz depresja u partnerki.

Porównanie czynników sprzyjających obniżonemu nastrojowi u kobiet i mężczyzn po narodzinach dziecka świadczy o dużej roli uwarunkowań psychologicznych i społecznych, które ponadto są zbliżone u obojga rodziców. Wskazuje nie tylko na możliwość pojawienia się zmian w zakresie zdrowia psychicznego w konsekwencji wydarzeń prokreacyjnych, co uwzględnia model przedstawiony na rys. 2, ale także na zasadność wykorzystywania biopsychospołecznego ujęcia przy rozpatrywaniu zagadnień związanych ze zdrowiem prokreacyjnym i psychicznym. Pojawianie się depresji u mężczyzn po narodzinach dziecka jest także dobrym przykładem ilustrującym rolę innych niż hormonalne uwarunkowań zaburzeń nastroju związanych z wydarzeniami prokreacyjnymi. O znaczeniu niehormonalnych uwarunkowań świadczą także badania nad depresją w okresie okołomenopauzalnym (Bielawska-Batorowicz, 2005, 2006b).

5. Przemoc i jej następstwa dla zdrowia psychicznego i prokreacyjnego

Schemat zależności przedstawiony na rys. 2 wskazuje możliwość, zgodnie z którą zarówno zdrowie psychiczne, jak i zdrowie prokreacyjne podlegają jednocześnie oddziaływaniu tych samych czynników społecznych i psychologicznych. Przykładem takiej sytuacji jest doznawanie przez kobietę przemocy domowej. Przemoc fizyczna, emocjonalna i seksualna w relacjach partnerskich (ang. *intimate partner violence*) staje się nie tylko czynnikiem zwiększającym ryzyko samobójstw u kobiet, co wykazały analizy prowadzone przez Światową Organizację Zdrowia (*Gender...*, 2002; *Mental health...*, 2009), ale także pociąga za sobą ryzyko powikłań przebiegu ciąży i inne zagrożenia dla zdrowia prokreacyjnego. Przedstawiono je w tab. 1.

Tabela 1

Następstwa przemocy domowej dla zdrowia prokreacyjnego i psychicznego

Sfera, w jakie widoczne są skutki doznawanej przemocy domowej	Następstwa doznawanej przemocy
Zachowania prokreacyjne	utrudnione stosowanie antykoncepcji, nieplanowana ciąża, wymuszona aborcja
Zdrowie fizyczne	obrażenia wskutek przemocy fizycznej
Zdrowie psychiczne	obniżenie jakości życia, lęk, depresja, inne zaburzenia psychiczne, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zamiary i próby samobójcze
Ciąża i jej przebieg	hipotrofia płodu, poród przedwczesny, śmierć noworodka, zwiększone ryzyko urodzenia martwego dziecka, zwiększone ryzyko hospitalizacji niezwiązanej z porodem
Relacje z niemowlęciem	rzadziej podejmowane karmienie piersią, krótszy okres karmienia

Źródło: opracowanie własne na podst.: Ishida i in., 2010; Sarkar, 2008; *Gender...*, 2002.

Przykładem skutków przemocy ze strony partnera mogą być dwa programy badawcze zrealizowane w Kanadzie. W pierwszym z nich uczestniczyły wszystkie kobiety, które urodziły dziecko w okresie od 1 stycznia 1999 do 31 grudnia 2000 r. w szpitalach rejonu Vancouver ($N = 4750$). Dokumentacja szpitalna była źródłem informacji o przebiegu ciąży i porodu. Narażenie na przemoc badano za pomocą pytań zaczerpniętych ze skali do oceny doświadczanej przemocy (Abuse Assessment Screen) – np. „Czy odkąd jest Pani w ciąży zdarzyło się, że partner uderzył, kopnął lub w inny sposób zaatakował Panią fizycznie?”. Stwierdzono, że 1,2% uczestniczek badań było narażonych w okresie ciąży na fizyczną przemoc ze strony partnera. Analiza przebiegu ciąży i porodu pokazała, że narażenie w okresie ciąży na przemoc fizyczną ze strony partnera pociąga za sobą 3-krotnie większe ryzyko wystąpienia krwotoku przed porodem, 8-krotnie większe ryzyko okołoporodowej śmierci dziecka, a także 3-krotnie większe ryzyko urodzenia dziecka z niską masą ciała (Janssen i in., 2003). Nie wykazano natomiast związku pomiędzy przemocą emocjonalną (określaną jako lęk przed partnerem) a mierzonymi parametrami ryzyka. Drugi z programów analizował natomiast skutki przemocy emocjonalnej i wykazał jej rolę w powstawaniu depresji poporodowej. W badaniach uczestniczyła znacznie mniejsza grupa kobiet ($N = 200$). Kobiety doznające przemocy emocjonalnej ze strony swych partnerów (29,6% grupy) blisko 3-krotnie częściej ujawniały po porodzie objawy depresji (Cohen i in., 2002).

Przedstawione wyżej wyniki badań wskazują, że zarówno przemoc fizyczna, jak i przemoc emocjonalna mogą pociągnąć za sobą negatywne konsekwencje – zagrożenie dla zdrowia fizycznego matki i dziecka oraz zagrożenie dla równowagi emocjonalnej matki po porodzie. Wydaje się, że możliwe są również inne następstwa przemocy. Agresja ze strony partnera jest bardziej prawdopodobna w konfliktowej relacji, a epizody przemocy z reguły są zjawiskiem powtarzającym się. Jeśli do przemocy dochodzi w okresie ciąży, a więc w czasie, gdy zgodnie z powszechnie akceptowanymi standardami kobieta powinna być otoczona dużą troską, to relacje partnerskie wydają się szczególnie zaburzone. Stąd kobieta doświadczająca przemocy ze strony swego partnera narażona jest nie tylko na atak fizyczny ze wszystkimi jego konsekwencjami, ale również na negatywne emocje i stres związany z zaburzonymi relacjami partnerskimi. Długotrwały stres może przynieść następstwa dla prenatalnego rozwoju dziecka, co wykazano w licznych badaniach (por. B i e l a w s k a-B a t o r o w i c z, 2011).

6. Podsumowanie

Powyższe rozważania dotyczące powiązań zdrowia prokreacyjnego i zdrowia psychicznego nie wyczerpują zagadnienia, a jedynie nakreślają obszar eksploracji. Najważniejsze wydaje się przy tym samo uwzględnianie takich zależności. Istotne jest również podejmowanie analizy tych czynników ryzyka, które oddziałując na zdrowie prokreacyjne i psychiczne, pozostają we wzajemnych relacjach. Dla promocji zdrowia – prokreacyjnego i psychicznego – kluczowa wydaje się identyfikacja negatywnych czynników, które można wyeliminować lub przynajmniej diagnozować na tyle wcześnie, by wdrożyć odpowiednie postępowanie interwencyjne w ramach prewencji drugiego stopnia.

Bibliografia

- Bartkiewicz W. (2004), *Zespół napięcia przedmiesiączkowego. Wybrane czynniki współwystępujące w relacjach między partnerami*, Uniwersytet Łódzki, Łódź, niepublikowana praca magisterska.
- Bielawska-Batorowicz E. (2005), *Koncepcje menopauzy. Część III – ujęcie psychopatologiczne*, „Przegląd Menopauzalny”, 4 (5), 24–31.
- Bielawska-Batorowicz E. (2006a), *Psychologiczne aspekty prokreacji*, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice.
- Bielawska-Batorowicz E. (2006b), *Stres, objawy i przekonania dotyczące menopauzy a obniżony nastrój u kobiet w wieku 45–55 lat. Próba weryfikacji zmodyfikowanego psychospołecznego modelu depresji w okresie okołomenopauzalnym*, „Przegląd Menopauzalny”, 5 (2), 68–74.
- Bielawska-Batorowicz E. (2011), *Zastosowanie psychologii różnic indywidualnych do opisu i wyjaśniania zachowań prokreacyjnych człowieka*, [w:] M. Marszał-

- Wiśniewska, J. Strelau (red.), *Uwikłany temperament. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Andrzejowi Eliasowi*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Bielawska-Batorowicz E., Kossakowska-Petrycka K. (2006), *Depressive mood in men after the birth of their offspring in relation to a partner's depression, social support, fathers' personality and prenatal expectations*, „Journal of Reproductive and Infant Psychology”, **24**, 21–29.
- Bradley R., Slade P. (2011), *A review of mental health problems in new fathers*, „Journal of Reproductive and Infant Psychology”, **29**, 19–42.
- Burt V. K., Hendricks V. C. (2005), *Clinical manual of women's mental health*, American Psychiatric Association, Washington D.C.
- Campbell O., Cleland J., Collumbien M., Southwick K. (1999), *Social science methods for research on reproductive health*, World Health Organization, Geneva.
- Cohen M. M., Schei B., Ansara D., Gallop R., Stuckless N., Stewart D. E. (2002), *A history of personal violence and postpartum depression: is there a link?*, „Archives of Women's Mental Health”, **4**, 83–92.
- Cox J. L., Holden J. M., Sagovsky R. (1987), *Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale*, „British Journal of Psychiatry”, **150**, 782–786.
- Edelmann R. J., Golombok S. (1989), *Stress and reproductive failure*, „Journal of Reproductive and Infant Psychology”, **7**, 79–86.
- Fisher J., Cabral de Mello M., Izutsu T. (2009), *Pregnancy, childbirth and the postpartum period*, [w:] WHO. *Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature*, WHO Press, Geneva, 8–43.
- Gender and mental health* (2002), World Health Organization, Department of Gender and Women's Health, Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva.
- Goldberg M. (2011), *Wojny reprodukcyjne. Płeć, władza a przyszłość świata*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa.
- Hippman C., Oberlander T. F., Honer W. G., Misri S., Austin J. C. (2009), *Depression during pregnancy: the potential impact of increased risk for fetal aneuploidy on maternal mood*, „Clinical Genetics”, **75**, 30–36.
- Holton S., Fisher J., Rowe H. (2010), *Motherhood: is it good for women's mental health?*, „Journal of Reproductive and Infant Psychology”, **28**, 223–239.
- Ishida K., Stupp P., Melian M., Serbanescu F., Goodwin M. (2010), *Exploring the associations between intimate partner violence and women's mental health. Evidence from a population-based study in Paraguay*, „Social Science & Medicine”, **71**, 1653–1661.
- Janssen P. A., Holt V. L., Sugg N. K., Emmanuel I., Ctitchlow C. M., Henderson A. D. (2003), *Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study*, „American Journal of Obstetrics and Gynecology”, **188**, 1341–1347.
- Kaczmarek J. (2004), *Zespół napięcia przedmiesiączkowego a neurotyczność i spostrzeganie własnej sytuacji życiowej*, Uniwersytet Łódzki, Łódź, niepublikowana praca magisterska.
- Kaddour A., Hafez R., Zurayk H. (2005), *Women's perceptions of reproductive health in three communities around Beirut, Lebanon*, „Reproductive Health Matters”, **13**, 34–42.
- Keyes C. L. M. (2005), *Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, **73**, 539–548.
- Kosińska-Kaczyńska K., Horosz E., Wielgoś M., Szymusik I. (2008), *Zaburzenia afektywne u położnic w pierwszym tygodniu po porodzie – analiza rozpowszechnienia i czynników ryzyka*, „Ginekologia Polska”, **79**, 182–185.
- Łepecka-Klusek C. (2008), *Postawy życiowe partnerów w sytuacji niezamierzonej bezdzietności*, Wydawnictwo Czelej, Lublin.

- Matevosyan N. R. (2009), *Reproductive health in women with serious mental illnesses: a review*, „Sexuality & Disability”, **27**, 109–118.
- Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature* (2009), World Health Organization Press, Geneva.
- Mental health: The bare facts* (2010), World Health Organization, http://www.who.int/mental_health/en/, 20.09.2010.
- Nicolson P. (1998), *Post-natal depression. Psychology, science and the transition to motherhood*, Routledge, London–New York.
- Plante T. G. (1999), *Contemporary clinical psychology*, John Wiley & Sons, New York.
- Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994* (1994), United Nations Population Fund, New York.
- Rosikiewicz M. (2007), *Zachowania zdrowotne, stres i radzenie sobie ze stresem jako determinanty nateżenia zespołu napięcia przedmiesiączkowego*, Uniwersytet Łódzki, Łódź, niepublikowana praca magisterska.
- Sarkar N. (2008), *The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome*, „Journal of Obstetrics & Gynecology”, **28** (3), 266–271.
- Sichel D., Driscoll J. W. (1999), *Women's moods. What every woman must know about hormones, the brain, and emotional health*, William Morrow and Company, New York.
- Stoppard J. M. (2000), *Understanding depression. Feminist social constructionist approaches*, Routledge, London–New York.
- Trzebińska E. (2007), *Psychologia pozytywna*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Uniwersalny słownik języka polskiego* (2004), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Usser J. M. (2006), *Managing the monstrous feminine*, Routledge, London–New York.
- Walker A. E. (1997), *The menstrual cycle*, Routledge, London–New York.
- Wasilewska-Pordes M. (2000), *Depresja poporodowa*, Wydawnictwo Radamsa, Kraków.

Eleonora Bielawska-Batorowicz

Reproductive health and mental health – relations within the life cycle

The concept of reproductive health, accepted by the World Health Organization in 1994, resembles the WHO definition of health. Hence, this definition relates health to an individual's well-being in all areas related to reproductive activity. The application of such concept of reproductive health allows social sciences, including psychology, to enter the arena of research. Psychological approach seems crucial especially for analyses of reproductive failures and difficulties, which might affect mental health. The paper presents examples of possible relationships between reproductive health and mental health, with special focus on the following issues: 1) the role of hormonal changes in reproductive and post-reproductive phases of life, 2) the social determinants of human reproduction, 3) the role of factors that affect both reproductive and mental health. The example of relevant research studies are given.

Keywords: reproductive health, mental health, postnatal depression, intimate partner violence, premenstrual syndrome (zdrowie prokreacyjne, zdrowie psychiczne, depresja poporodowa, przemoc domowa, zespół napięcia przedmiesiączkowego).