

EWA ROBAKOWSKA

Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego
w Dąbrowie Górniczej,
Dąbrowa Górnicza, ul. Kościelna 6
Środowiskowy Dom Samopomocy SALVE
dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi
Sosnowiec, ul. Lenartowicza 73
e-mail: ewa.robakowska@gmail.com

PERCEPCJA ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIEGO I RELACJI RODZINNYCH ORAZ STRATEGIE RADZENIA SOBIE KBIET O ZRÓŻNICOWANYM STOPNIU NASILENIA DEPRESJI

Abstrakt. Artykuł dotyczy relacji małżeńskich i rodzinnych kobiet cierpiących na depresję oraz strategii radzenia sobie ze stresem, jakie podejmują. Celem badań było ustalenie zależności pomiędzy stopniem nasilenia depresji kobiet a percepcją związku małżeńskiego, przedstawienie strategii radzenia sobie podejmowanych przez chore kobiety oraz wykazanie, czy istnieją statystycznie istotne różnice pomiędzy stopniem nasilenia depresji i poziomem określonych sposobów radzenia sobie.

Nie wykazano statystycznie istotnej korelacji pomiędzy stopniem głębokości depresji i oceną związku małżeńskiego. Wyniki kwestionariuszy oraz ankiety mogłyby natomiast sugerować, że na skutek depresji w kontaktach większości badanych osób z ich rodzinami zaszły zmiany. Na podstawie badań można stwierdzić, że kobiety cierpiące na chorobę afektywną jednobiegunową najczęściej przyjmują bierne sposoby radzenia sobie, jak obwinianie się i przyjmowanie odpowiedzialności, myślenie życzeniowe i fantazjowanie, szukanie wsparcia społecznego oraz pozytywne przewartościowanie. Badania wykazały, że istnieją statystycznie istotne różnice pomiędzy stopniem głębokości depresji kobiet a poziomem takich strategii radzenia sobie, jak szukanie wsparcia społecznego, nieujawnianie uczuć, samokontrola. Można wnioskować, że im większe nasilenie choroby, tym bardziej bierne style radzenia sobie są podejmowane.

W życiu kobiet cierpiących na chorobę afektywną jednobiegunową bardzo ważnym aspektem są pozytywne relacje z bliskimi oraz ofiarowana przez nich pomoc i wsparcie.

Słowa kluczowe: depresja, małżeństwo, rodzina, strategie radzenia sobie.

1. WPROWADZENIE

Od kilkunastu lat niemal we wszystkich rozwiniętych krajach Europy obserwuje się wyraźny i progresywny wzrost liczby osób z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych. W czasach współczesnych depresja zajmuje czołowe miejsce w statystykach dotyczących rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Stanom depresyjnym sprzyja obecna sytuacja ekonomiczna kraju, wzrost bezrobocia oraz mentalność, polegająca na braku umiejętności odczuwania satysfakcji i radości życia (Pużyński, 2009). Uczucie smutku i przygnębienia trwające dłużej niż dwa lub więcej tygodni i negatywnie wpływające na samopoczucie, pracę, kontakty z ludźmi, może oznaczać depresję. Cechy zespołu depresyjnego obejmują cztery ogólne dziedziny: afekt, poznanie, zachowanie oraz funkcjonowanie fizyczne (Hammen, 2004). Depresja jest źródłem cierpienia, a jednym z najbardziej bolesnych jej aspektów jest poczucie bezradności i bezsilności (Kępiński, 2001). Utrata energii życiowej powoduje, że niemożliwe staje się podjęcie jakiegokolwiek decyzji, a codzienne zadania wywołują lęk (Preston, 2007).

Depresja może dotyczyć każdego człowieka, bez względu na wiek, wykształcenie, pozycję zawodową czy płeć (Bilikiewicz, 2003). U kobiet jednak depresję rozpoznaje się niemal dwa razy częściej niż u mężczyzn (Hammen, 2004).

Z faktem choroby zмага się nie tylko chory człowiek, ale cała rodzina. Im choroba ma dłuższy przebieg, im bardziej ogranicza sprawność i zdolność do samoobsługi człowieka chorego, tym większe porównywalne zmiany obserwujemy w życiu całej rodziny. Według niektórych badaczy doświadczenie przez jednego z członków rodziny nawracających epizodów depresji ma głęboko niszczący i dezorganizujący wpływ na życie rodzinne. Rodzina, jako system wzajemnych świadczeń zabezpieczających egzystencję i rozwój wszystkich elementów systemu, stoi przed zadaniem opieki nad chorym i zaspokajania jego potrzeb, pełniąc równocześnie inne obowiązki w pracy i w domu. Przez długi czas indywidualne potrzeby wszystkich członków rodziny są pomijane, gdyż każdy zмага się z napięciem i niepewnością (Kawczyńska-Butrym, 1989). Każda rodzina jest systemem opiekuńczym, w którym z czasem ustaliły się role, oczekiwania i podstawowe wyobrażenia na temat wzajemnej pomocy. Choroba osłabia ten system i wymusza modyfikację interakcji pomiędzy członkami rodziny (Papolos, Papolos, 1998).

Wobec pacjentek depresyjnych rodziny mogą przyjmować postawę prawidłową lub też nadmiernie ochraniającą, nadmiernie wymagającą, unikającą bądź odrzucającą (Kwiecień, Leśniak, 1999). Badania nad reakcjami rodzin na chorobę wykazały, że istnieją również trzy typy reakcji: rozwój i zróżnicowanie (lepszą integracją rodziny niż przed chorobą), przejściowe załamanie i odzyskanie równowagi (mniejsza integracja z możliwością stosunkowo szybkiego powrotu do równowagi) oraz bezwład i dezintegracja (rozpad rodziny na koalicje, izolacja jej członków, bezradność i rozpacz) (Namysłowska, 1985).

Jedną z najważniejszych relacji interpersonalnych w dorosłym życiu jest związek małżeński (Zięba i in., 1996). Jakość relacji ze współmałżonkiem podtrzymuje prawidłową równowagę systemu małżeńskiego, lecz może też prowadzić do stanu równowagi patologicznej, nacechowanej elementami depresji. Pojawiające się w okresie choroby napięcie, wrogość, mniejsze zadowolenie z życia seksualnego czy trudności we wzajemnej komunikacji często nie ulegają zmianie po uzyskaniu remisji (Tyra, 1993). W rezultacie tworzy się błędne koło pomiędzy utrzymywaniem się objawów choroby a zaburzonymi relacjami interpersonalnymi, będące źródłem cierpienia zarówno pacjentki, jak i jej najbliższych (Zięba i in., 1996).

Każda choroba wywołuje sytuację stresu, ponieważ stawia przed organizmem żądanie przystosowania się. Reakcję stresową definiuje się jako zakłócenie lub zapowiedź zakłócenia równowagi między zasobami czy możliwościami jednostki z jednej strony a wymaganiami otoczenia z drugiej (Heszen, Sęk, 2007). W sytuacji stresu następuje konfrontacja posiadanych przez człowieka przekonań, wartości i umiejętności z wymaganiami, ograniczeniami i zasobami, jakie wnosi sytuacja. Stres może być siłą motywującą do poprawy zdrowia bądź zużywać rezerwy przystosowania i oddziaływać szkodliwie (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010). W sytuacji zaistnienia choroby niekiedy konieczna jest zmiana systemu wartości, np. traktowanie cierpienia jako pewnego ciężkiego doświadczenia, które daje szansę rozwoju i ułatwia przystosowanie się do sytuacji wywołanej chorobą (Gwozdecka, 2007). Naznaczanie przez społeczeństwo ludzi chorujących psychicznie sprawia, że dwie trzecie z nich nie szuka pomocy u specjalisty i cierpi w samotności (Ochojska, 1994).

Radzenie sobie definiowane jest jako całokształt wysiłków podejmowanych w celu sprostania wymaganiom sytuacji, które jednostka ocenia jako będące na granicy lub przekraczające jej możliwości. Lazarus (1986) wymienia cztery sposoby radzenia sobie ze stresem: poszukiwanie informacji, aktywne działanie, powstrzymywanie się od działania oraz procesy intrapsychiczne (Ochojska, 1994). Ogólnym wymiarem charakterystycznym dla radzenia sobie zarówno z emocjami, jak i samym problemem jest poszukiwanie i wykorzystanie wsparcia społecznego. Reakcje emocjonalne powstające w związku z chorobą mają przeważnie zabarwienie negatywne (Heszen, 2013). Stanowiąc dodatkowo źródło cierpienia osoby chorej, pobudzają do aktywności zmierzającej do poprawy samopoczucia, określanej w teorii stresu jako radzenie sobie ukierunkowane na emocje (Terek, 2008).

Głównym celem badań było ustalenie, czy istnieje zależność pomiędzy stopniem nasilenia depresji badanych kobiet a postrzeganiem przez nie związku małżeńskiego, ponadto wykazanie, czy istnieją statystycznie istotne różnice pomiędzy stopniem głębokości depresji i poziomem określonych strategii radzenia sobie, a także pokazanie sposobów radzenia sobie chorych kobiet.

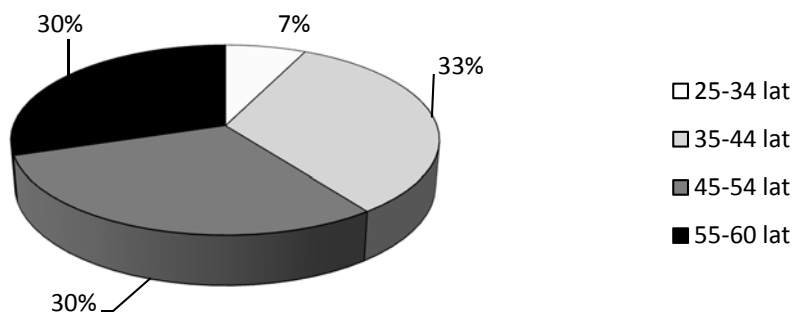
Postawiono następujące pytania badawcze:

- czy istnieje zależność pomiędzy stopniem nasilenia depresji kobiet a ich oceną związku małżeńskiego?
- czy istnieje tendencja do statystycznie istotnych różnic pomiędzy stopniem nasilenia depresji kobiet a poziomem określonych strategii radzenia sobie?
- jakie strategie radzenia sobie podejmują chore kobiety?

2. MATERIAŁ

Badaniem zostało objętych 30 kobiet hospitalizowanych w Centrum Psychiatrii w Katowicach oraz w Szpitalu Miejskim w Sosnowcu. Dobór grupy był oparty na diagnozie psychiatrycznej – rozpoznanie choroby afektywnej jednobiegunowej, która została określona w karcie choroby pacjenta. Pacjentki zostały poddane badaniu w trakcie pobytu na oddziałach psychiatrycznych. Udział w badaniu był dobrowolny.

Przedział wiekowy badanych wynosił od 25 do 60 lat. Najwięcej osób miało wykształcenie średnie – 46,66%, 33,33% osób – podstawowe, 16,66% – zawodowe, natomiast 3,33% – wykształcenie wyższe. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety zamężne (86,66%) i posiadające dzieci (93,33%). 13,34% kobiet było niezamężnych (rozwidzione lub panny). Dane dotyczące struktury wiekowej badanej grupy prezentuje rys. 1.



Rysunek 1. Struktura wiekowa kobiet cierpiących na depresję.

Źródło: opracowano na podstawie badań własnych.

3. METODA

W badaniach zastosowano następujące metody:

Inwentarz Depresji Becka – służy do oceny głębokości depresji i jest używany do samooceny stanu psychicznego u osób chorych na depresję. Pełna skala obejmuje 21 objawów występujących w przebiegu zaburzeń depresyjnych

(Parnowski, Jenarczyk, 1977). Inwentarz został zastosowany do określenia stopnia nasilenia depresji osób badanych.

Test Uzupełnienia Zdań J. Sacksa i S. Levy'ego – metoda projekcyjna składająca się z 60 zdań odnoszących się do 15 sfer życia, w których mogą przejawiać się konflikty najistotniejsze dla tzw. dobrego przystosowania. Zdania te dotyczą rodziny, problemów płci, stosunków międzyludzkich oraz samooceny (Dunaj-Kozłowska, 1977). Dla przeprowadzonego badania istotna była sfera III testu – stosunek do rodziny. W celu oceny odpowiedzi posłużono się sędziami kompetentnymi. Pozytywny stosunek do rodziny został zdefiniowany jako prezentowane w wypowiedziach zadowolenie ze swojej rodziny, pozytywne jej postrzeganie, ujawnianą miłość, zrozumienie oraz akceptację. Negatywny stosunek do rodziny definiowany był natomiast jako negatywna ocena rodziny, ujawniany brak miłości, zrozumienia oraz obecność konfliktów i pretensji.

Kwestionariusz WCQ S. Folkmana, R. S. Lazarusa – narzędzie używane do oceny poziomu określonych stylów radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Składa się z 43 twierdzeń odnoszących się do 9 skal. Mierzy dziewięć strategii radzenia sobie z problemami życia codziennego: planowe rozwiązywanie problemu, walka (konfrontacja), dystansowanie się, myślenie życzeniowe (ucieczka), szukanie wsparcia społecznego, dystrakcja (rozpraszanie się), obwinianie siebie (przyjmowanie odpowiedzialności), pozytywne przewartościowanie, samokontrola. Suma wyników w poszczególnych strategiach radzenia sobie jest przeliczana na steny (Folkman, 2001).

Ankieta – została podzielona na pięć sfer badawczych, które dotyczą relacji małżeńskich i rodzinnych, hierarchii wartości pacjentek depresyjnych oraz strategii radzenia sobie ze stresem i problemami. Do oceny satysfakcji pacjentek ze związku małżeńskiego przyjęto oznakowania jakościowe. Zdefiniowano związek „bardzo dobry” jako optymalny, w pełni satysfakcjonujący badane; związek „zadowolający” – jako wystarczająco satysfakcjonujący; związek „niezadowolający” – jako niewystarczająco satysfakcjonujący oraz związek „zupełnie nieudany” – jako całkowicie niesatysfakcjonujący badane.

Zmienną niezależną stanowiła depresja i poziom jej nasilenia. Jako zmienne zależne przyjęto relacje pacjentek depresyjnych z małżonkami i dziećmi oraz strategie radzenia sobie.

W celu sprawdzenia zależności pomiędzy stopniem nasilenia depresji a oceną związku małżeńskiego zastosowano współczynnik korelacji rang Spearmana (Brzeziński, 2007) (jako nieparametryczną alternatywę współczynnika korelacji liniowej Pearsona z powodu nienormalności badanych zmiennych) (Ferguson, Takane, 2007).

Wyniki w poszczególnych strategiach radzenia sobie scharakteryzowano przy pomocy średniej arytmetycznej i odchylenia standardowego, minimum i maksimum oraz 95% przedziałów ufności – dla zmiennych ilościowych i o rozkładach zbliżonych do rozkładu normalnego. Statystyki opisowe prezentują tab. 1–4.

Tabela 1. Statystyki opisowe – depresja łagodna

Zmienna	N waż- nych	Średnia arytme- tyczna	95% przedział ufności		Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
skala 1	10	4,90	3,66	6,14	3,00	8,00	1,73
skala 2	10	4,20	2,45	5,95	1,00	10,00	2,44
skala 3	10	5,70	4,69	6,71	3,00	7,00	1,42
skala 4	10	7,10	5,82	8,38	5,00	10,00	1,79
skala 5	10	6,60	5,47	7,73	4,00	10,00	1,58
skala 6	10	5,70	5,02	6,38	4,00	7,00	0,95
skala 7	10	7,40	5,88	8,92	4,00	10,00	2,12
skala 8	10	6,30	5,62	6,98	5,00	8,00	0,95
skala 9	10	4,10	2,65	5,55	1,00	7,00	2,02

Źródło: badania własne.

Tabela 2. Statystyki opisowe – depresja umiarkowana

Zmienna	N waż- nych	Średnia arytme- tyczna	95% przedział ufności		Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
skala 1	15	4,33	3,68	4,98	3,00	7,00	1,18
skala 2	15	4,33	3,65	5,02	3,00	7,00	1,23
skala 3	15	4,73	3,74	5,73	2,00	8,00	1,79
skala 4	15	6,73	5,91	7,56	4,00	10,00	1,49
skala 5	15	6,93	6,17	7,70	5,00	9,00	1,39
skala 6	15	5,53	4,53	6,53	2,00	9,00	1,81
skala 7	15	6,53	5,32	7,75	3,00	10,00	2,20
skala 8	15	6,07	5,01	7,12	3,00	10,00	1,91
skala 9	15	4,27	2,77	5,77	1,00	9,00	2,71

Źródło: badania własne.

Tabela 3. Statystyki opisowe – depresja ciężka

Zmienna	N waż- nych	Średnia arytme- tyczna	95% przedział ufności		Minimum	Maksi- mum	Odchylenie standardowe
skala 1	5	3,60	2,49	4,71	3,00	5,00	0,89
skala 2	5	3,60	2,49	4,71	3,00	5,00	0,89
skala 3	5	4,20	1,66	6,74	1,00	6,00	2,05
skala 4	5	6,60	4,03	9,17	5,00	10,00	2,07
skala 5	5	5,20	4,16	6,24	4,00	6,00	0,84
skala 6	5	4,80	3,44	6,16	4,00	6,00	1,10
skala 7	5	8,00	4,38	11,62	3,00	10,00	2,92
skala 8	5	6,40	3,28	9,52	3,00	10,00	2,51
skala 9	5	8,20	5,51	10,89	5,00	10,00	2,17

Źródło: badania własne.

Tabela 4. Statystyki opisowe – cała 30-osobowa grupa

Zmienna	N waż- nych	Średnia arytme- tyczna	95% przedział ufności		Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
skala 1	30	4,40	3,88	4,92	3,00	8,00	1,38
skala 2	30	4,17	3,55	4,79	1,00	10,00	1,66
skala 3	30	4,97	4,31	5,62	1,00	8,00	1,75
skala 4	30	6,83	6,22	7,45	4,00	10,00	1,64
skala 5	30	6,53	5,98	7,09	4,00	10,00	1,48
skala 6	30	5,47	4,92	6,01	2,00	9,00	1,46
skala 7	30	7,07	6,21	7,92	3,00	10,00	2,29
skala 8	30	6,20	5,56	6,84	3,00	10,00	1,71
skala 9	30	4,87	3,83	5,91	1,00	10,00	2,79

Źródło: badania własne.

Normalność rozkładów weryfikowano testem Shapiro-Wilka i oceniano wizualnie poprzez histogramy. Do weryfikacji różnic w średnich poziomach wyników stenowych pomiędzy trzema stopniami nasilenia depresji (łagodna, umiarkowana, ciężka) w poszczególnych skalach (I–IX) kwestionariusza WCQ Folkmana

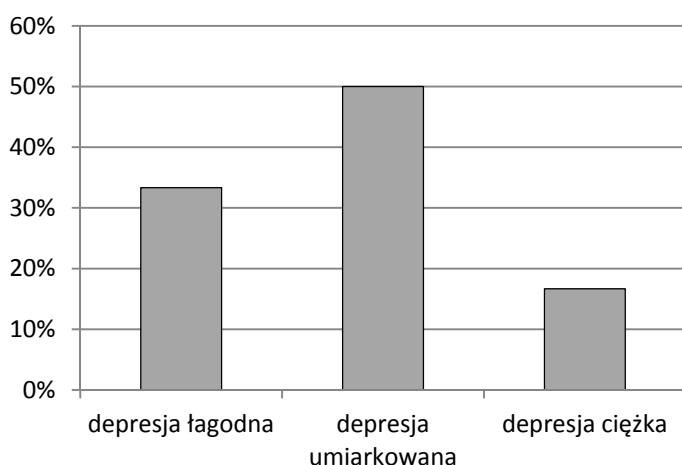
i Lazarusa zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA. Założenia o jednorodności wariancji w tej analizie weryfikowano testem Levene'a. Jako test *post hoc* stosowano test wielokrotnych porównań Tukeya dla nierównych liczebności, gwarantujący łączny, jednakowy poziom istotności dla wszystkich porównań (Ferguson, Takane, 2007). Za statystycznie istotne uznawano wyniki przy poziomie istotności $p < 0,05$.

Analizy statystyczne przeprowadzono, korzystając z pakietu procedur statystyczno-graficznych STATISTICA PL wersja 10,0.

4. WYNIKI

Badania przeprowadzone przy użyciu Inwentarza Depresji Becka wykazały, że 50% badanych kobiet znajdowało się w stanie depresji umiarkowanej, 33,33% kobiet – w stanie depresji łagodnej, natomiast 16,67% osób – w stanie depresji ciężkiej (rys. 2). U połowy pacjentek objawy depresyjne, takie jak: obniżenie podstawowego nastroju, utrata satysfakcji, poczucie winy, brak akceptacji siebie, pragnienie śmierci, zaburzenia snu, utrata łaknienia i libido, czy też wycofanie ze związków społecznych wykazywały nasilenie średnie, u 33,33% osób – nasilenie słabe, natomiast u 16,67% osób – nasilenie znaczne.

Zamieszczony poniżej rys. 2 ma służyć lepszemu zobrazowaniu wyników badań.



Rysunek 2. Procentowy rozkład liczebności pacjentek w podziale na depresję o różnym stopniu nasilenia

Źródło: opracowano na podstawie badań własnych.

Na podstawie danych z przeprowadzonej ankiety w sferze I (wpływ choroby na relacje z rodziną) stwierdza się, że znaczna liczba badanych osób uznała, iż na wiadomość o ich chorobie rodzina przede wszystkim zareagowała spokojnie (33,33% – najczęściej, 23,33% – często) i zaczęła się bardziej o nie martwić (33,33% – najczęściej oraz często). Wyniki prezentuje tab. 5. Znak „–” oznacza zerową liczbę osób udzielających odpowiedzi w danej kategorii.

Tabela 5. Reakcje rodzin na wiadomość o depresji

Jak Pani rodzina zareagowała na wiadomość o chorobie?								
Kategorie	Gradacje							
	bardzo często		często		czasami		rzadko	
	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%
a) zamknęli się w sobie	–	–	–	–	1	3,33	–	–
b) stali się nerwowi	1	3,33	4	13,33	–	–	–	–
c) zaczęli mieć do mnie pretensje	3	10,00	–	–	1	3,33	–	–
d) zareagowali spokojnie	10	33,33	7	23,33	1	3,33	–	–
e) zaczęli się bardziej o mnie martwić	10	33,33	10	33,33	1	3,33	2	6,67
f) inne:								
– zaoferowali mi pomoc	–	–	1	3,33	1	3,33	–	–
– nie potrafili mnie zrozumieć, uważają, że jestem zdrowa	4	13,33	–	–	1	3,33	–	–
– zaczęli traktować mnie pogardliwie	1	3,33	–	–	–	–	–	–
Nie powiadomiłam rodziny o chorobie	Liczba osób							
	1							

Źródło: badania własne.

Zdecydowana większość badanych stwierdziła, że na skutek depresji w ich kontaktach z rodzinami zaszły zmiany. Część kobiet uważało, że rodziny bardziej im pomagają (najczęściej – 33,33%; często – 26,67%), bardziej się o nie troszczą (najczęściej – 20%; często – 36,67%), natomiast niektóre osoby uznały, że rodziny nie potrafią ich zrozumieć (23,33% – najczęściej; 10% – często i czasami) (tab. 6).

Tabela 6. Zmiany w kontaktach z rodzinami

Jakie zmiany zaszły w Pani kontaktach z rodziną?								
Kategorie	Gradacje							
	bardzo często		często		czasami		rzadko	
	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%
a) zaczęli mnie unikać	2	6,67	1	3,33	1	3,33	1	3,33
b) wstydzą się mnie	–	–	–	–	–	–	1	3,33
c) obwiniają mnie za wszystko	1	3,33	1	3,33	3	10,00	–	–
d) robią mi awantury	–	–	–	–	–	–	1	3,33
e) traktują mnie jak dziecko	1	3,33	1	3,33	2	6,67	1	3,33
f) nie potrafią mnie zrozumieć	7	23,33	3	10,00	3	10,00	–	–
g) bardziej mi pomagają	10	33,33	8	26,67	–	–	–	–
h) bardziej się o mnie troszczą	6	20,00	11	36,67	1	3,33	–	–
i) nic się nie zmieniło	4	13,33	3	10,00	–	–	2	6,67

Źródło: badania własne.

Na postawione w ankiecie pytanie: „Czy choroba jest uciążliwa dla Pani rodziny?” ponad połowa badanych (63,33%) odpowiedziała twierdząco, uznając, że rodziny wyręczają je i pomagają we wszystkim (89,47% odpowiedzi). Wyniki przedstawia tab. 7.

Tabela 7. Uciążliwość depresji dla rodzin

Czy choroba jest uciążliwa dla Pani rodziny?	TAK	%	NIE	%
	19	63,33	11	36,66
Dlaczego?	Liczba odpowiedzi		%	
Rodzina musi mi we wszystkim pomagać, wyręczać mnie i musi radzić sobie sama	17		89,47	
Jestem uciążliwa z powodu obniżonego nastroju i rozdrażnienia	2		10,52	

Źródło: badania własne.

Wypowiedzi badanych kobiet na temat swoich oczekiwań w stosunku do rodzin dotyczyły przede wszystkim wsparcia emocjonalnego (35,13%) lub nieoczekiwania niczego więcej poza tym, co badane otrzymują (40,54%). Wyniki prezentuje tab. 8.

Tabela 8. Oczekiwania w stosunku do rodzin

Czego oczekuje Pani od rodziny?	Liczba odpowiedzi	%
Wsparcia emocjonalnego, zrozumienia, zainteresowania, akceptacji	13	35,13
Wsparcia finansowego	9	24,32
Niczego poza tym, co otrzymuję	15	40,54

Źródło: badania własne.

W badaniach ankietą w sferze II (wpływ depresji kobiet na jakość małżeństwa) w momencie przeprowadzanego badania 4 z 30 kobiet były niezamężne. Wśród pacjentek zamężnych 23,08% kobiet uznało swoje związki za bardzo dobre, a 15,38% za niezadowolające. 30,77% oceniło swoje związki małżeńskie jako zadowolające i taki sam procent – jako zupełnie nieudane (tab. 9).

Tabela 9. Ocena związku małżeńskiego

Jak ocenia Pani swój związek małżeński?		
Kategorie	Liczba osób	%
a) jako bardzo dobry	6	23,08
b) jako zadowolający	8	30,77
c) jako niezadowolający	4	15,38
d) jako zupełnie nieudany	8	30,77
Razem	26	100%

Źródło: badania własne.

Na postawione w ankiecie pytanie: „Co przeszkadza Pani w zachowaniu męża?” najczęściej udzielaną odpowiedzią (35,29%) był brak zrozumienia, zainteresowania, troski i miłości (tab. 10).

Tabela 10. Elementy trudne w zachowaniu mężów

Co przeszkadza Pani w zachowaniu męża?	Liczba odpowiedzi	%
Brak zainteresowania, zrozumienia, troski, miłości	12	35,29
Brak pomocy w prowadzeniu domu	5	14,70
Obojętny stosunek do dziecka	2	5,88
Nadużywanie alkoholu, agresywność	6	17,64
Wszystko	1	2,94
Nic	8	23,52

Źródło: badania własne.

W sferze relacji pacjentek depresyjnych z dziećmi na podstawie danych z ankiety (sfera III) stwierdza się, że nieco mniej niż połowa odpowiedzi (46,15%) dotyczyła braku czegokolwiek irytującego w zachowaniu własnych dzieci. Pozostałym kobietom natomiast przeszkadzał brak zrozumienia przez dzieci ich choroby i problemów (23,07% odpowiedzi), a także egoizm, złośliwość, bezczelność czy niepunktualność dzieci (23,07% odpowiedzi) (tab. 11).

Tabela 11. Elementy drażniące w zachowaniu dzieci

Co drażni Panią w zachowaniu dzieci?	Liczba odpowiedzi	%
Brak zrozumienia mnie i mojej choroby	6	23,07
Sięganie po alkohol, narkotyki	2	7,69
Bezczelność, złośliwość, egoizm, niepunktualność	6	23,07
Nic mnie nie drażni	12	46,15

Źródło: badania własne.

Na podstawie danych z ankiety w sferze IV (hierarchia wartości chorych kobiet) można uznać, że dla przeważającej liczby badanych osób najważniejszą (43,33%) lub bardzo ważną (30%) wartością okazały się dzieci. Nieco mniejszy odsetek kobiet uznał, że w życiu istotne jest zdrowie własne i bliskich (23,33% – najważniejsze i bardzo ważne) oraz małżeństwo i rodzina (23% – najważniejsze). Wypowiedzi badanych prezentuje tab. 12.

Tabela 12. Hierarchia wartości pacjentek depresyjnych

Jakie wartości są dla Pani w życiu najważniejsze?								
Kategorie	Gradacje							
	bardzo często		często		czasami		rzadko	
	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%
a) praca	1	3,33	5	16,67	5	16,67	4	13,33
b) przyjaciele	–	–	3	10,00	2	6,67	2	6,67
c) pieniądze	–	–	–	–	3	10,00	1	3,33
d) małżeństwo i rodzina	7	23,33	5	16,67	3	10,00	1	3,33
e) dzieci	13	43,33	9	30,00	4	13,33	–	–
f) brak problemów i obowiązków	–	–	2	6,67	–	–	3	10,00
g) zdrowie swoje i bliskich	7	23,33	7	23,33	7	23,33	6	20,00
h) inne: wiara w Boga	2	6,67	–	–	–	–	–	–

Źródło: badania własne.

Z odpowiedzi badanych kobiet w ankiecie (sfera V) na temat sposobów radzenia sobie ze stresem wynika, że część kobiet czuje się niezdolna do jakiegokolwiek aktywności (obniżony nastrój, apatia), w związku z czym większość czasu spędza, leżąc w łóżku (33,33% – najczęściej; 13,33% – często). Niektórym osobom pomaga jednak modlitwa, oglądanie telewizji albo czytanie książek, gazet. Tylko kilka osób badanych radzi sobie z wynikającym z depresji złym samopoczuciem rozmawiając i spędzając czas ze znajomymi lub członkami rodziny. Wyniki prezentuje tab. 13.

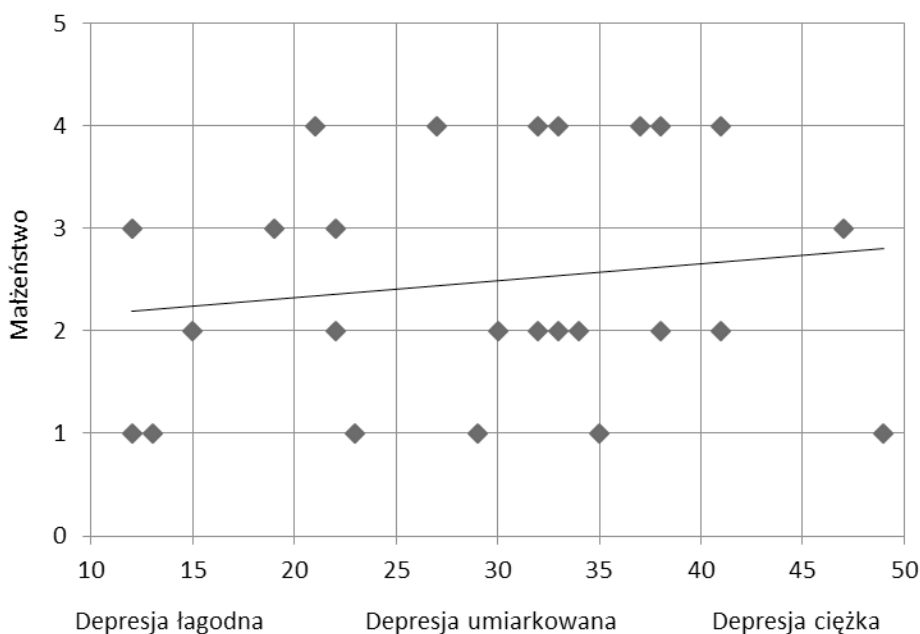
Tabela 13. Sposoby radzenia sobie chorych kobiet

Jak radzi sobie Pani z problemami życia codziennego?								
Kategorie	Gradacje							
	bardzo często		często		czasami		rzadko	
	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%
a) oglądam telewizję	3	10	5	16,67	2	6,67	–	–
b) telefonuję do znajomych	1	3,33	3	10	4	13,33	–	–
c) rozmawiam z mężem	–	–	–	–	2	6,67	–	–
d) modlę się	5	16,67	1	3,33	–	–	1	3,33
e) czytam gazety, książki	4	13,33	4	13,33	2	6,67	2	6,67
f) kontaktuję się z matką	–	–	1	3,33	–	–	2	6,67
g) leżę w łóżku	10	33,33	2	6,67	2	6,67	1	3,33
h) dużo czasu spędzam z dziećmi	2	6,67	1	3,33	1	3,33	1	3,33
i) inne:								
– słucham radia, muzyki	–	–	2	6,67	–	–	–	–
– gram na komputerze, układam puzzle	2	6,67	–	–	–	–	–	–
– śpiewam, maluję	–	–	1	3,33	1	3,33	–	–
– dużo jem, palę papierosy	–	–	2	6,67	–	–	–	–
– spaceruję, spotykam się z przyjaciółmi	–	–	3	10	2	6,67	–	–
– zamykam się w sobie, dużo myślę, płaczę, rzucam się w wir obowiązków	4	13,33	–	–	2	6,67	–	–

Źródło: badania własne.

Przechodząc do wyników Testu Uzupełnienia Zdań w sferze III (stosunek do rodziny), należy podkreślić, że są one zróżnicowane. Połowa kobiet wyrażała pozytywny stosunek do swojej rodziny, była z niej zadowolona, uważała rodzinę za dobrą albo wspierała, mocno ze sobą związaną czy pełną ciepła. Druga połowa kobiet natomiast oceniała swoje rodziny jako nieprawidłowe, rozbite, nieudane czy pełne problemów. Nie czuły się one potrzebne swoim rodzinom, doceniane przez nie, rozumiane bądź kochane.

W celu sprawdzenia, czy istnieje zależność pomiędzy stopniem nasilenia depresji a percepcją związku małżeńskiego, zastosowano współczynnik korelacji rang Spearmana (jako nieparametryczną alternatywę współczynnika korelacji liniowej Pearsona z powodu nienormalności badanych zmiennych) do zbadania korelacji pomiędzy stopniem nasilenia depresji (Inwentarz Depresji Becka) a oceną związku małżeńskiego (ankieta – tab. 9). Wyniki prezentuje rys. 3.



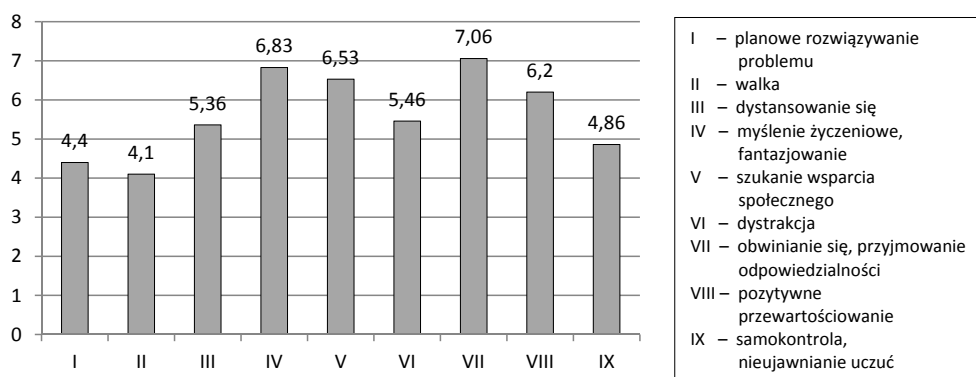
Rysunek 3. Zależność oceny związku małżeńskiego od stopnia nasilenia depresji

Źródło: opracowano na podstawie badań własnych.

Nie wykazano statystycznie istotnej korelacji między stopniem nasilenia depresji i percepcją związku małżeńskiego ($r = 0,13$; $p = 0,53$). W grupie 26 zamężnych kobiet ponad połowa oceniła związek małżeński jako zadowalający lub bardzo dobry (tab. 9). Należy jednak dodać, że wyniki mogły zostać zafałszowane subiektywnością ocen badanych czy też chęcią przedstawienia siebie w lepszym świetle.

Badania przeprowadzone przy użyciu Kwestionariusza WCQ wykazały, że najwyższe średnie wyniki stenowe uzyskano w skalach: obwinianie się, przyjmowanie odpowiedzialności (skala VII – 7,06), myślenie życzeniowe, fantazjowanie (skala IV – 6,68), szukanie wsparcia społecznego (skala V – 6,53) oraz pozytywne przewartościowanie (skala VIII – 6,2). Style odnoszące się do skali VII i IV uznaje się za bierne, natomiast style odpowiadające skali V i VIII – za aktywne.

Zamieszczony poniżej rys. 4 przedstawia rozkład liczbowy średnich wyników stenowych w poszczególnych skalach Kwestionariusza WCQ S. Folkmana i R. S. Lazarusa w całej grupie.

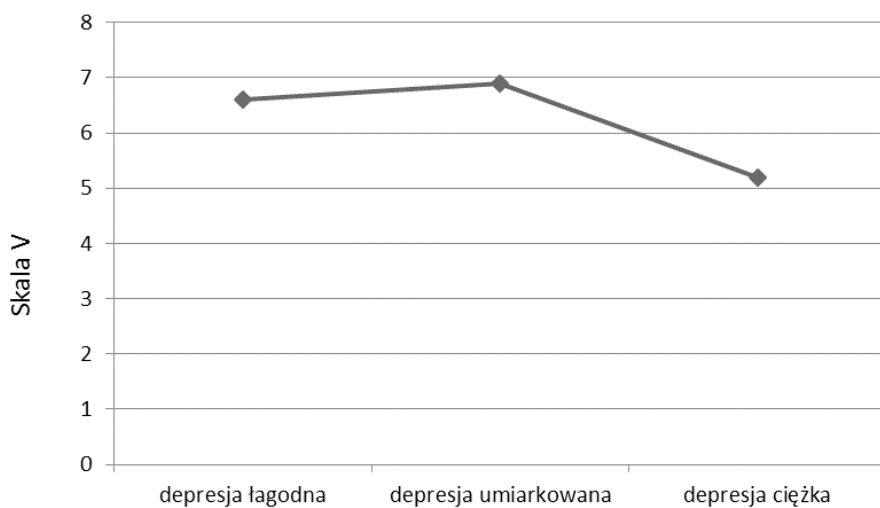


Rysunek 4. Rozkład liczbowy średnich wyników stenowych w poszczególnych skalach Kwestionariusza WCQ Folkmana i Lazarusa w całej grupie

Źródło: opracowano na podstawie badań własnych.

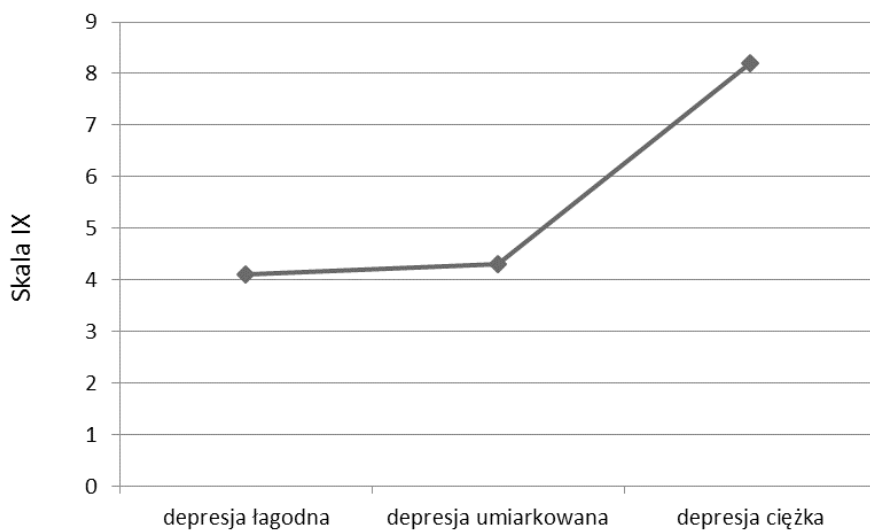
Istnieją statystycznie istotne różnice pomiędzy stopniem nasilenia depresji i poziomem określonych strategii radzenia sobie. W skali V (szukanie wsparcia społecznego) wykazano tendencję do statystycznie istotnej różnicy między średnimi poziomami w trzech grupach o różnym nasileniu depresji ($F(2,27) = 2,93$; $p = 0,07$). O tendencji do statystycznej istotności mówi się, jeśli $0,05 < p < 0,1$. Średnie poziomy w tych trzech grupach miały wartości: 6,6 – w grupie z depresją łagodną; 6,9 – w grupie z depresją umiarkowaną; 5,2 – w grupie z depresją ciężką.

Test *post hoc* wielokrotnych porównań Tukeya wykazał istnienie statystycznie istotnej różnicy ($p = 0,048$) pomiędzy średnimi poziomami wyników stenowych między grupami depresja umiarkowana i ciężka. Można zatem wnioskować, że w skali V istotny jest niski poziom w grupie z depresją ciężką (rys. 5).



Rysunek 5. Średnie poziomy w skali V w trzech grupach o różnym nasileniu depresji.

Źródło: opracowano na podstawie badań własnych.



Rysunek 6. Średnie poziomy w skali IX w trzech grupach o różnym nasileniu depresji

Źródło: opracowano na podstawie badań własnych.

W skali IX (samokontrola, nieujawnianie uczuć) wykazano statystycznie istotną różnicę między średnimi poziomami w trzech grupach o różnym nasileniu depresji (łagodna, umiarkowana, ciężka) ($F(2,27) = 5,69; p = 0,009$). Średnie poziomy w tych grupach miały wartości: 4,1 – w grupie z depresją łagodną; 4,3 – w grupie z depresją umiarkowaną; 8,2 – w grupie z depresją ciężką.

Zastosowano spośród testów *post hoc* test Tukeya dla nierównych liczebności i wykazano istnienie statystycznie istotnej różnicy pomiędzy średnimi poziomami w grupach: depresja łagodna i ciężka ($p < 0,01$) oraz depresja umiarkowana i ciężka ($p < 0,001$).

Można zatem uznać, że w skali IX istotny jest wysoki poziom w grupie z depresją ciężką (pomiędzy grupami z depresją łagodną i umiarkowaną nie istnieją statystycznie istotne różnice) – rys. 6. Różnice uznawano za statystycznie istotne, jeśli obliczony poziom istotności był mniejszy od 0,05.

W pozostałych skalach Kwestionariusza WCQ nie wykazano statystycznie istotnej różnicy między średnimi poziomami w trzech grupach o różnym nasileniu depresji.

Można stwierdzić, że w skali V (szukanie wsparcia społecznego) i w skali IX (samokontrola, nieujawnianie uczuć) można dobrze wyróżnić chore z depresją ciężką: w skali V średni poziom jest najniższy w przypadku depresji ciężkiej, natomiast w skali IX średni poziom jest najwyższy w depresji ciężkiej.

5. DYSKUSJA

Przeprowadzone badania miały na celu wykazanie, czy istnieją zależności pomiędzy głębokością depresji a oceną związku małżeńskiego, ponadto ustalenie czy istnieją statystycznie istotne różnice pomiędzy stopniem nasilenia depresji i poziomem określonych sposobów radzenia sobie, a także zaprezentowanie podejmowanych strategii radzenia sobie.

Jak podaje Hammen (2004), wpływ depresji na relacje małżeńskie jest często negatywny, a współmałżonkowie nierzadko postrzegają chorego jako obciążenie. Z kolei według Namysłowskiej (1985) w części rodzin związek uczuciowy obojga małżonków pogłębia się w wyniku choroby. W uzyskanych wynikach badań ponad połowa pacjentek uznała swoje związki małżeńskie za zadowalające i bardzo dobre. Pozostała część kobiet oceniła małżeństwo jako zupełnie nieudane lub niezadowalające. W zachowaniu mężów najtrudniejszy okazał się brak zrozumienia, pomocy, zainteresowania, troski i miłości. Podobne wyniki uzyskali Zięba, Jawor, Dudek (1996), podając, że pacjenci pomimo pozytywnej oceny związku małżeńskiego, zwracali uwagę na brak zrozumienia, oddalenie emocjonalne czy brak wsparcia. Kobiety cierpiące na depresję mają szczególnie silną potrzebę doznawania opieki, troski i uczucia ze strony bliskich osób,

zwłaszcza mężów, a brak okazywanego im zainteresowania odczuwają bardzo dotkliwie. Zdaniem Małkiewicz-Borkowskiej i Namysłowskiej (1995) dysfunkcjonalne relacje z partnerem są jedną z podstawowych przyczyn chroniczności depresji.

Nie wykazano statystycznie istotnej korelacji pomiędzy stopniem nasilenia depresji i oceną związku małżeńskiego. Percepcja związku małżeńskiego w grupie badanych kobiet nie koreluje ze stopniem nasilenia depresji. Można przypuszczać, że stopień nasilenia depresji nie wywiera wpływu na satysfakcję ze związku małżeńskiego.

Według Papolos (1998) choroba wymusza zmianę interakcji między członkami rodziny. Zmiany, jakie zaszły w kontaktach badanych kobiet z rodzinami, były w większym stopniu pozytywne niż negatywne. Ponad połowa kobiet odczuła większą pomoc i troskę.

Według Ochojskiej (1994) choroba może stać się doświadczeniem, które bardziej integruje rodzinę. Uzyskane wyniki odpowiadałyby jednemu z typów reakcji rodziny na chorobę, jakim jest lepsza integracja rodziny niż przed chorobą. Z kolei w rodzinach, w których zaistniałe zmiany pacjentki oceniły jako niekorzystne (brak zrozumienia), choroba mogła spowodować drugi typ reakcji, jakim jest mniejsza integracja z możliwością stosunkowo szybkiego powrotu do równowagi (Namysłowska, 1985). Rodziny ponad połowy badanych kobiet przyjęły wiadomość o ich chorobie spokojnie albo zareagowały większym zainteresowaniem i troską o pacjentki.

Z faktem choroby boryka się cała rodzina, a utrzymywanie się depresji lub jej nawroty powodują konieczność przejęcia przez najbliższych ról społecznych pacjenta (Papolos, Papolos, 1998). Bliscy przejęli część obowiązków pacjentek, wskutek czego ponad połowa badanych uznała, że ich choroba jest uciążliwa dla rodziny. Badane kobiety mogą czuć się winne, że są chore i nie są w stanie pomagać swoim rodzinom, które wyręczają je w wielu czynnościach. Kwiecień i Leśniak (1999) zaobserwowali, że jedną z postaw rodzin wobec chorych jest postawa nadmiernie ochraniająca.

Niektóre kobiety nie czują się rozumiane przez rodziny, co niejednokrotnie spowodowane jest brakiem rzetelnej informacji na temat choroby afektywnej jednobiegunowej.

Doświadczenie depresji w wielu wypadkach pozostaje niezrozumiałe dla otoczenia (Hammen, 2004). Wypowiedzi badanych wskazują, że wiele rodzin w znacznym stopniu zaspokaja większość potrzeb pacjentek, natomiast część kobiet nie czuje się dostatecznie rozumiana przez rodziny i chciałaby otrzymywać więcej zainteresowania, ciepła czy akceptacji. Zdaniem Kępińskiego (2001) chore nie powinny czuć się samotne, gdyż to nasila ich smutek.

U pacjentek z zaburzeniami afektywnymi obecność wsparcia społecznego ma modyfikujący wpływ na społeczne wydarzenia życiowe i na ryzyko choroby psychicznej (Tyra, 1993).

Wyniki prezentowanych badań pokazały, iż depresja wpływa także na kontakty pacjentek z dziećmi. Większość badanych podała, że dzieci są niezmiernie istotną wartością w ich życiu. Ponad połowa chorych kobiet odczuwała jednak brak zrozumienia przez dzieci swojej choroby oraz związanego z nią złego samopoczucia, a także egoizm czy złośliwość dzieci. Jak podaje Tyra (1999), depresyjne matki widzą swoje dzieci w negatywnym świetle, a depresja sprawia, że kobiety są bardziej zaabsorbowane sobą i mniej uwagi poświęcają emocjonalnym oraz rozwojowym potrzebom dzieci. Z kolei według Woydyłło (2012) dzieci mogą obwiniać się za smutek ważnej osoby w ich życiu.

Przeprowadzone badania dowiodły, że istnieją statystycznie istotne różnice pomiędzy stopniem głębokości depresji kobiet a poziomem takich strategii radzenia sobie, takimi jak: szukanie wsparcia społecznego, samokontrola, nieujawnianie uczuć. Można wnioskować, że pacjentki, które znajdują się w stanie depresji ciężkiej, najrzadziej poszukują wsparcia społecznego oraz najrzadziej ujawniają swoje uczucia, a ich samokontrola jest wysoka. Mogą one przejawiać skłonność do zamykania się w sobie, przeżywania problemów w samotności, ukrywania swoich uczuć i unikania kontaktów z ludźmi. Takie postawy odpowiadałyby wyróżnionej przez Lazarusa strategii powstrzymywania się od działania (Terelak, 2008).

Tylko kilka badanych kobiet stwierdziło, że radzi sobie z wynikającym z depresji złym samopoczuciem rozmawiając i spędzając czas ze znajomymi lub członkami rodziny. Jest to zapewne wynikiem nasilenia objawów depresyjnych, które uniemożliwiają kobietom normalne funkcjonowanie.

Można również uznać, że stosowanie przez badane kobiety biernych stylów radzenia sobie związane jest z większym nasileniem depresji, natomiast radzenie sobie poprzez szukanie wsparcia społecznego czy pozytywne przewartościowanie wiąże się z mniejszym nasileniem depresji i lepszą kondycją psychofizyczną, np. na skutek podjętego leczenia.

Na podstawie badań przy użyciu ankiety i Kwestionariusza WCQ Folkmana, Lazarusa stwierdza się, że najczęściej przyjmowanymi strategiami przez kobiety cierpiące na chorobę afektywną jednobiegunową są sposoby bierne: obwinianie się i przyjmowanie odpowiedzialności, myślenie życzeniowe i fantazjowanie, szukanie wsparcia społecznego oraz pozytywne przewartościowanie. Można zatem wnioskować, że pacjentki depresyjne w sytuacjach trudnych przyjmują na siebie odpowiedzialność za zaistniałą sytuację, krytykują i obwiniają siebie, a także marzą i wyobrażają sobie, jak mogłoby być. Odwołując się do teorii stresu Lazarusa, można powiedzieć, że chore kobiety próbują radzić sobie także poprzez szukanie wsparcia społecznego, gdyż potrzebują drugiego człowieka, jego zrozumienia czy pocieszenia i zwykle dzielą się z kimś swoimi przeżyciami czy obawami (Terelak, 2008).

Według Ochojskiej (1994) sposób radzenia sobie kobiet z depresją w istotnym stopniu wpływa na funkcjonowanie rodziny jako całości, jednak z drugiej

strony od sytuacji rodzinnej w dużej mierze zależy to, w jaki sposób kobieta będzie zmagala się z chorobą. Postawy kobiet wobec własnej choroby w dużej mierze kształtują postawy otoczenia wobec nich (Ochojska, 1994). Często jednak pacjentki depresyjne wyrażają przekonanie, że problem rozwiąże się sam, a rodzina ma niewielki wpływ na przebieg wydarzeń (Papolos, Papolos, 1998). Świadczyłyby o tym bierne strategie radzenia sobie, podejmowane przez badane kobiety.

Niektóre pacjentki odrzucają pomoc ze strony innych, ponieważ uważają, że taka pomoc podważa ich status, albo też odbierają ją jako wyraz litości. Odrzucenie niektórych form pomocy może jednak sprzyjać uczeniu się, jak radzić sobie samodzielnie, zwiększać niezależność oraz wzmacniać poczucie własnej wartości (Ochojska, Radochoński, 1997).

Osoby badane starają się również dostrzegać pozytywne aspekty sytuacji trudnych, nawet gdy obiektywnie one nie istnieją – pacjentki mogą uważać, że dzięki sytuacji choroby zrozumiały, co jest w życiu naprawdę ważne, albo że zmieniły się na lepsze jako osoby (Gwozdecka, 2000). U osób chorych występują też pozytywne emocje, takie jak nadzieja, zapał, podniecenie, wówczas gdy choroba czy jakiś epizod z nią związany spostrzegane są jako wyzwanie (Gałuszka, 2000).

W leczeniu epizodu depresyjnego zastosowanie środków farmaceutycznych jest konieczne, ale niewystarczające. Powinna towarzyszyć mu pomoc psychologiczna, obejmująca leczenie w postaci psychoterapii (Loo, Gallarda, 1999). Szczególne zastosowanie ma terapia poznawcza, rozumiana jako specyficzna relacja pomiędzy pacjentem a terapeutą, zaś jej wynikiem ma być zmiana, korekta stylu poznawczego i myślenia pacjenta, uwolnienie go od negatywnych myśli automatycznych i dysfunkcjonalnych postaw, i dzięki temu uwolnienie chorego od negatywnych przeżyć oraz innych objawów depresji. Depresja może być uleczalna, co zależy w równym stopniu od pacjenta, terapeuty i rodziny (Stach, Zięba, 1992).

6. WNIOSKI

1. Percepcja związków małżeńskich pacjentek chorujących na depresję nie zależy od stopnia nasilenia choroby. Natomiast relacje małżeńskie podlegają zmianom na skutek pojawienia się depresji w rodzinie.

2. Podejmowane strategie radzenia sobie przez chorujące kobiety są związane ze stopniem głębokości depresji – im większe nasilenie choroby, tym bardziej bierne style radzenia sobie występują.

3. W życiu kobiet cierpiących na chorobę afektywną jednobiegunową bardzo ważnym aspektem są pozytywne relacje z bliskimi oraz ofiarowana przez nich pomoc i wsparcie. Pacjentki depresyjne odczuwają silną potrzebę doznawania opieki, uczucia, zainteresowania i akceptacji ze strony rodziny i bliskich, nawet gdy

zamykają się w sobie czy unikają kontaktów społecznych. Wydawać by się mogło, iż do powrotu do zdrowia niezbędna jest im życzliwość drugiego człowieka, jego cicha obecność oraz zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.

BIBLIOGRAFIA

- Bilikiewicz A. (2003). *Psychiatria*. Warszawa: PZWL.
- Brzeziński J. (2007). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: PWN.
- Dunaj-Kozłowska A. (1977). Zastosowanie Testów Niedokończonych Zdań w badaniach osobowości. [W:] J. Stanik (red.), *Wybrane techniki diagnostyczne w psychologii klinicznej* (s. 178–180). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Ferguson G. A., Takane Y. (2007). *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*. Warszawa: PWN.
- Folkman S. (2001). Revised coping theory and process of bereavement. [W:] M. S. Stroebe (red.), *Handbook of bereavement: Consequences, coping, and care* (s. 563–584). Washington: American Psychological Association Press.
- Gałuszka A. (2000). Dynamika poznawczego i emocjonalnego funkcjonowania osób chorych przewlekłe. [W:] Heszen-Niejodek I., *Jak żyć z chorobą* (s. 35–37). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Gwozdecka E. (2000). Poszukiwanie i unikanie informacji jako sposoby radzenia sobie ze stresem. [W:] Heszen-Niejodek I. (red.), *Jak żyć z chorobą* (s. 84–88.). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Hammen C. (2004). *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Heszen I. (2013). *Psychologia stresu*. Warszawa: PWN.
- Heszen I., Sęk H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Kawczyńska-Butrym Z. (1989). Partnerstwo w małżeństwie i rodzinie w sytuacji choroby. *Problemy rodziny*, 4, 3–5.
- Kępiński A. (2001). *Melancholia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kwiecień A., Leśniak T. (1999). Współpraca psychologiczna z rodzinami pacjentów depresyjnych w starszym wieku. *Problemy Rodziny*, 2–3, 6–9.
- Lazarus R. S. (1986). Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne*, 3–4 (40–41), 2–39.
- Loo H., Gallarda T. (1999). *Depresja*. Katowice: Książnica.
- Małkiewicz-Borkowska M., Namysłowska I. (1995). Przewlekła depresja a relacje małżeńskie. *Psychiatria Polska*, 6, 801–807.
- Namysłowska I. (1985). Życie z chorobą. [W:] W. Brodniak (red.), *Społeczne problemy leczenia zaburzeń psychicznych* (s. 27–42). Warszawa: PZWL.
- Ochojska D. (1994). Człowiek chory w rodzinie – procesy zmagania się z sytuacją. *Problemy Rodziny*, 6, 19–22.
- Ochojska D., Radochoński M. (1997). Choroba w rodzinie: style zmagania się z sytuacją trudną. *Problemy Rodziny*, 6, 39–43.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2010). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Difin.
- Papoulos D. F., Papoulos J. (1998). *Przezwyciężyć depresję*. Poznań: Rebis.
- Parnowski T., Jenarczyk W. (1977). Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatria Polska*, 4, 417–421.
- Preston J. (2007). *Pokonać depresję*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Pużyński S. (2009). *Depresje i zaburzenia afektywne*. Warszawa: PZWL.
- Stach R., Zięba A. (1992). *Człowiek, depresja, terapia*. Kraków: Secesja.
- Terelak J. F. (2008). *Człowiek i stres*. Bydgoszcz–Warszawa: Branta.
- Tyra T. L. (1993). *Relacje małżeńskie pacjentów depresyjnych*. Białystok: Filia Uniwersytetu Warszawskiego.
- Tyra T. L. (1999). *Melancholia rodzinna*. Białystok: Trans Humana.
- Woydyłło E. (2012). *Bo jesteś człowiekiem. Życ z depresją, ale nie w depresji*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Zięba A., Jawor M., Dudek D. (1996). Problematyka małżeńska pacjentów depresyjnych. *Psychiatria Polska*, 3, 511–520.
- Zięba A., Jawor M., Dudek D. (1996). Relacje małżeńskie pacjentów depresyjnych. *Psychoterapia*, 3, 47–53.

EWA ROBAKOWSKA

PERCEPTION OF MARRIAGE AND FAMILY RELATIONS AND COPING STRATEGIES IN WOMEN WITH DIFFERENT LEVELS OF DEPRESSION INTENSITY

Abstract. The article concerns women suffering from depression, their marriage and family relations and coping strategies. The aim of the study was to determine if there is a relationship between a degree of depression intensity in women and the perception of their marriage, to show which coping strategies are selected by ill women, and also to establish statistically significant differences between the degree of depression intensity and a level of the determined coping strategies.

The correlation between the degree of depression intensity and the perception of marriage was not statistically significant. However, results of some questionnaires and a survey may suggest that as a result of their depression, for a majority of the study participants there have occurred some changes in contacts with their families. On the basis of the investigations, it can be stated that women suffering from unipolar depression most often use passive coping strategies, such as blaming themselves and assuming responsibility, wishful thinking and fantasizing, looking for social support, and positive re-evaluating. The study has shown that there are statistically significant differences between women with different intensity of depression as for levels of such coping strategies as looking for social support, disclosing no feelings, self-control. It is found that the greater intensity of the disorder, the more passive coping strategies are used.

Positive relations with the loved ones, as well as help and support offered by them, are very important aspects in the lives of women suffering from unipolar depression.

Keywords: depression, marriage, family, coping strategies.