

# Problemy emocjonalne wśród par leczonych z powodu niepłodności

Emotional problems among couples treated for infertility

Marta Makara-Studzińska<sup>1</sup>, Artur Wdowiak<sup>2</sup>, Grzegorz Bakalczuk<sup>2</sup>,  
 Szymon Bakalczuk<sup>3</sup>, Karolina Kryś<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2</sup>Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>3</sup>Ovum Rozrodczość i Andrologia Lublin

## Streszczenie

**Wstęp.** Niepłodność jest chorobą szczególną. Dotyczy zawsze dwojga młodych osób i to w okresie ich największej aktywności życiowej. Brak możliwości realizacji jednego z najważniejszych pragnień każdego człowieka — posiadania potomka — wywiera silny wpływ na stan psychoemocjonalny pary. Chęć posiadania dziecka jest zwykle tak wielka, że często dominuje nad wszystkimi innymi problemami i ambicjami życiowymi.

**Materiał i metody.** Badanie zostało przeprowadzone w latach 2009–2010 w grupie 110 osób leczących się z powodu niepłodności w Lublinie. Jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety z wykorzystaniem Skali Becka. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej posługując się oprogramowaniem komputerowym STATISTICA 8.0 (StatSoft, Polska).

**Wyniki.** Brak objawów depresji stwierdzono u 78,18% ankietowanych, a przyczyna niepłodności w badanych małżeństwach najczęściej pozostawała nieznana (51,82%). W badaniach wykazano, że objawy depresji występowały częściej wśród badanych, którzy mieli problemy z zajściem w ciążę ponad 5 lat. Pary podczas leczenia niepłodności miały problemy emocjonalne (53,64%) i finansowe (49,09%). W 61,82% przypadków respondenci przyznali, że leczenie niepłodności wzmocniło więzi małżeńskie, a pożycie seksualne nie uległo zmianom (69,91%). Objawy depresji występowały wśród badanych, którzy przyznali, że leczenie niepłodności spowodowało, że ich pożycie seksualne stało się mechaniczne.

**Wnioski.** Zaburzenia emocjonalne częściej występują u osób niezadowolonych ze współżycia seksualnego oraz których leczenie niepłodności trwa ponad 5 lat. Objawy depresji występowały częściej wśród badanych, u których leczenie nadało mechaniczny charakter pożyciu seksualnemu.

*Seksuologia Polska 2012; 10 (1): 28–35*

**Słowa kluczowe:** niepłodność, problemy emocjonalne, depresja

## Abstract

**Introduction.** Infertility is a specific disease, which always concerns two young people during their most active life. Inability to realize one of the most important desires of every human being — to have a child — has a strong influence on the psycho-emotional steam. The desire to have children is usually so great that often dominates over all other concerns and ambitions in life.

**Material and methods.** The study was conducted in the years 2009/2010 in the group of 110 people treated for infertility in Lublin. Proprietary research tool was a questionnaire and Beck Depression Inventory. The results were statistically analyzed based on computer software STATISTICA 8.0 (StatSoft, Poland).

**Results.** No symptoms of depression were found in 78.18% of the respondents, and the cause of infertility in most subjects remained unknown (51.82%). Studies have shown that depressive symptoms were more com-

**Adres do korespondencji:** dr hab. n. med. Marta Makara-Studzińska  
 Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie  
 ul. Chodzki 15, 20–093 Lublin  
 tel.: (81) 718–65–92, faks: (81) 718–65–92  
 e-mail: mmakara@go2.pl

mon among respondents who had problems getting pregnant for over 5 years. Couples during infertility treatment had emotional (53.64%) and financial (49.09%) problems. In 61.82% of respondents agreed that infertility treatment strengthened the marital relationship and sexual life has not changed (69.91%).

**Conclusions.** Affective disorders are more common in those dissatisfied with sexual intercourse, and infertility treatment which lasts for over 5 years. Symptoms of depression were among the respondents who admitted that the treatment of infertility has made their sex life mechanical.

*Polish Sexology 2012; 10 (1): 28–35*

**Key words:** infertility, emotional problems, depression

## Wstęp

Według WHO niepłodność definiuje się jako niemożność zajścia w ciążę pomimo rocznego regularnego współżycia seksualnego bez stosowania środków antykoncepcyjnych. Niepłodność jest chorobą szczególną. W odróżnieniu od każdej innej choroby dotyczy zawsze dwojga młodych osób i to w okresie ich największej aktywności życiowej.

Brak możliwości realizacji jednego z najbardziej podstawowych pragnień każdego człowieka — posiadania potomka — wywiera silny wpływ na stan psychoemocjonalny pary, doprowadza do zmian w funkcjonowaniu rodziny, frustracji, poczucia mniejszej wartości społecznej [1]. Posiadanie potomstwa jest najważniejszym celem biologicznym człowieka, warunkującym przetrwanie ludzkiego gatunku. Problem braku potomstwa jest zjawiskiem, które dotyczy około 15% par małżeńskich w Polsce. Brak dziecka może być powodem nieporozumień i konfliktów małżeńskich, również rodzinnych, a także poczucia niższej wartości kobiety lub mężczyzny. Chęć posiadania dziecka jest zwykle tak wielka, że często dominuje nad wszystkimi innymi problemami i ambicjami żywymi [2].

W zależności od przyjmowanej koncepcji różny akcent kładzie się na wpływ czynników psychologicznych w procesie etiopatogenezy zaburzeń płodności.

Koncepcje psychosomatyczne dowodzą istotnej roli czynników psychologicznych w powstawaniu i utrzymywaniu się zaburzeń płodności. Przyjmują, że w wyniku niekorzystnej stymulacji psychicznej zakłóceniom mogą podlegać wszystkie ogniwa długiego łańcucha czynności rozrodczych, poczynając od potrzeb i czynności seksualnych, przez owulację i transport plemników, transport i zagnieżdżenie się jaja płodowego, jego dojrzewanie i rozwój, po samą inicjację i przebieg [3].

Czynniki psychologiczne mogą odgrywać istotną rolę w powstawaniu zjawisk warunkujących niepłodność. Najczęściej wymienia się nadwrażliwość emocjonalną i zaburzenia rozwoju psychoseksualnego. Stany te powodują zaburzenia w życiu seksualnym, jednocześnie przewlekłe napięcie emocjonalne zaburza prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Wpły-

wa to nie tylko na sposób przeżywania przez leczonych swego stanu, ale może odbijać się na przebiegu leczenia, a w niektórych wypadkach może nawet odgrywać istotną rolę w genezie omawianych zaburzeń [4].

Jako podstawowe czynniki w psychogenezie tego typu zaburzeń wymienia się zwykle u obu płci wadliwy rozwój osobowości. Wszystko to powoduje zaburzenia w życiu seksualnym, negatywne nastawienie partnera, a zarazem stany przewlekłego napięcia emocjonalnego, upośledzającego prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Oprócz czynników wynikających z samej sytuacji niepłodności bardzo ważnym obszarem wpływającym na stan psychiczny są czynniki związane z jej leczeniem. Chociaż osoby niepłodne mogą czuć zaangażowanie w ich problem zespołu leczniczego, to pozostają podatne na zranienia związane z emocjami nieodłącznie pojawiającymi się w procesie leczenia niepłodności. Ci, którzy angażują się w leczenie niepłodności, stwierdzają, że ich styl życia radykalnie się zmienia przez liczne dodatkowe obowiązki, bolesne procedury diagnostyczne lub działania chirurgiczne [3].

Znany teoretyczny model Wassera sugeruje, że pary niepłodne zaangażowane w proces diagnostyki i leczenia wykazują wysoki poziom zarówno szeroko pojętego stresu, jak i innych objawów psychopatologicznych, jako skutek niemożności koncepcji. Teorię roli stresu w niepłodności również charakteryzuje się jako model zamkniętego koła: narażenie na stres środowiskowy, zaburzenia płodności, diagnostyka, leczenie, stres sytuacyjny, zaburzenia relacji partnerskich, brak koncepcji, narastanie stresu, pogorszenie wyników diagnostycznych, niepłodność. W badaniach klinicznych podkreśla się, że duże natężenie stresu i lęku u badanych par niepłodnych poddanych technikom rozrodu wspomaganego wykazuje negatywną korelację ze wskaźnikiem sukcesu leczenia [5]. Dla kobiety macierzyństwo jest istotnym elementem roli społecznej, czynnikiem rozwoju i sposobem samorealizacji. W związku z tym niemożność zaspokojenia potrzeb macierzyńskich może wywołać problemy psychologiczne. Z rozpoznaniem niepłodności

wiąże się wiele psychologicznych komponentów. Kobiętom towarzyszy utrata zainteresowania codziennymi zajęciami, depresja, napięte kontakty z rodziną, partnerem, kolegami. Pojawiają się trudności w myśleniu o czymś innym niż niepłodność, wysoki poziom niepokoju, zmniejszona wydolność przy wykonywaniu zadań, trudności z koncentracją [6]. Wśród objawów psychologicznych wymienia się również: zaburzenia snu, zmiany apetytu (wzrost lub obniżenie), nadużywanie leków i alkoholu oraz spadek libido. Pojawiają się myśli o śmierci lub samobójstwie, dochodzi do społecznej izolacji ze stale towarzyszącymi objawami pesymizmu, poczucia winy lub bezwartościowości [7, 8]. Wśród czynników psychologicznych wpływających na powstawanie zaburzeń płodności wymienia się: cechy osobowości, stany emocjonalne, konflikty wewnętrzne dotyczące rodzicielstwa i oczekiwań związanych z przyszłością, relacje małżeńskie, zaburzenia seksualne i psychoseksualne, wstrząsy psychiczne, nerwice [3]. Problem leczenia niepłodności jest także czynnikiem budzącym dużo kontrowersji wśród osób poddanych terapii. Nowoczesne technologie wywołują wśród leczonych par dylematy moralne, często na podłożu religijnym [3, 9–11]. Ma to niewątpliwie wpływ na stan emocjonalny pacjentów.

## Material i metody

Badanie zostało przeprowadzone w grupie 110 osób leczących się z powodu niepłodności. Odbyło się ono na terenie Lublina od listopada 2009 roku do marca 2010 roku. Respondenci to głównie osoby będące pacjentami przychodni OVUM (ul. Staszica) i OVEA (ul. Szczerbowskię) w Lublinie. Przed przystąpieniem do badania zgłoszono jego projekt do Komisji Bioetycznej i uzyskano jego pozytywną ocenę. Respondentów informowano o poufności badania i jego całkowitej anonimowości, do celów naukowych. Jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety oraz Skalę Depresji Becka (BDI, *Beck Depression Inventory*), pochodzącą z 1961 roku.

Skala depresji Becka składa się z 21 pytań i jest używana w badaniach klinicznych stanów depresyjnych oraz do oceny leków przeciwdepresyjnych. Wypełnia ją badany samodzielnie, dokonując wyboru jednego z czterech zdań twierdzących, opisujących samopoczucie [12, 13].

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów scharakteryzowano przy użyciu liczności i odsetka lub wartości średniej, mediany i odchylenia standardo-

wego. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano za pomocą testu W Shapiro-Wilka. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności  $\chi^2$ . Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności  $\chi^2$ . Dla zmiennych ciągłych do oceny różnic między dwiema grupami zastosowano test U Manna-Whitneya, natomiast dla wielu grup Kruskala-Wallis. Przyjęto 5-procentowy błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności  $p < 0,05$  wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic. Badania statystyczne przeprowadzono posługując się oprogramowaniem komputerowym STATISTICA 8.0 (StatSoft, Polska).

## Wyniki

Badaniami objęto 110 osób, w tym 86,36% ( $n = 95$ ) stanowiły kobiety i 13,64% ( $n = 15$ ) mężczyźni. Ankietowani w większości byli w wieku 25–30 lat ( $n = 40$ ; 36,36%) i 30–35 lat ( $n = 32$ ; 29,09%). Wynika z tego, iż najlicniejszą grupę stanowili ankietowani w wieku 25–30 lat, pochodzący z miasta (68,18%), natomiast co trzeci (31,82%) ankietowany pochodził ze wsi. Ankietowani w większości mieli dobre warunki socjalno-bytowe (70,91%), natomiast 27,27% badanych miało bardzo dobre i tylko 1,82% złe. Biorąc pod uwagę poziom wykształcenia, blisko połowa (40,90%) ankietowanych miała wykształcenie wyższe, zaś 11,82% wyższe licencjackie, 40,00% średnie, 4,55% zawodowe, a tylko 2,73% podstawowe.

## Występowanie objawów depresji w badanej grupie na podstawie Skali Becka

Średni poziom depresji w badanej grupie wyniósł  $7,97 \pm 7,66$  pkt (zakres 0–48). Brak objawów depresji (0–11 pkt) stwierdzono u 78,18% ( $n = 86$ ) ankietowanych, natomiast 20,91% ( $n = 23$ ) badanych miało lekkie objawy depresji i 0,91% ( $n = 1$ ) umiarkowane. Z przeprowadzonych badań wynika, że objawy depresji częściej występowały wśród kobiet (24,21%) niż u mężczyzn (6,67%). Stwierdzone różnice nie były jednak istotne statystycznie ( $p = 0,23$ ). Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnego związku między występowaniem objawów depresji a wiekiem ( $p = 0,72$ ). Stwierdzono jednak, że objawy depresji częściej występowały w grupie do 30 lat (23,21%) niż u ankietowanych w wieku powyżej 30 lat (20,37%). Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli 2. Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała również istotnego związku między występowaniem

**Tabela 1.** Występowanie objawów depresji z uwzględnieniem płci

Płeć	Brak objawów n %	Lekka depresja n %	Razem n %
Kobiety	72 75,79%	23 24,21%	95 100,00%
Mężczyźni	14 93,33%	1 6,67%	15 100,00%
Razem	86 78,18%	24 21,82%	110 100,00%

Chi<sup>2</sup> = 1,42; p = 0,23**Tabela 2.** Występowanie objawów depresji z uwzględnieniem wieku

Wiek	Brak objawów n %	Lekka depresja n %	Razem n %
20–30 lat	43 76,79%	13 23,21%	56 100,00%
Powyżej 30 lat	43 79,63%	11 20,37%	54 100,00%
Razem	86 78,18%	24 21,82%	110 100,00%

Chi<sup>2</sup> = 0,13; p = 0,72**Tabela 3.** Występowanie objawów depresji z uwzględnieniem wykształcenia

Wykształcenie	Brak objawów n %	Lekka depresja n %	Razem n %
Podstawowe/zawodowe	8 100,00%	0 0,00%	8 100,00%
Średnie	33 75,00%	11 25,00%	44 100,00%
Wyższe	45 77,59%	13 22,41%	58 100,00%
Razem	86 78,18%	24 21,82%	110 100,00%

Chi<sup>2</sup> = 2,51; p = 0,29

objawów depresji a poziomem wykształcenia (p = 0,29). Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Badania wykazały, że badani, którzy mieli dobre warunki socjalno-bytowe częściej mieli lekkie objawy depresji (25,64%) w porównaniu z badanymi z bardzo dobrymi warunkami (13,33%). Stwierdzone różnice nie były jednak istotne statystycznie (p = 0,29). Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli 4.

Z badań wynika, że najczęściej ankietowani twierdzili, że przyczyna niepłodności w ich małżeństwie jest nieznaną (n = 57; 51,82%), natomiast 24,55% (n = 27) ankietowanych przyznało, że jest to czynnik żeński, 10,91% (n = 12), że czynnik męski i 12,73% (n = 14), że czynnik męski i żeński.

Najczęściej ankietowani mieli problemy z zajściem w ciążę w czasie 2–5 lat (n = 63; 57,27%), natomiast 26,36% (n = 29) badanych miało ten problem od roku, 9,09%, (n = 10) od 6 do 10 lat i 7,28% (n = 8) ponad 10 lat. W badaniach wykazano, że objawy depresji występowały częściej wśród badanych, którzy mieli problemy z zajściem w ciążę ponad 5 lat (27,78%) w porównaniu z badanymi, którzy leczyli się 2–5 lat (22,22%) i przez rok (17,24%). Analiza statystyczna nie wykazała istotnego związku między czasem trwania problemów z zajściem w ciążę a występowaniem depresji.

Badania wykazały, że ankietowani podczas leczenia niepłodności mieli problemy emocjonalne

**Tabela 4.** Występowanie objawów depresji z uwzględnieniem warunków socjalno-bytowych

Warunki socjalno-bytowe	Brak objawów n %	Lekka depresja n %	Razem n %
<b>Bardzo dobre</b>	26 86,67%	4 13,33%	30 100,00%
<b>Dobre</b>	58 74,36%	20 25,64%	78 100,00%
<b>Złe</b>	2 100,00%	0 0,00%	2 100,00%
<b>Razem</b>	86 78,18%	24 21,82%	110 100,00%

Chi<sup>2</sup> = 2,49; p = 0,29**Tabela 5.** Występowanie depresji z uwzględnieniem opinii, czy ze względu na leczenie niepłodności istnieje obawa o trwałość związku

Obawa o trwałość związku	Brak objawów n %	Lekka depresja n %	Razem n %
<b>Tak/raczej tak</b>	14 56,00%	11 44,00%	25 100,00%
<b>Raczej nie</b>	40 83,33%	8 16,67%	48 100,00%
<b>Zdecydowanie nie</b>	32 86,49%	5 13,51%	37 100,00%
<b>Razem</b>	86 78,18%	24 21,82%	110 100,00%

Chi<sup>2</sup> = 9,45; p = 0,009\*

(53,64%) i finansowe (49,09%), natomiast rzadko rodzinne (4,55%), wyznaniowe (5,45%) i inne (0,91%).

Respondenci w 61,82% (n = 68) przyznali, że leczenie niepłodności wzmocniło więzi małżeńskie, natomiast 35,45% (n = 39) badanych przyznało, że raczej nie i 2,73% (n = 3), że zdecydowanie więzi nie zostały wzmocnione.

Badania wykazały, że objawy depresji częściej występowały wśród badanych, którzy przyznali, że leczenie niepłodności nie wzmocniło więzi małżeńskich (28,57%) w porównaniu z ankietowanymi, którzy odczuwali zdecydowanie wzmocnioną więź z partnerem (17,65%). Stwierdzone różnice nie były jednak istotne statystycznie (p = 0,18).

W większości ankietowani uważali, że raczej nie obawiają się o trwałość swojego związku ze względu na niepłodność (n = 48; 43,64%), zaś 33,64% (n = 37) badanych stwierdziło, że zdecydowanie nie, natomiast 20,00% (n = 22) ankietowanych miało raczej obawy i 2,73% (n = 3) zdecydowanie się obawiało trwałości związku.

Wyniki badań wykazują na istotny związek między występowaniem objawów depresji a opinią, czy

leczenie niepłodności ma wpływ na obawę o trwałość związku (p = 0,009). Stwierdzono, że depresja występowała częściej wśród ankietowanych, którzy mieli takie obawy (44,00%) niż w grupie, która raczej nie miała obaw (16,67%) i zdecydowanie ich nie odczuwała (13,51%). Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli 5.

Ankietowani w 78,18% (n = 86) byli w związku małżeńskim kościelnym, natomiast 12,73% (n = 14) w małżeństwie cywilnym i 9,09% (n = 10) w konkubinacie. Ankietowani, którzy byli w kolejnym związku (n = 16) przyznali w 18,75% (n = 3), że posiadają dzieci z poprzednich związków, natomiast 81,25% (n = 13) badanych przyznało, że nie.

Z przeprowadzonych badań wynika, że ankietowani w większości przyznali, iż z powodu leczenia niepłodności ich życie seksualne nie uległo zmianom (n = 67; 69,91%), natomiast 18,18% (n = 20) badanych przyznało, że polepszyło się, 10,00% (n = 11), że stało się mechaniczne i 10,91% (n = 12), że pogorszyło się.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono istotny związek między występowaniem

**Tabela 6.** Występowanie depresji z uwzględnieniem oceny wpływu leczenia niepłodności na życie seksualne

Pożycie seksualne	Brak objawów n %	Lekka depresja n %	Razem n %
<b>Pogorszyło się</b>	8 66,67%	4 33,33%	12 100,00%
<b>Polepszyło się</b>	15 75,00%	5 25,00%	20 100,00%
<b>Nie uległo zmianom</b>	60 89,55%	7 10,45%	67 100,00%
<b>Stało się mechaniczne</b>	3 27,27%	8 72,73%	11 100,00%
<b>Razem</b>	86 78,18%	24 21,82%	110 100,00%

Chi<sup>2</sup> = 22,84; p = 0,00004\*

depresji a oceną wpływu leczenia niepłodności na życie seksualne ( $p = 0,00004$ ). Najczęściej objawy depresji występowały wśród badanych, którzy przyznali, że leczenie niepłodności spowodowało, że ich życie seksualne stało się mechaniczne (72,73%) w porównaniu z badanymi, którzy przyznali, że ich życie się nie zmieniło (10,45%), polepszyło się (25,00%) i pogorszyło się (33,33%), co przedstawiono w tabeli 6.

W badaniach wykazano, że 37,27% ( $n = 41$ ) ankietowanych stwierdziło, że leczenie niepłodności nie wpłynęło na pogorszenie kontaktów emocjonalnych w związku, natomiast 8,18% ( $n = 9$ ) ankietowanych przyznało, że nieznacznie się pogorszyły, 3,64% ( $n = 4$ ), że pogorszyły się, zaś u 21,82% ( $n = 24$ ) badanych kontakty emocjonalne poprawiły się, a 29,09% ( $n = 32$ ) badanych nie miało zdania w tej kwestii.

## Dyskusja

Literatura przedmiotu problemu niepłodności jest bardzo obszerna. Można znaleźć wiele informacji zarówno na temat samego problemu niepłodności, jak i jego aspektów społecznych [14].

Oprócz czynników wynikających z samej sytuacji niepłodności bardzo ważnym obszarem wpływającym na stan psychiczny są czynniki związane z jej leczeniem. Choć osoby niepłodne mogą czuć zaangażowanie w ich problem zespołu leczniczego, to pozostają podatne na zranienia związane z emocjami nieodłącznie pojawiającymi się w procesie leczenia niepłodności. Pacjenci uczestniczący w zapłodnieniu pozaustrojowym cierpią z powodu występowania myśli samobójczych, zaburzeń relacji partnerskich. Dane z piśmiennictwa — *Reproductive Medicine Unit* — wskazują, że 79% niepłodnych par akceptuje i korzysta z dostępnych form pomocy psy-

chosocjalnej, z czego u 86% następuje redukcja zaburzeń emocjonalnych [11]. Wyniki badań autorów niniejszej pracy potwierdzają potrzebę korzystania z pomocy psychologicznej wśród par starających się o potomstwo. Jak wynika z piśmiennictwa, pomoc psychologiczna oferowana jest przede wszystkim w związku ze stosowaniem określonej metody leczenia niepłodności, a więc na dalszym etapie procesu zmagania się z bezdzietnością. Tymczasem emocjonalne następstwa niepłodności dają o sobie znać znacznie wcześniej i wskazane jest, by niepłodne pary mogły korzystać z pomocy psychologicznej już od momentu podejrzenia niepłodności, co mogłoby pozytywnie wpłynąć na ich postawy wobec leczenia i jego następstw. Uwzględniając zebrane informacje, wynika, że niepłodni pacjenci poszukują wsparcia emocjonalnego przede wszystkim u swoich lekarzy, a takie rozwiązanie wydaje się w pełni uzasadnione. Odrzucanie udziału psychologa nie jest równoznaczne bowiem z negowaniem znaczenia psychologicznych aspektów leczenia niepłodności. Funkcje doradcy–psychoterapeuty pełni w tym przypadku lekarz prowadzący. Dla wielu par, a zwłaszcza silniej dla kobiet niż mężczyzn, niepłodność okazuje się jednoznacznym kryzysem i klęską życiową [15]. Nasilenie objawów psychopatologicznych — lękowych i depresyjnych — porównuje się do choroby nowotworowej, niedokrwiennej serca czy nadciśnienia tętniczego.

Wyniki niektórych badań wskazują jednak na polepszenie relacji małżeńskich wraz z czasem trwania niepłodności. Według Drosdzol wszelkie problemy związane z procesem diagnostyczno-terapeutycznym, walka i dążenie do wspólnego celu, oczekiwanie na ciążę, nadzieja i wiara powodują zwiększenie zaufania, bezpieczeństwa, bliskości i intymności emocjonalnej par niepłodnych [16]. Przeprowadzone badanie

potwierdza te zależności. Biorąc pod uwagę wyniki dotychczasowych badań, można wysnuć wnioski, że to co łączy kobiety leczone z powodu niepłodności, to chęć stworzenia pełnej i szczęśliwej rodziny. Istnieją przesłanki, że pokonanie różnorodnych barier psychologicznych może znacząco usprawnić cały proces leczenia par niepłodnych. Kolejny problem to podejmowanie współżycia pozbawionego zaangażowania emocjonalnego, a mającego na celu wyłącznie zapłodnienie, jak i istniejący konflikt w naturze pragnień macierzyństwa. Przyczynami tego konfliktu według Podolskiej mogą być na przykład: obawa przed urodzeniem dziecka niepełnosprawnego, ukryte wyrzuty sumienia z powodu stosowania antykoncepcji lub wcześniejszych aborcji, lęk przed zmianą sylwetki, nadwagą, obawa utraty uczuć męża czy przewidywanie mogących wystąpić problemów w pracy i utrudnień w karierze zawodowej [17]. Współżycie seksualne staje się dla obojga partnerów rutynowym obowiązkiem, wywołując w ten sposób wzrost napięcia i niepokoju prowadzący wtórnie do powstawania zakłóceń współżycia seksualnego. Z przeglądu literatury wynika również fakt, że niepłodność wpływa u kobiet na poczucie kobiecości, która jest widziana jako niepełnowartościowa. Macierzyństwo staje się ideałem postrzeganym wręcz jako gwarancja udanego życia małżeńskiego. Na podstawie danych z piśmiennictwa obserwuje się, że stres związany z całościową problematyką niepłodności powoduje powstawanie i narastanie konfliktów partnerskich. Wielokrotnie małżonkowie czują się nierozumiani i nieakceptowani przez środowisko. Współżycie seksualne bywa często pozbawione zaangażowania uczuciowego i spontanicznego, ograniczone głównie do okresu płodnego, gdyż jedynym jego celem staje się poczęcie dziecka.

Proces leczniczy niepłodnej pary może powodować dylematy moralne i religijne związane z wyborem metody leczenia. Decyzje te są szczególnie trudne dla kobiet wyznania katolickiego. Ponieważ niektóre metody leczenia nie są akceptowane przez kościół katolicki, u wielu kobiet i ich małżonków pojawia się konflikt sumienia, co opisuje Podolska [17, 18].

Z obserwacji prowadzonych wśród małżeństw dotkniętych niechcianą bezdzietnością wynika, że przeżywają one zdecydowanie więcej konfliktów i niepokojów w porównaniu z tymi, którzy mają dzieci. Ich podłożem jest napięcie emocjonalne związane z oczekiwaniem dziecka, a także długotrwałe działanie tak silnego stresora, jakim jest proces ustalania i usuwania przyczyn niepłodności. Terapia zmienia dotychczasowe życie małżeństwa [19]. Jak podaje Łuczak-Wawrzyniak, częstość wizyt u lekarza i pobytów w szpitalu powoduje, że następuje zjawisko nad-

miernej koncentracji na jednym problemie, którym jest bezdzietność. Długotrwałe, codzienne ingerencje lekarskie wpływają w istotny sposób na jakość życia, jak i emocjonalny, społeczny, fizyczny, zawodowy, intelektualny oraz duchowy dobrostan par niepłodnych. Pacjenci całkowicie poświęcają się procedurom terapeutycznym, narażając się na utratę pozycji zawodowej, finansowej i społecznej [20].

Każda godzina, dzień, miesiąc z jednej strony przebiega w atmosferze nadziei na poczęcie potomka, a z drugiej — w rozpacz, desperacji w momencie pojawienia się kolejnego krwawienia miesięczkowego [7]. Według Droszól taki niekończący się labirynt prowadzi do nieustających oczekiwań, wiary, marzeń, naprzemiennie wkraczających w negatywne emocje: lęk, złość, gniew, zazdrość, zaburzenia nastroju, poníženie, bezsilność, wstyd i poczucie winy. Podobny obraz pary leczonej z powodu niepłodności rysuje się na podstawie badań autorów niniejszej pracy. Rodzi to potrzebę rozszerzenia tego typu badań wśród par niepłodnych, gdyż problemy emocjonalne z jednej strony są przyczyną, ale również następstwem bezdzietności.

## Wnioski

1. Zaburzenia emocjonalne częściej występują u osób niezadowolonych ze współżycia seksualnego, których leczenie niepłodności trwa ponad 5 lat. Dodatkowo, osoby te mają problemy finansowe.
2. Objawy depresji występowały częściej wśród badanych, u których leczenie nadało mechaniczny charakter pożyciu seksualnemu.
3. Istnieje pilna potrzeba otoczenia kompleksową opieką psychologiczną par bezdzietnych w wyniku niepłodności.
4. Należy zwrócić uwagę na zjawisko niepłodności wśród mężczyzn i przeprowadzić stosowne badania w zakresie wpływu niepłodności mężczyzn na stan psychofizyczno-społeczny.

## Piśmiennictwo

1. Newson L., Postmen T., Lea S.E.G., Webley P., Richerson P. J., Mcelreath R. Influences on communication about reproduction: the cultural evolution of low fertility. *Evolution and Human Behavior* 2007; 28: 199–210.
2. Jakiel G. Płodność kobiety i mężczyzny w różnych sytuacjach zdrowotnych i życiowych, zapłodnienie — współżycie seksualne. W: Stadnicka G. Opieka przedkonceptyjna. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2009; 44.
3. Szamatowicz M. Etyczne, społeczne i psychiczne aspekty niepłodności. W: Kuczyński W. (red.). *Biologia rozrodu oraz zdrowie reprodukcyjne człowieka*. Wyd. Lek. PZWL, Białystok 2004.
4. Wdowiak A. Problemy psychologiczne w niepłodności. W: Makara-Studzińska M., Iwanowicz-Palus G. (red.). *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2009; 5.
5. Makara-Studzińska M., Wdowiak A. Diada małżeńska a niepłodność. W: Makara-Studzińska M., Iwanowicz-Palus G. (red.). *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2009.

6. Jędrzejczak P., Sokalska A. Niepłodność żeńska. W: Słomko Z: Ginekologia. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2008.
7. Łuczak-Wawrzyniak J., Pisarski T. Psychologiczne aspekty w leczeniu niepłodności. W: Pisarski T., Szamatowicz M. (red.). Niepłodność. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1997.
8. Makara-Studzińska M., Wdowiak A. Psychologiczna sytuacja kobiety niepłodnej. W: Makara-Studzińska M., Iwanowicz-Palus G. (red.). Psychologia w położnictwie i ginekologii. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2009.
9. Filipowicz A. Biopsychiczne dylematy stosowania technik „in vitro”. W: Grosfelt J. Chrześcijaństwo, świat, polityka. Zeszyty społecznej myśli Kościoła 2009; 8: 1.
10. Mazurczak T. Medyczne i genetyczne aspekty zapłodnienia „in vitro”. W: Chrześcijaństwo, świat, polityka. Zeszyty społecznej myśli Kościoła 2009; 8: 1.
11. The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Child-rearing ability and the provision of fertility services. *Fertility and Sterility* 2004; 82 (supl. 1).
12. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 1961; 4: 561–571.
13. Pużyński S., Wciórka J. Diagnostyka psychiatryczna. W: Bilikiewicz A. (red.). *Psychiatria. Urban i Partner, Wrocław* 2002; 453–526.
14. Newson L., Postmen T., Lea S.E.G., Webley P., Richerson P.J., Mcelreath R. Influences on communication about reproduction: the cultural evolution of low fertility. *Evolution and Human Behavior* 2007; 28: 199–210.
15. Panagopoulou E., Montgomery A., Tarlatzis B. Experimental emotional disclosure in women undergoing infertility treatment: Are drop outs better off? *Social Science & Medicine* 2009; 69: 678–681.
16. Drosdzol A., Skrzypulec V., Buchacz P., Bakon J. Psychologiczne i społeczno-kulturowe aspekty niepłodności. W: *Annales Academiae Medicae Silesiensis* 2006; 60: 438–443.
17. Podolska M. Niepłodność jako problem psychologiczny. W: *Pielęgniarstwo Polskie* 2007; 2–3: 88–91.
18. Mazurczak T. Medyczne i genetyczne aspekty zapłodnienia „in vitro”. W: Chrześcijaństwo, świat, polityka. Zeszyty społecznej myśli Kościoła 2009; 8: 1.
19. Anderson K.M., Sharpe M., Rattray A. Irvine D.S. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research* 2003; 54: 353–355.
20. Pook M., Krause W., Drescher S. Distress of infertile males after fertility workup. A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53: 1147–1152.