

# Wspieramy płodność

Raport Koalicji na rzecz  
Kompleksowej Terapii Niepłodności

Warszawa, czerwiec 2015

Patronat Honorowy



Minister Pracy  
i Polityki Społecznej  
WEADYSEAW KOSINIAR-KAMYSZ  
PATRONAT HONOROWY

Partnerzy



FertiMedica  
Centrum Płodności



5	<b>O raporcie</b>
7	<b>O autorach</b>
9	<b>Wstęp</b> <i>Prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta</i> <i>Katedra Zdrowia Kobiety</i> <i>Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach</i>
11	Rozdział 1 <b>Prognozy demograficzne, polityka zdrowotna i ludnościowa w Polsce w aspekcie niepłodności</b>
15	Rozdział 2 <b>Psychologiczne aspekty diagnostyki i leczenia niepłodności</b> <i>Prof. zw. dr hab. Marian Szamatowicz</i> <i>Instytut Medyczny PWSliP w Łomży</i> <i>Klinika Rozrodczości i Endokrynologii Ginekologicznej</i> <i>UM w Białymstoku</i>
19	Rozdział 3 <b>Stres jako jedna z przyczyn niepłodności</b> <i>Prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta</i> <i>Katedra Zdrowia Kobiety</i> <i>Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach</i>
27	Rozdział 4 <b>O roli psychologii w procesie leczenia niepłodności</b> <i>Mgr Tatiana Ostaszewska-Mosak</i> <i>Polskie Stowarzyszenie Psychologów Niepłodności</i>
35	Rozdział 5 <b>Psychologiczne potrzeby pacjentów</b> <i>Mgr Anna Krawczak</i> <i>Przewodnicząca Stowarzyszenia Nasz Bocian</i>
45	Rozdział 6 <b>Holistyczny model opieki nad niepłodną parą</b> <i>Dr n. med. Ewa Goncikowska</i> <i>FertiMedica Centrum Płodności</i>
53	Rozdział 7 <b>Wnioski i rekomendacje</b>

## O raporcie

Polska stoi przed ryzykiem wyludnienia w następnych kilku dekadach. Według prognoz demograficznych GUS w końcu 2050 r. populacja Polski osiągnie 34 mln osób, co w porównaniu do 2013 r. oznacza zmniejszenie liczby ludności o 4,55 miliona tj. o 12% [1].

Pomimo, że Polacy żyją dłużej w lepszym zdrowiu, główną przyczyną zmniejszenia się populacji jest spadek liczby urodzin. W 2013 r. urodziło się 370 tys. dzieci, w 2035 r. urodzi się ok. 270 tys., a w 2050 r. ok. 255 tys. dzieci. Dla przypomnienia, w roku 1983 r., który był szczytowym rokiem ostatniego wyżu demograficznego urodziło się ok. 723 tys. dzieci. W wyniku tego przewiduje się, że liczba dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat zmniejszy się w 2035 r. o ponad 1,8 mln osób (udział dzieci i młodzieży w populacji ogółem wyniesie tylko 16,7%) [2].

Z danych Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego wynika, że obecnie problem niepłodności dotyka co roku ok. 1,5 miliona polskich par. Biorąc pod uwagę zachodzące zmiany demograficzne, należy założyć, że zjawisko to będzie nasilało się, wpływając tym samym negatywnie na współczynnik dzietności.

Utrzymywanie się niekorzystnych zjawisk demograficznych, a zwłaszcza bardzo niskiego poziomu płodności sprawia, że polityka prorodzinna, w tym walka z wykluczeniem społecznym, wynikającym z choroby jaką jest niepłodność, powinny stanowić jedne z głównych tematów debaty społecznej w nadchodzących latach.

Wykluczenie społeczne i nierówność w dostępie do zdrowia, jakim jest kompleksowa opieka (medyczna, psychologiczna i socjalna) nad niepłodnymi parami manifestuje się przede wszystkim podziałem na biednych i bogatych, na mieszkających w małych miejscowościach i w miastach, gdzie są prężne ośrodki terapeutyczne, na pary mające świadomość i wiedzę, gdzie udać się po pomoc oraz te, do których informacja o szansach na posiadanie dziecka jeszcze nie dotarła.

Celem niniejszego raportu, opracowanego przez KOALICJĘ NA RZECZ KOMPLEKSOWEJ TERAPII NIEPŁODNOŚCI, jest zwrócenie uwagi opinii publicznej na konieczność zapewnienia niepłodnym parom równego dostępu do kompleksowej opieki i wsparcia w zakresie terapii niepłodności. Pomoc w tej dziedzinie jest konstytucyjnym i moralnym obowiązkiem Państwa. Niepłodność jest bowiem nie tylko chorobą w wymiarze medycznym i psychicznym, ale przede wszystkim problemem społecznym wymagającym

kompleksowego rozwiązania, jako jeden z priorytetów narodowych. Tylko w ten sposób będziemy w stanie dać nadzieję Polakom na szczęśliwe rodzicielstwo, a polskiemu społeczeństwu nowych obywateli i szansę na przetrwanie.

Raport nie przedstawia gotowych rozwiązań. Te powinny być wypracowane na bazie ogólnonarodowej dyskusji wszystkich zainteresowanych stron. Raport pokazuje jedynie kierunki racjonalnych zmian, zaprezentowane przez głównych interesariuszy społecznych – przyszłych rodziców, lekarzy, psychologów i organizacje pozarządowe. Proponowane wnioski i rekomendacje są przyczynkiem do konstruktywnej dyskusji, której wynikiem powinno być wypracowanie i wdrożenie konkretnych rozwiązań – w tym przede wszystkim dostępu w Polsce do kompleksowej opieki wszystkich niepłodnych par wyczekujących na urodzenie dziecka .

---

#### Piśmiennictwo

1. *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, GUS, Warszawa 2014 r.
2. *Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035*, GUS, Warszawa 2008 r.

## O autorach

### Prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta

Specjalista ginekolog-położnik, endokrynolog, seksuolog. Kierownik Katedry Zdrowia Kobiety Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu ŚUM w Katowicach. Przewodnicząca Sekcji Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Przewodnicząca Rady Programowej Fundacji MSD dla Zdrowia Kobiet.

### Prof. zw. dr hab. Marian Szamatowicz

Polski ginekolog-położnik, profesor nauk medycznych. W 1987 roku wraz z zespołem dokonał pierwszego w Polsce udanego zapłodnienia metodą in vitro. Były kierownik Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Aktywny członek Komitetu Bioetyki Polskiej Akademii Nauk.

### Dr n. med. Ewa Goncikowska

Lekarz, biolog, specjalista w zakresie ginekologii i położnictwa; zajmuje się problematyką niepłodności. Członkini Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu oraz Europejskiego Towarzystwa Embriologii i Rozrodu Człowieka (ESHRE). Od kwietnia 2012 roku związana z FertiMedica Centrum Płodności.

### Tatiana Ostaszewska-Mosak

Założycielka Polskiego Stowarzyszenia Psychologów Niepłodności. Jest psychologiem klinicznym zdrowia. Jej zainteresowania badawcze dotyczą w szczególności zjawiska stresu i jego wpływu na funkcjonowanie człowieka. Od dziesięciu lat związana z problematyką niepłodności i wspierania jej leczenia. Współpracuje m.in. z FertiMedica Centrum Płodności.

### Anna Krawczak

Przewodnicząca Zarządu Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji Nasz Bocian. Działaczka społeczna, członkini Europejskiego Towarzystwa Embriologii i Rozrodu Człowieka (ESHRE), członkini Fertility Europe.

## Wstęp

*Prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta  
Katedra Zdrowia Kobiety  
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach*

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określa niepłodność jako chorobę społeczną. Według szacunkowych statystyk światowych problem niepłodności dotyczy 10–18% populacji na świecie. Odpowiadało to w 2010 r. liczbie ok. 48.5 milionów par, które nie mogły mieć dzieci w okresie pięciu lat [1].

Przyczyny niepłodności są wieloczynnikowe i dotyczą zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Spowodowane mogą być zaburzeniami hormonalnymi, nieprawidłowościami w budowie anatomicznej, chorobami ogólnoustrojowymi oraz cywilizacyjnymi, czyli narażeniem na wysoki poziom stresu w życiu codziennym, nieodpowiednią dietą i niezdrowym stylem życia.

Okres transformacji ustrojowej to dla Polski czas zmian, zarówno w wymiarze gospodarczym, jak i społecznym. Rozwój cywilizacyjny przyczynił się do ogólnego wzrostu dobrobytu, pociągając za sobą również istotne przemiany w strukturze demograficznej kraju. Podobnie jak rozwinięte kraje Europy, Polska wkroczyła w okres tak zwanego drugiego przejścia demograficznego. Wraz z wydłużeniem średniego czasu życia obywateli, nastąpił spadek liczby urodzeń i małżeństw, przy jednoczesnym przesunięciu średniego wieku rodzenia i tworzenia związków w kierunku starszych roczników. Następstwem nowego porządku demograficznego jest zachwianie proporcji między generacjami (szybkie starzenie się polskiego społeczeństwa) oraz systematyczny spadek liczby ludności. Zgodnie z prognozą GUS w 2050 r. ludność Polski osiągnie liczbę 33 951 000, co stanowi 88,2% stanu z 2013 r. [2]

Od początku lat 90-tych w Polsce rośnie średni wiek rodzenia dziecka. W 1990 r. wynosił on 26,2 lat, podczas gdy w 2013 r. już 29 lat. Systematycznie rośnie również natężenie urodzeń w grupie wiekowej 30–34 lata. Przyczyna takiego stanu rzeczy tkwi często w konieczności dążenia do kariery zawodowej, rozwoju osobistego, chęci zapewnienia sobie subiektywnie odpowiedniego statusu materialnego. Prowadzi to często do tego, iż posiadanie dziecka odkładane jest w czasie. Osiągnięcie pewnego, stabilnego statusu społecznego, pozycji zawodowej skłania partnerów do podjęcia prób posiadania potomstwa. Zjawisko to jest niekorzystne z punktu widzenia możliwości prokreacyjnych. Wraz z wiekiem u kobiety zaczynają pojawiać się zaburzenia hormonalne, zmniejsza się jakość i ilość komórek jajowych oraz czynność jajników.

## Prognozy demograficzne, polityka zdrowotna i ludnościowa w Polsce w aspekcie niepłodności

Zjawisko spadku możliwości rozrodczych wraz z wiekiem dotyczy również mężczyzn. Objawia się to m.in. wzrostem ryzyka wystąpienia niepłodności oraz niepowodzeń metod rozrodu wspomaganego, zwłaszcza w sytuacji, gdy wiek partnera koreluje ze starszym wiekiem partnerki (powyżej 35 roku życia).

Z danych Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego wynika, że obecnie problem niepłodności dotyka co roku ok. 1,5 miliona polskich par. Biorąc pod uwagę zachodzące zmiany demograficzne, należy założyć, że zjawisko to będzie nasilało się, wpływając tym samym negatywnie na współczynnik dzietności.

Wyższy stopień świadomości społecznej dotyczącej zdrowia i możliwości leczenia wiąże się z wcześniejszym poszukiwaniem pomocy specjalistycznej przez pary małżeńskie.

Sytuacja pacjentów leczących się z powodu niepłodności jest złożona i trudna. Opieka *stricte* medyczna jest jednym z wielu elementów wpływających na decyzję dotyczącą podjęcia lub nie konkretnego leczenia. Para przekraczająca próg kliniki leczenia niepłodności ma już za sobą ważny krok – zaakceptowanie faktu, że problem istnieje i decyzję o zwróceniu się po profesjonalną pomoc. Tym samym jednak do stresu związanego z faktem niepłodności dochodzi niepokój o to, jak będzie przebiegał proces diagnostyki i ewentualnego leczenia. Zarówno rozpoznanie niepłodności, jak i jej terapia mają znaczący, często negatywny wpływ na jakość życia pacjentów.

Bezdzielnosc, jako następstwo niepłodności, ma bardzo głęboki aspekt psychogeny. Stres, frustracja, rozpad układu partnerskiego, brak poczucia więzi rodzinnej, utrata aktywnego życia zawodowego, niepokój, stany depresyjne – są to najczęściej postrzegane konsekwencje bezdzietności. Po rozpoznaniu niepłodności stres związany z tą chorobą jest porównywany do stresu po rozpoznaniu zawału mięśnia sercowego czy też choroby nowotworowej. Niepłodne pary żyją z uczuciem osamotnienia, wstydzą się dzielić własnymi problemami z innymi, pojawia się pojęcie „niepełnej wartościowości” (ang. *being less of a man, less of a woman*). Życie seksualne niepłodnych par nierzadko traci swą spontaniczność, stając się narzędziem służącym do osiągnięcia celu, jakim jest długo wyczekiwana prokreacja.

W dążeniu do przywrócenia zdrowia prokreacyjnego wydaje się więc wskazane połączenie wysiłków i zdobyczy różnych dziedzin nauki, głównie medycyny i psychologii, co może przyczynić się do zminimalizowania negatywnych kosztów (zarówno ekonomicznych, jak i emocjonalnych) diagnostyki i leczenia niepłodności.

### Piśmiennictwo

1. Mascarenhas M.N., Flaxman S.R., Boerma T., Vanderpoel S., Stevens G.A., *National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys*. PLoS Med 9(12)/2012: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356>
2. *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, GUS, Warszawa 2014 r.

Najnowsze prognozy demograficzne opracowane przez Główny Urząd Statystyczny do roku 2050 są alarmujące. Polska się wyludnia, a główną tego przyczyną jest spadający przyrost naturalny.

Według prognoz demograficznych GUS w końcu 2050 r. ludność Polski osiągnie 34 mln osób, co w porównaniu do 2013 r. oznacza zmniejszenie liczby ludności o 4,55 miliona tj. o 12% [1]. Pomimo, że Polacy żyją dłużej w lepszym zdrowiu, główną przyczyną zmniejszenia się populacji jest spadek liczby urodzin.

W 2013 r. w Polsce urodziło się 370 tys. dzieci. W 2035 r. liczba narodzin wyniesie ok. 270 tys., a w 2050 r. spadnie do 255 tys. dzieci. Dla przypomnienia, w roku 1983, który był szczytowym okresem ostatniego wyżu demograficznego, urodziło się ok. 723 tys. dzieci. Sukcesywnie spada również współczynnik urodzeń. W 2013 r. wyniósł on 9,6‰, co oznacza, że na każde 10 tys. osób urodziło się 96 dzieci, podczas gdy na początku lat 90. XX w. ponad 140 (a w 1983 r. – prawie 200) [2]. Szacuje się, że liczba dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat zmniejszy się w 2035 r., o ponad 1,8 mln osób (udział dzieci i młodzieży w populacji ogółem wyniesie tylko 16,7%) [3].

Według Ministerstwa Zdrowia, takie dane dla Polski stawiają ją w gorszej sytuacji niż przeciętna dla państw Unii Europejskiej [4]. Zgodnie z prognozami opracowanymi przez Eurostat dla 28 krajów Unii Europejskiej łącznie, w perspektywie do 2050 r. liczba ludności tych państw zwiększy się o 3,6% (z ok. 507 mln w 2012 r. do 525,5 mln), natomiast ludność naszego kraju zmniejszy się o blisko 10% [1].

Odbudowa płodności nabiera więc strategicznego znaczenia dla dalszego rozwoju Polski, zarówno w wymiarze społecznym, jak i ekonomicznym. Nie będzie to jednak zadaniem łatwym. Współczynnik dzietności utrzymujący się od blisko dwóch dekad na niskim poziomie (w 2013 r. osiągnął wartość 1,26, plasując Polskę w tym kontekście na przedostatnim miejscu w Europie) może prowadzić do tak zwanej pułapki niskiej dzietności – czyli wzrostu trudności odwrócenia trendu spadkowego, proporcjonalnie do czasu jego trwania. Prognozy dla Polski są mało optymistyczne. Przyjęto, że współczynnik dzietności będzie kształtował się w granicach 1,42 w 2015 r., do 1,45 począwszy od 2022 r., natomiast w 2050 r. wartość współczynnika wyniesie 1,52, co pomimo nieznacznego wzrostu, oznacza utrzymanie dzietność poniżej poziomu zapewniającego prostą zastępowalność pokoleń. [3]

Utrzymywanie się niekorzystnych zjawisk demograficznych, a zwłaszcza bardzo niskiego poziomu płodności sprawia, że polityka prorodzinna, w tym walka z wykluczeniem społecznym wynikającym z choroby jaką jest niepłodność, powinny stanowić jedne z głównych tematów debaty społecznej w nadchodzących latach. Kwestia ta jest tym bardziej istotna, że zagadnienia związane z demografią oraz prawem obywateli do życia w zdrowiu, a więc również zdrowiu prokreacyjnym, znalazły się wśród strategicznych zagadnień uwzględnionych w dokumentach rządowych, wyznaczających główne kierunki rozwoju Polski do 2030 r. [5] Działania w tym zakresie powinny być realizowane zarówno na szczeblu centralnym (w zakresie rozwiązań systemowych), jak i jednostkowym (w wymiarze kulturowym, mentalnym, stylu życia).

Według Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2007–2015, który jest głównym i aktualnym dokumentem programowym dotyczącym polityki zdrowotnej i priorytetów zdrowotnych w Polsce, celem głównym jest poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia obywateli oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu. [6]

Według Rządowej Rady Ludnościowej (RRL) „polityka ludnościowa powinna być prowadzona przez państwo poprzez tworzenie warunków społecznych, ekonomicznych i politycznych korzystnych dla przebiegu procesów demograficznych zapewniających biologiczne przetrwanie narodu i zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny. Współczesna polityka ludnościowa wpływa na kształtowanie procesów ludnościowych pośrednio przez stosowanie odpowiednich instrumentów polityki społecznej, także w obszarze ochrony zdrowia” [7]. W swoich Rekomendacjach RRL pisze: „ciągłość pokoleń jest sprawą zasadniczą dla miejsca naszego Narodu i Państwa we współczesnym świecie. Za przyszłość demograficzną odpowiedzialność ponoszą: państwo, jego instytucje, obywatele i ich organizacje poprzez wprowadzenie stosownych instrumentów polityki sprzyjającej rodzinie i stworzenie odpowiednich warunków dla zwiększenia liczby urodzeń i zapewnienia dzieciom dobrych warunków rozwoju” [8].

Jak podaje Ministerstwo Zdrowia w Polsce leczenie niepłodności metodą in vitro\* jest stosowane od ponad 25 lat, jednak dotychczas wiele par nie mogło z niego skorzystać z powodów finansowych. Dlatego, po raz pierwszy w historii polskiej medycyny, zabiegi są finansowane ze środków publicznych. Celem „Programu Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013–2016” jest zapewnienie równego dostępu i możliwości korzystania z procedury zapłodnienia pozaustrojowego niepłodnym parom. Ponadto celami Programu są: obniżenie odsetka liczby par bezdzietnych, zapewnienie pacjentom najwyższego standardu leczenia niepłodności, zwiększenie skuteczności leczenia niepłodności oraz osiągnięcie poprawy trendów demograficznych. Metoda ta stosowana jest w sytuacji gdy wyczerpano już inne możliwości leczenia, lub jeśli nie istnieją inne

\* Z uwagi na powszechne w polskim społeczeństwie utożsamianie zabiegów zapłodnienia pozaustrojowego (ang. in vitro fertilization, IVF) z określeniem „in vitro”, autorzy Raportu przyjęli założenie, że również będą posługiwać się nazwą „skrótową”, co powinno ułatwić części czytelnikom uporządkowanie zagadnień medycznych opisywanych w niniejszym dokumencie.

metody leczenia niepłodności. Trzyletnim programem leczenia niepłodności zostanie objętych około 15 tys. par. Każda z nich będzie mogła skorzystać z dofinansowania trzech cykli leczniczych. Program zaczął działać 1 lipca 2013 r. [9].

Warunkiem przystąpienia do Programu jest rozpoznanie niepłodności przez lekarza oraz udokumentowane, nieskuteczne leczenie w czasie nie krótszym niż 12 miesięcy. Decyzję o włączeniu pary do Programu mogą podjąć wyłącznie lekarze z ośrodków będących realizatorami Programu, na podstawie kryteriów określonych w treści Programu. Z Programu mogą skorzystać również pary, które nie pozostają w związku małżeńskim. Wszystkie kliniki będące realizatorami Programu stosują jednakowe kryteria kwalifikacji na terenie całej Polski.

W ramach Programu para ma prawo skorzystać z trzech prób procedury wspomaganego rozrodu. Kolejny cykl pobrania i zapłodnienia komórek jajowych może być wykonany dopiero po wykorzystaniu wszystkich uzyskanych wcześniej zarodków. U kobiet poniżej 35 roku życia ograniczono ilość tworzonych zarodków do maksymalnie sześciu. Zaleca się przenoszenie do macicy tylko jednego zarodka w kolejnym cyklu miesięcznym. W uzasadnionych medycznie przypadkach można przenieść nie więcej niż dwa zarodki jednocześnie [9].

Ministerstwo Zdrowia, organ nadzorczy, finansuje wszystkie świadczenia zdrowotne opisane w Programie. Na cały Program Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013–2016 przewidziano budżet 244 mln zł. W roku 2013 zaplanowano wydatek 33 mln zł, w 2014 r. 80 mln zł, a w latach 2015–2016 131 mln zł.

Według raportu firmy badawczej PMR pt. „Rynek usług leczenia niepłodności w Polsce 2015. Analiza rynku i prognozy rozwoju”, rynek leczenia niepłodności w Polsce, rozumiany jako wartość świadczeń leczenia niepłodności refundowanych z budżetu państwa, jak również z prywatnej kieszeni pacjenta, osiągnął wartość 283 mln zł w 2014 r. [10]. Wpływ na szybki rozwój rynku w latach 2013–2014 miało wprowadzenie programu refundacji leczenia niepłodności metodą in vitro, którego efektem były narodziny 677 dzieci. W raporcie zwraca się uwagę, że dofinansowanie z programu rządowego znacząco zwiększyło zainteresowanie oraz popyt na usługi in vitro. Zaowocowało to nowymi środkami na inwestycje w placówki leczące niepłodność, a tym samym zwiększyło szanse na skuteczną pomoc niepłodnym parom.

Państwowe wsparcie leczenia niepłodności nie może jednak opierać się tylko na refundacji in vitro. Zabieg in vitro jest bowiem ostatnim etapem terapii, a pary niepłodne potrzebują wsparcia na każdym etapie swojej drogi ku rodzicielstwu.

---

#### Piśmiennictwo

1. Prognoza ludności na lata 2014–2050, GUS, Warszawa 2014
2. Podstawowe dane demograficzne o dzieciach w Polsce, GUS, 2014
3. Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035, GUS, Warszawa 2008
4. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne, Departament Funduszy Europejskich, Ministerstwo Zdrowia, 2014

5. Polska 2030. Wyzwania rozwojowe. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju oraz Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności.
6. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015, Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r.
7. Szymborski J., *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa. Rządowa Rada Ludnościowa.*, Warszawa 2012
8. *Rekomendacje Rządowej Rady Ludnościowej w zakresie polityki ludnościowej Polski.* Rządowa Rada Ludnościowa. Warszawa 2014
9. *In Vitro. O Programie.* Ministerstwo Zdrowia, <http://www.invitro.gov.pl/oprogramie>
10. *Rynek usług leczenia niepłodności w Polsce 2015. Analiza rynku i prognozy rozwoju.* PMR, 2015

## Rozdział 2

### Psychologiczne aspekty diagnostyki i leczenia niepłodności

*Prof. zw. dr hab. Marian Szamatowicz  
Instytut Medyczny PWSiP w Łomży  
Klinika Rozrodczości i Endokrynologii Ginekologicznej  
UM w Białymstoku*

Współczesna medycyna rozrodu dysponuje ogromną wiedzą na temat mechanizmów, które doprowadzają do ciąży i urodzenia żywego, zdrowego dziecka. Rozród u człowieka, bardziej niż u innych ssaków, stanowi proces wyjątkowo złożony. Wiadomo, że aby doszło do ciąży, muszą mieć miejsce prawidłowe kontakty seksualne i musi być złożone w pochwie nasienie z odpowiednimi parametrami jakościowymi. Plemniki, poprzez kanał szyjki macicy, a potem poprzez jamę macicy, gdzie dochodzi do procesu ich dojrzewania (kapacytacja), powinny dostać się do bańki jajowodu. Plemniki nie powinny być nosicielami defektów genetycznych. Wiadomo również, że w jajniku powinien prawidłowo przebiegać proces dojrzewania komórki jajowej, musi się dokonać drugi podział mejotyczny i wydalenie ciała kierunkowego. Komórka jajowa, również bez defektów genetycznych, powinna trafić do bańki jajowodu. Kolejnym etapem rozrodu jest połączenie plemnika z komórką jajową (syngamia) i w następstwie tego procesu rozwój zarodka (stadia zygoty, moruli i blastocysty), który poprzez jajowód powinien trafić do jamy macicy. W jamie macicy endometrium (błona śluzowa) musi być w stanie gotowości (ang. *endometrial receptivity, implantation window*), aby zarodek mógł zagnieżdżyć się i dalej rozwijać.

Niestety, olbrzymi postęp technologiczny, który dokonał się w medycynie rozrodu nie daje żadnych możliwości, aby jednoznacznie zaobserwować i interpretować opisane powyżej skrótowo procesy. W sytuacji, gdy nie dochodzi do ciąży, nie ma możliwości udzielenia odpowiedzi na pytanie na jakim etapie proces rozrodu został zaburzony.

W praktycznym postępowaniu diagnostycznym posługujemy się dostępnymi „narzędziami” diagnostycznymi, które pozwalają na stawianie prawdopodobnych rozpoznań na tyle, aby potem podejmować najbardziej racjonalne i najskuteczniejsze leczenie. Takimi narzędziami diagnostycznymi są:

- a) prawidłowo zebrany wywiad uwzględniający przede wszystkim rytm krwawień miesięcznych, przebyte procesy zapalne i interwencje chirurgiczne na terenie miednicy małej, dolegliwości bólowe, kontakty seksualne;
- b) standardowe badanie ginekologiczne i ogólne, najczęściej połączone z oceną ultrasonograficzną (głowica dopochwowa);
- c) wykonanie spermogramu;
- d) badania hormonalne odpowiednio zaprogramowane i zinterpretowane;



- e) inne techniki obrazowania narządów miednicy małej takie, jak rezonans magnetyczny i histerosalpingografia;
- f) techniki endoskopowe, laparoscopia i histeroscopia;
- g) badania cytogenetyczne.

Istnieje tendencja, aby proces diagnostyczny maksymalnie uprościć i skrócić. Po zastosowaniu powyższych „narzędzi” diagnostycznych najczęstszymi rozpoznaniami przyczyny niepłodności będą:

- a) czynnik męski niepłodności – nieprawidłowe parametry nasienia, zaburzenia współżycia seksualnego;
- b) zaburzenia funkcji jajnika, głównie zaburzenia jajczkowania – anowulacja z zaburzeniami rytmu krwawień miesięcznych;
- c) czynnik jajowodowy niepłodności;
- d) endometrioza o różnym stopniu zaawansowania klinicznego;
- e) inne nieprawidłowości w obrębie miednicy małej, m.in. mięśniaki macicy.

Jest wreszcie niemała grupa par, u których wszystkie zastosowane testy diagnostyczne wypadają prawidłowo, ale nie dochodzi do ciąży i, co oczywiste, pary te nie mogą doczekać się potomstwa. Tę grupę par (10–20%) opisuje się jako niepłodność niewyjaśnionego pochodzenia (ang. *unexplained infertility*) i w tych przypadkach upatruje się znamiennej roli sprawczego czynnika psychogenego.

W zasadzie nie powinno być żadnych wątpliwości, że niepłodność jest chorobą specyficzną, wyjątkową, o znaczącym zasięgu społecznym.

Według szacunków, w Polsce problemy z rozrodem ma ponad milion par rocznie. Nie wszystkie pary szukają pomocy medycznej. Dane polskie i światowe są rozbieżne. Według danych ankietowych, w naszym kraju pomocy szuka około 20% par (na świecie 50%). Jest to i tak relatywnie duża grupa, licząca ponad 200 tys. osób.

Bezdzietność, jako następstwo niepłodności, ma bardzo głęboki aspekt ludzki i psychogeny. Stres, frustracja, dewastacja układu partnerskiego, brak poczucia więzi rodzinnej, utrata celu aktywnego życia zawodowego, niepokój, stany depresyjne – są to najczęściej postrzegane konsekwencje bezdzietności. Po rozpoznaniu niepłodności stres związany z tą chorobą jest porównywany do stresu po rozpoznaniu ostrego zawału mięśnia sercowego czy też choroby nowotworowej. Niepłodne pary żyją z uczuciem osamotnienia, wstydzą się dzielić własnymi problemami z innymi, pojawia się pojęcie „niepełnej wartościowości” (ang. *being less of woman, less of man*). Życie seksualne niepłodnych par nierzadko traci swą spontaniczność stając się narzędziem służącym do osiągnięcia celu. Zamiast profesjonalnej pomocy psychologicznej niepłodne pary dość często otrzymują z otoczenia tzw. dobre rady „Wyluzuj się”. „Nie pracuj tak ciężko”. „Wyjedź na wakacje”. Albo nawet takie: „adoptuj dziecko”. I chociaż sam stres nie jest traktowany jako jednoznaczna przyczyna niepłodności, to z drugiej strony jest bardzo wiele opracowań, z których jednoznacznie wynika, że niepłodność jako taka jest jednym z najbardziej stresogennych czynników.

Jak wspomniano wcześniej, w wyniku postępowania diagnostycznego wyróżnia się cały szereg czynników sprawczych prowadzących do niepłodności. A zatem logiczną konsekwencją jest poszukiwanie i zaproponowanie takiego leczenia, które będzie efektywne (urodzenie zdrowego, żywego dziecka jedynym prawdziwym kryterium skutecz-

ności), prowadzone w najkrótszym czasie, będzie najmniej inwazyjne i po najniższych kosztach.

W zasadzie wyróżnia się trzy podstawowe grupy postępowania terapeutycznego:

- Pierwsza grupa to leczenie farmakologiczne z wykorzystaniem antyestrogenów, gonadotropin, analogów GnRH, steroidów, agonistów dopaminy, metforminy i innych. Tego typu leczenie powinno być postępowaniem pierwszoplanowym przy zaburzeniach jajczkowania, bowiem wyniki leczenia można uznać za satysfakcjonujące.
- Druga grupa to leczenie zabiegowe obejmujące mikrochirurgię wykonywaną głównie jako zabiegi naprawcze jajowodów, a współcześnie coraz częściej postępowanie zabiegowe wykorzystujące techniki endoskopowe (laparoscopia i histeroscopia). Wyniki leczenia są dość zróżnicowane i zależą od sytuacji wyjściowej.
- Wreszcie trzecia grupa to techniki rozrodu wspomaganego medycznie (ang. *assisted reproductive technics*, ART). Najczęstsze procedury to IVF-ET (ang. *in vitro fertilization-embryo transfer*), ICSI (ang. *intracytoplasmic sperm injection*) oraz IUI (ang. *intrauterine insemination*). Wymienione metody mają zastosowanie jako metody z wyboru. Najwięcej wątpliwości budzi proponowanie leczenia za pomocą IUI. Okazało się, że odsetek ciąż po zastosowaniu IUI w przypadkach niepłodności niewyjaśnionego pochodzenia oraz w minimalnej i łagodnej endometriozie jest taki sam jak w grupie par nie stosujących żadnego leczenia.

Najczęściej zadawanym pytaniem ze strony par jest: „Doktorze czy my będziemy mieli dziecko”? I niestety nie istnieje prognozowanie indywidualne. Możemy tylko określać statystyczną szansę, i najlepiej gdyby nasze wyjaśnienie było najlepiej dostosowane do stanu emocjonalnego niepłodnej pary. Stwierdzone jest jednak, że w każdej z powyżej opisanych metod leczenia niepłodności kobiety doświadczają zdecydowanie więcej negatywnych emocji takich jak niepokój lub depresję, niż kobiety, które bez problemu zachodzą w ciążę.

Z wielu opracowań jednoznacznie wynika, że jeśli zastosuje się profesjonalną pomoc psychologiczną, to uzyskiwane wyniki leczenia są znamienne lepsze. Wskazuje się na przykład, że nawet farmakoterapia niepłodności (np. podawanie antyestrogenów do stymulacji jajczkowania) obciążona jest szeregiem objawów niepożądanych, takich jak niepokój, zaburzenia snu, zmiany nastroju, i w takich sytuacjach pomoc psychologiczna odgrywa bardzo korzystną rolę.

Szczególne znaczenie nabiera pomoc psychologiczna jeśli w rachubę wchodzi zastosowanie zaawansowanych technik rozrodu wspomaganego medycznie. Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu wskazuje na fakt, że zastosowanie procedury IVF wiąże się z wieloma stresogennymi reakcjami, i proponuje cały szereg działań psychologicznych, które powinny pomagać niepłodnej parze. Podczas leczenia za pomocą ART niepłodne pary mają dość częsty kontakt z zespołem leczącym. Ma to miejsce w czasie stymulacji jajników i monitorowania reakcji na podane leki, również w czasie pobierania komórek jajowych. Natomiast po wykonaniu embriotransferu okres 10–14 dni do momentu wykonania testu ciążowego jest opisywany jako najtrudniejszy w całej procedurze. Trzeba mieć świadomość,

że opisywany przeciętny odsetek 25% porodów na cykl leczniczy jest dobrym wynikiem (ang. *good success rate*), przewyższającym miesięczny wskaźnik płodności w rozrodzie naturalnym, ale w tym samym czasie mamy 75% niepowodzeń (ang. *failure rate*), które wiążą się u wielu par z dramatycznym przeżyciem. W takich przypadkach pomoc psychologa ma bardzo istotne znaczenie. Medycyna rozrodu poszukuje nowych czynników predykcyjnych, aby nie proponować procedury tam, gdzie ona będzie nieskuteczna. Rolą psychologa będzie natomiast przygotowanie pary do życia bez własnego potomstwa. Świadomość, że zostały wykorzystane wszystkie możliwe sposoby leczenia może być czynnikiem pomocniczym.

W medycynie rozrodu jest cały szereg rozpoznanych czynników ograniczających skuteczność leczenia za pomocą ART. Wszystkie te czynniki powinny być bardzo szczegółowo omówione z nieplodną parą na etapie kwalifikacji do leczenia za pomocą ART. Niektóre czynniki ginekologiczne czy demograficzne nie poddają się naprawie. Natomiast czynniki psychologiczne mogą być eliminowane przez fachową pomoc psychologa, a rezultatem tego będzie zwiększenie skuteczności proponowanego leczenia. Obniżenie stresu związanego z leczeniem niepłodności może być także uzyskane na drodze farmakologicznej, m.in. poprzez podawanie preparatów fluoksetyny.

Przeprowadzone randomizowane, kontrolowane, prospektywne badania dostarczają dowodów, że zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej (ang. *cognitive behavioral therapy*, CBT) przewyższa skutecznością farmakoterapię. W wielu krajach europejskich, i nie tylko, wsparcie psychologa na etapie diagnostyki i leczenia niepłodności jest standardem. Należy mieć nadzieję, że taka sytuacja będzie miała miejsce w Polsce.

## Stres jako jedna z przyczyn niepłodności

Prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta  
Katedra Zdrowia Kobiety  
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Niepłodność definiowana jest przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jako niemożność zajścia w ciążę pomimo regularnych stosunków płciowych (4–5 w tygodniu), utrzymywanych powyżej 12 miesięcy bez stosowania jakichkolwiek metod antykoncepcyjnych [1].

Światowa Organizacja Zdrowia nie tylko uznaje niepłodność za chorobę, lecz także postuluje, aby zaliczać ją do chorób stanowiących duży problem zarówno dla jednostki, jak i całego społeczeństwa.

Niepłodność na świecie dotyczy 10–18% partnerów w wieku rozrodczym, czyli w wieku maksymalnej aktywności zawodowej, rodzinnej i społecznej. W naszej strefie cywilizacyjnej stanowi to ok. 15%, a w Polsce 10–15%, czyli ponad milion partnerów i partnerek [2].

### Czynniki socjokulturowe, a chęć posiadania potomstwa

Powszechnie uważa się, że małżeństwo i szczęśliwe życie rodzinne stanowią dla przeciętnej pary najwyższą wartość. Często dominuje pogląd, że jedynym celem kobiety powinno być prowadzenie domu i wychowywanie dzieci. Społeczno-kulturowe wzorce macierzyństwa nie są jednak czymś stałym i na zawsze ustalonym – zmieniają się w czasie, różnią się w różnych kulturach.

Kobiety coraz częściej stawiają pracę i karierę przed domem i dziećmi. Coraz trudniejsza sytuacja na rynku pracy sprawia jednocześnie, że kobieta chce być tzw. „idealnym pracownikiem”, gotowym poświęcić cały swój czas na pracę, będąc dyspozycyjną i mobilną. Idealny pracownik to człowiek bez zobowiązań, zwłaszcza związanych z wychowywaniem dzieci. Praca zawodowa czyni jednocześnie życie ciekawszym, atrakcyjniejszym, a wypełnianie roli pracownika stwarza okazje do podnoszenia swoich kwalifikacji, dążenia do samorealizacji.

Coraz częściej dostrzeganym i powszechnym zjawiskiem jest tzw. „późne macierzyństwo”. W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat wiek kobiet decydujących się na dziecko znacznie się podwyższył. Szybki rozwój cywilizacyjny, szeroka dostępność i świadomość

dotycząca różnorodnych metod planowania rodziny umożliwiła współczesnym kobietom regulację płodności, co w konsekwencji, przy zmianie pozycji społecznej kobiety, spowodowało opóźnienie wieku macierzyństwa [3]. Badania wykazały, iż przeciętny wiek kobiet w czasie pierwszej ciąży zależy w głównej mierze od poziomu i czasu trwania edukacji, rozwoju kariery zawodowej, stanowiska pracy, dochodów rodzinnych oraz wieku zawarcia związku małżeńskiego [3].

Zjawisko „późnego macierzyństwa” jest niekorzystne z punktu widzenia możliwości prokreacyjnych. Na podstawie dużego randomizowanego prospektywnego badania (próba 3295 kobiet w wieku 25–49 lat) szacuje się, iż okres maksymalnej płodności kobiet przypada na 18–20 rok życia, następnie utrzymuje się na obniżonym, lecz jeszcze względnie stałym poziomie w przedziale wiekowym 20–28 lat (współczynnik ciąży: 90% po 12 i 93% po 24 miesiącach regularnego współżycia), po czym powoli maleje do 33 roku, a po 33 roku życia zaczyna się drastycznie obniżać (współczynnik ciąży: 75% po 12 i 80% po 24 miesiącach regularnego współżycia) [4]. Wraz z wiekiem u kobiety zaczynają pojawiać się zaburzenia hormonalne, zmniejsza się jakość i ilość komórek jajowych oraz czynność jajników [5,6].

Eskenazi i współpracownicy, badając populację mężczyzn (w wieku od 22–80 roku życia), wykazali, iż wraz z wiekiem wyraźnie spada objętość ejakulatu oraz ruchliwość plemników [7]. Naukowcy wskazują również na negatywny wpływ wieku na morfologię męskich komórek rozrodczych, wzrost częstości zaburzeń chromosomalnych oraz ryzyka poronień samoistnych [8]. Starszy wiek mężczyzn (powyżej 40 roku życia) jest związany z wyższym ryzykiem niepłodności, zaburzeń genetycznych u potomstwa, niepowodzeń metod rozrodu wspomaganego, zwłaszcza w sytuacji, gdy koreluje ze starszym wiekiem partnerki (powyżej 35 roku życia) [8].

Wśród przyczyn przemawiających za odkładaniem ciąży ważne wydają się być również obawy i napięcia związane z przebiegiem ciąży i wychowywaniem dzieci. Te rozterki psychiczne mogą czasem doprowadzić do tzw. „blokady psychicznej”. Kobieta w rezultacie sama nie wie, czy chce już dziecko, czy jest to czas odpowiedni na macierzyństwo, czy jest psychicznie przygotowana na urodzenie i wychowanie potomstwa. Propagowany przez media ideał współczesnej kobiety, wymagający od niej wielu wyrzeczeń i poświęceń jest niejednokrotnie powodem odsuwania planów macierzyństwa na lata późniejsze.

### Wpływ stresu na płodność człowieka

Postępujące uprzemysłowienie społeczeństwa stwarza człowiekowi pozytywne i negatywne warunki zarówno utrzymania, jak i utraty zdrowia. Nieustannie rosnące tempo życia, mnożenie się i nakładanie codziennych obowiązków (tych związanych z pracą, jak i sferą prywatną), pogoń za karierą i pieniędzmi, siedzący tryb życia to tylko niektóre czynniki stresogenne, powodujące powstawanie zjawiska zwanego „stresem przewlekłym”.

Stres wpływa na zachowanie człowieka, procesy fizjologiczne, reakcje neuroendokrynne, neurochemiczne, neurologiczne i immunologiczne. Typowymi objawami fizjolo-

gicznymi stresu są: zaburzenia snu i rytmów biologicznych, zahamowanie ośrodka łaknienia, rozregulowanie perystaltyki przewodu pokarmowego, spadek odporności, zaburzenia funkcji seksualnych i obniżenie płodności [9,10].

U kobiet duże napięcie emocjonalne może wywoływać zaburzenia endokrynologiczne w obrębie osi podwzgórze–przysadka–nadnercza i gonady, co w konsekwencji może skutkować zaburzeniami płodności [11].

Teoretyczny model Wassera sugeruje, że w okresie znacznego narażenia na stres organizm ludzki poprzez mechanizmy psychosomatyczne redukuje swoją płodność [11]. W piśmiennictwie spotyka się także hipotezy opisujące stres jako efekt zaburzeń emocjonalnych w niepłodności u kobiet [12], a z drugiej strony, jako czynnik etiologiczny nieprawidłowych wyników spermogramu oraz zaburzeń seksualnych, i w konsekwencji niepłodności wśród mężczyzn [10,12–15].

Podkreśla się jednocześnie, iż do prawidłowego funkcjonowania układu rozrodczego mężczyzny potrzebna jest równowaga psychiczna. Stres i przemęczenie mogą prowadzić do różnorodnych zaburzeń seksualnych [14–16]. Związane jest to z aktywnością hormonów, które uwalniane podczas stresujących sytuacji, powodują obniżenie produkcji testosteronu. Wahanie stężeń hormonów prowadzi do zaburzeń spermatogenezy, co skutkuje obniżeniem ilości i jakości plemników. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych w latach 1999–2005 ukazały, że liczba przeżytych sytuacji stresowych wpływała na liczbę i ruchliwość plemników [15].

### Zaburzenia emocjonalne w leczeniu niepłodności – pętla sprzężenia zwrotnego

Dążenie do kariery zawodowej, rozwój osobisty, chęć zapewnienia sobie subiektywnie odpowiedniego statusu materialnego itp. prowadzą często do tego, iż posiadanie dziecka uznawane jest za przeszkodę i odkładane jest w czasie. Osiągnięcie pewnego, stabilnego statusu społecznego, pozycji zawodowej oraz indywidualnie pojmowanego odpowiedniego wieku, określanego często jako „ostatni dzwonek”, skłania partnerów do podjęcia prób posiadania potomstwa. Często dopiero wtedy okazuje się, że zaczynają pojawiać się trudności z zajściem w ciążę.

Jedną z przyczyn tych trudności może być wiek. Presja czasu związana z tzw. „uciekającym czasem” oraz presja społeczna (ze strony rodziny, znajomych) powodują niejednokrotnie, iż posiadanie potomstwa staje się czynnikiem stresogennym, blokując jeszcze bardziej możliwość zajścia w ciążę. To, co kiedyś było przeszkodą w samorealizacji staje się od tego momentu jej głównym celem. Pragnienie posiadania dziecka może stać się najważniejszą potrzebą. Niemożność jej zaspokojenia może doprowadzić do poważnego kryzysu życiowego. Im wyżej w hierarchii potrzeb umieszczona jest potrzeba rodzicielstwa tym większe negatywne konsekwencje niesie za sobą frustracja tej potrzeby. Osoby dotknięte problemami w sferze prokreacji mogą doświadczać obniżenia poczucia własnej wartości, tożsamości, kobiecości czy męskości.

Reakcja na diagnozę niepłodności może przypominać sytuację straty kogoś ważnego w życiu, stanowi utratę marzeń, możliwości zrealizowania pragnień i wyobrażeń o życiu i rodzinie. W tej sytuacji pary często podejmują decyzję o leczeniu. O ile niepłodność w podobnym stopniu dotyka oboje partnerów, to jej konsekwencje wydają się szczególnie dotkliwe dla kobiet. Diagnoza i terapia niepłodności traktowane są często przez kobiety jako jedno z najbardziej stresujących wydarzeń życiowych, zaburzających dobrostan i negatywnie wpływających na poczucie własnej kobiecości [17,18].

Diagnoza niepłodności u kobiet wiąże się z dużym dyskomfortem fizycznym i emocjonalnym, który obejmuje poczucie niskiej wartości, winy i wstydu. Pociąga to za sobą jednocześnie negatywne skutki społeczne: osłabienie zainteresowania ludźmi i ich sprawami, poszukiwanie towarzystwa osób bezdzietnych, częste wycofywanie się z dotychczasowych bliskich kontaktów [17].

Długotrwały proces diagnozowania i leczenia niepłodności wpływa w istotny sposób na jakość życia człowieka w aspekcie emocjonalnym, społecznym, fizycznym, zawodowym oraz duchowym. Stres, będący w tym przypadku wynikiem niepłodności, charakteryzowany jest często jako model zamkniętego koła: stres środowiskowy – zaburzenia płodności – diagnostyka, leczenie – stres sytuacyjny, zaburzenia relacji partnerskich – brak koncepcji – narastanie stresu – pogorszenie wyników badań diagnostycznych – niepłodność.

Pacjenci, całkowicie poświęcając się procedurom terapeutycznym, narażają się na utratę pozycji zawodowej, finansowej i społecznej. Każdy dzień przebiega w atmosferze nadziei na poczęcie dziecka, a drugiej strony rozpaczy w momencie niepowodzenia. Utrata kontroli nad prokreacją, niespełnione potrzeby, brak sukcesu terapeutycznego, brak zrozumienia ze strony przyjaciół, rodziny powodują niejednokrotnie narastanie negatywnych emocji związanych z lękiem i złością [19]. Para, która dotychczas nie zgłaszała żadnych problemów zdrowotnych, staje przed koniecznością zaakceptowania faktu choroby, która w znacznym stopniu wpływa na ocenę własnego ciała, swojej fizyczności, atrakcyjności, a także przydatności w sensie prokreacyjnym.

Utrata samoakceptacji spowodowana niepłodnością prowadzi często do objawów depresji. Noorbala poddając badaniu 638 par leczonych z powodu niepłodności zdiagnozował depresję u 48% kobiet i 23,8% mężczyzn [20]. Dodatkowym czynnikiem wpływającym na negatywne stany emocjonalne oraz stopień nasilenia zaburzeń nastroju par leczonych z powodu niepłodności mają niepowodzenia lecznicze. Badania wskazują na narastanie umiarkowanych i ciężkich form depresji oraz wzrost tendencji samobójczych [21,22]. Badanie Kerra i współpracowników wykazało, iż co piąty pacjent uczestniczący w zapłodnieniu pozaustrojowym ma myśli samobójcze, co trzeci zaburzenia relacji partnerskich [23].

Proces leczenia niepłodności jest źródłem stresu także dla mężczyzn. W badaniu, do którego włączono 1076 niepłodnych par, oceniano wpływ stresu na jakość nasienia i zdolność do zapłodnienia. Wykazano, że istnieje pozytywna korelacja między stężeniem plemników a indeksem dobrego samopoczucia. Podejrzewana depresja miała prowadzić do spadku koncentracji nasienia [24].

Czynnik psychologiczny jest w części przypadków czynnikiem sprawczym niepłodności. Depresja ma bezpośredni wpływ na wydzielanie hormonów odpowiedzialnych za owulację, implantację oraz procesy rozrodcze. Towarzyszące depresji obniżenie nastroju,

utrata radości życia, zubożenie, brak lub zbyt duży apetyt oraz zaburzenia snu mogą wpływać na zaburzenia w sferze seksualnej. W związku z powyższym problem niepłodności może pogłębiać się w sposób wtórny. Wśród zaburzeń psychologicznych związanych z niepłodnością i mających jednocześnie na nią wpływ wymienia się również nadużywanie leków i alkoholu, fiksację na temacie niepłodności (nieumiejętność myślenia o czymś innym niż niepłodność), wysoki poziom niepokoju, zmniejszoną wydolność przy wykonywaniu zadań oraz trudności z koncentracją.

U kobiet niejednokrotnie pojawia się frustracja o charakterze społecznym, psychicznym i egzystencjalnym. Kobiety niepłodne często czują się nieakceptowane społecznie, naznaczone (pojawia się myślenie o sobie jako niepełnowartościowej kobiecie). Myślenie takie wywołuje drażliwość, złość, rozpacz, poczucie winy i krzywdy i prowadzi jednocześnie do jeszcze większej izolacji.

Także wśród mężczyzn leczonych z powodu niepłodności można zauważyć obwinianie się, obniżenie poczucia własnej wartości oraz bardzo wysoki samokrytycyzm związany z kulturowym utożsamianiem płodności ze sprawnością seksualną [25].

Istotnym czynnikiem mającym wpływ na podjęcie decyzji oraz kontynuację leczenia niepłodności ma także otrzymywanie przez niepłodne pary wsparcia społecznego. Vassard wraz ze współpracownikami prowadzili badania od stycznia 2000 do sierpnia 2001 r. wśród pacjentów pięciu duńskich klinik leczenia niepłodności. W sumie przebadali 777 osób (427 kobiet i 350 mężczyzn), z czego w ciągu roku 23% osób zdecydowało się zakończyć leczenie po roku od jego rozpoczęcia. Powodem przerwania terapii wśród kobiet był przede wszystkim brak wsparcia ze strony rodziny oraz konflikty z partnerem i przyjaciółmi. Mężczyźni jako powód zakończenia leczenia podawali na pierwszym miejscu także brak wsparcia ze strony rodziny oraz trudności w komunikacji z partnerką [26].

Badania Cizmeli i współpracowników wykazały jednocześnie istotną korelację między poczuciem własnej wartości, wyższą samooceną a poziomem odczuwanego stresu i powodzeniem leczenia niepłodności [27].

### Zaburzenie relacji partnerskich

Pary niepłodne, poddane technikom rozrodu wspomaganego, mogą przeżywać tak wiele negatywnych emocji związanych z kolejnymi etapami procedur, koniecznością bezgranicznego obustronnego zaangażowania, niepowodzeniami zabiegów oraz brakiem wsparcia emocjonalnego w trakcie leczenia, że nie pozostaje to bez wpływu na relacje partnerskie [28]. Leczenie niepłodności często wykracza poza granice „standardowego leczenia”. Dotyka ono systemu wartości, sfer intymnych i prywatnych, norm moralnych i etycznych. Dodatkowym negatywnym czynnikiem jest przedłużający się czas poświęcany na leczenie i koszty z nim związane [29].

Obserwuje się, iż stres związany z całościową problematyką niepłodności powoduje powstawanie i narastanie konfliktów partnerskich. Wielokrotnie małżonkowie czują się niezrozumiani i nieakceptowani przez środowisko. Ograniczeniu ulegają kontakty towa-

rzyskie, a czas wolny zostaje prawie w całości podporządkowany diagnostyce i leczeniu. Nierzadko dostrzega się sytuację, kiedy partnerzy wzajemnie oskarżają się i obarczają winą za niemożność posiadania upragnionego dziecka. Współżycie seksualne bywa często pozbawione zaangażowania uczuciowego i spontaniczności, ograniczone głównie do okresu płodnego, gdyż jedynym jego celem staje się poczęcie dziecka [28]. W sytuacji niepewności spowodowanej oczekiwaniem na poczęcie para traci poczucie bezpieczeństwa, każdy z partnerów odczuwa silny niepokój i stres, co sprzyja zmniejszeniu poczucia satysfakcji małżeńskiej. Ocena jakości związku i wzajemnego dopasowania partnerów u kobiet z diagnozą niepłodności jest zwykle niższa w porównaniu z kobietami płodnymi [18,30,31]. Głównymi obszarami funkcjonowania pary, w których występują negatywne konsekwencje niepłodności, są: życie seksualne (pary niepłodne cechuje mniejsza częstotliwość, spontaniczność i różnorodność pozycji w porównaniu z parami płodnymi; współżycie jest traktowane instrumentalnie, podporządkowane prokreacji, przez co traci swoje funkcje scalania więzi i podtrzymywania wzajemnej atrakcyjności partnerów) oraz zaburzenia komunikacji (pojawia się tendencja do obarczania winą partnera lub samego siebie, jak również dystans i trudności w okazywaniu uczuć).

### Podsumowanie

Podsumowując warto jeszcze raz podkreślić, iż czynnik psychologiczny w etiologii oraz leczeniu niepłodności zdaje się mieć kluczowe znaczenie w zapobieganiu oraz w skuteczności stosowania metod jej leczenia.

Warto zwrócić szczególną uwagę na propagowanie zdrowego stylu życia, profilaktykę i edukację z zakresu czynników stresogennych oraz metod radzenia sobie ze stresem, promowanie zalet diety wśród młodych kobiet oraz szeroko rozumianą konsekwentną politykę prorodzinną ułatwiająca kobietom podjęcie decyzji o posiadaniu dziecka.

### Piśmiennictwo

- Gnoth C., Godehardt E., Frank-Herrmann P., Triol K., Tigges J., Freundl G., *Definition and prevalence of subfertility and infertility*, Hum Reprod 2005, 20(5), s. 1144–1147
- Lunenfeld B., Van Steirteghem A., *Infertility in the third millennium: implications for the individual, family and society. Condensed Meeting Report from the Bartarelli Foundation's Second Global Conference*, Hum Rep Update 2004, 10(4), s. 317–326
- The ESHRE Capri Workshop Group, *Social determinants of human reproduction*, Hum Reprod 2001, 16(7), s. 1518–1526
- Van Balen F., Verdurmen J.E.E., Ketting E., *Age, the desire to have a child and cumulative pregnancy rate*. Hum Reprod 1997, 12(3), s.623–627
- Radwan J. (red.) *Niepłodność i rozród wspomagany*. Poznań 2005
- Fong S., McGovern P., *How does age affect infertility?* Contemp. Obstet. Gynecol. 2004, 49(4), s. 37–41

- Eskenazi B., Wyrobek A.J., Sloter E., Kidd S.A., Moore L., Young S., Moore D., *The association of age and semen quality in healthy men*, Hum Reprod 2003, 18(2), s.447–454
- Kühnert B., Nieschlag E. *Reproductive functions of the ageing male*. Hum Reprod Update 2004, 10(4), s.327–339
- Salvador A., *Coping with competitive situations in humans*. Neurosci. Biobehav Rev. 2005, 29, s.195–205
- Hanke W., Sobala W., Merecz D., Radwan M. *Wpływ stresu zawodowego na jakość nasienia*. Medycyna Pracy 2010, 61(6), s.607–613
- Wilson J.F., Kopitzke E.J., *Stress and Infertility*, Curr. Womens Health Rep 2002, 2,s.194–199
- Sheiner E., Sheiner E.K., Potashnik G., Carel R., Shoham-Vardi I., *The relationship between occupational psychological stress and female fertility*, Occup. Med. 2003, 53(4), s.265–269
- Standardy Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego. Zespół policystycznych jajników*. Endokrynol. Pol. 2005, 56(1), s.117–119
- Vellani E., Colasante A., Mamazza L., Minasi M.G., Greco E., Bevilacqua A., *Association of state and trait anxiety to semen quality of in vitro fertilization patients: a controlled study*, Fertil. Steril. 2013, 99(6), s. 1565–1572
- Gollenberg A.L., Liu F., Brazil C. i wsp., *Semen quality in fertile in relation to psychological stress*, Fertil. Steril. 2010, 93 (4), s. 1104–1111
- Józków P., Mędraś M., *Stres psychologiczny a czynność gonad męskich*, Endokrynol. Pol. 2012; 63(1), s. 44–49
- Bidzan M., *Niepłodność w ujęciu bio-psycho-społecznym*, Kraków 2010
- Joshi H.L., Singh R., *Psychological distress, doping and subjective wellbeing among infertile women*, J. Ind. A Psychol. 2009, 35(2), s. 329–336
- Sherrod R.A., *Understanding the emotional aspects of infertility: implications for nursing practice*, J Psycho-soc. Nurs. Ment. Health. Serv. 2004, 42(3), s.40–47
- Noorbala A.A., Ramazanzadeh F., Malekafazil H., i wsp., *Effects of a psychological intervention on depression in infertile couples*, Int. J. Gynaecol. Obstet. 2008; 101(3), s. 248–252
- Pook M., Krause W., *The impact of treatment experiences on the course of infertility distress in male patients*, Hum. Reprod. 2005, 20(3), s. 825–831
- Lok I.H., Lee D.T.S., Cheung L.P., Chung W.S., Lo W.K., Haines C.J., *Psychiatric Morbidity amongst Infertile Chinese Women Undergoing Treatment with Assisted Reproductive Technology and the Impact of Treatment Failure*, Gynecol. Obstet. Invest. 2002, 53(4), s. 195–199
- Kerr J., Brown C., Balen A.H., *The experiences of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom: results of a survey performed in 1997*, Hum. Reprod. 1999, 14(4), s.934–938
- Zorn B., Auger J., Velikonja V. i wsp., *Psychological factors in male partners of infertile couples: relationship with semen quality and early miscarriage*, Int. J. Androl. 2008,31, s.557–564
- Makara-Studzińska M., Moryłowska-Topolska J., Wdowiak A., Bakalczuk G., Bakalczuk Sz., *Lęk i depresja u kobiet leczonych z powodu niepłodności*, Przegł. Menop. 2010, 6, s. 414–418
- Vassard D., Lund R., Pinborg A., Boivin J., Schmidt L., *The impact of social relations among men and women in fertility treatment*, Hum. Reprod. 2012, 27(12): s. 3502–3512
- Cizmeli C., Lobel M., Franasiak J., Pastore L.M., *Levels and associations among self-esteem, fertility distress, doping and reaction to potentially being genetic carrier in women with diminished ovarian reserve*, Fertil. Steril. 2013, 99(7), s. 2037–44
- Makara-Studzińska M., Wdowiak A., Bakalczuk G., Bakalczuk Sz., Kryś K., *Problemy emocjonalne wśród par leczonych z powodu niepłodności*, Seks Pol. 2012, 10(1), s. 28–35

29. Wu A.K., Elliot P., Katz P.P., Smith J.F., *Time costs of fertility care: the hidden hardship of building a family*, FertilSteril 2013, 99 (7), s. 2025–30
30. Gulec G., Hassa H., Yalcin E.G., Yenilmez C., *The effects of infertility on sexual functions and dyadic adjustment in couples that present for infertility treatment*. Turk. J. Psychiatry 2011, 22(3), s. 166–176
31. Tao P., Coates R., Maycock B., *Investigating Marital Relationship in Infertility: A Systematic Review of Quantitative Studies*, Journal of Reproduction and Infertility 2012, 13(2), s.71–80

## Rozdział 4

# O roli psychologii w procesie leczenia niepłodności

Mgr Tatiana Ostaszewska-Mosak

Polskie Stowarzyszenie Psychologów Niepłodności

Człowiek jest jednością psychofizyczną. Rozróżnienie pomiędzy fizycznością – somatyką, a funkcjonowaniem psychicznym, od dawna jest podziałem sztucznym i dokonywanym w celu uproszczenia tego skomplikowanego modelu. Jest ono także konsekwencją systematycznie postępującej specjalizacji poszczególnych dziedzin naukowych zajmujących się człowiekiem i jego zdrowiem. Jednak wszędzie tam, gdzie łączenie tych sfer jest możliwe, współpraca między różnymi specjalistami pozwala osiągnąć efekt synergii, generując w ten sposób wartość dodaną dla pacjenta. Ma to kluczowe znaczenie w przypadku starań o dziecko, a szczególnie w sytuacji, gdy to staranie przedłuża się ponad miarę i mogą lub muszą być stosowane medyczne procedury wspomagające.

### Wielowymiarowość problemu niepłodności

Niepłodność stwierdza się po upływie roku regularnego współżycia bez osiągnięcia ciąży. Jest to zjawisko wielowymiarowe i pociągające za sobą całe spektrum konsekwencji. Dotyczą one zarówno fizjologii, psychiki, jak i życia społecznego jednostek doświadczających tej choroby. Mówimy tu o chorobie, gdyż według nowoczesnych standardów nauk biologicznych i społecznych, pełne zdrowie prokreacyjne człowieka to nie tylko stan braku choroby i zaburzeń, ale zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) to „pełny fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan w zakresie funkcji oraz procesów związanych z prokreacją na wszystkich etapach życia”. Kiedy więc stan ten z jakichkolwiek przyczyn nie jest osiągnięty, jednostka ma prawo dążyć – korzystając ze wszelkich dostępnych środków oraz własnej gotowości – do odwrócenia tej tendencji.

W dążeniu do przywrócenia zdrowia prokreacyjnego wydaje się więc wskazane połączenie zdobyczy różnych dziedzin nauki, głównie medycyny i psychologii. W przeciwnym wypadku poszukiwania praktycznych i skutecznych rozwiązań pomagających pacjentom będą trwać dłużej i przeważnie nie będą to rozwiązania optymalne.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że rozwiązania te muszą opierać się na danych naukowych i zostać właściwie udokumentowane empirycznie. Muszą być także systematycznie weryfikowane i uaktualniane.

Pacjenci wymagają bowiem leczenia zgodnego ze współczesnymi standardami całościowej i humanistycznej opieki medycznej, bazującego na nowoczesnej wiedzy naukowej oraz współpracy specjalistów z różnych dziedzin, dążących do osiągnięcia upragnionego celu, minimalizując równocześnie wszelkie cierpienia chorych.

### Komplementarność psychologii w terapii niepłodności

Właśnie w minimalizowaniu negatywnych kosztów diagnostyki i leczenia niepłodności upatrywać należy przyszłości zadań psychologicznych. Jest to właściwy zakres działania psychologa wspierającego pacjenta doświadczającego niechcianej bezdzietności. Leczenie niepłodności nie opiera się jednak na pracy jednego specjalisty. To najczęściej działanie zespołowe. Dlatego psycholog powinien być również przygotowany do objęcia swoim wsparciem ludzi pracujących na rzecz pacjentki, pacjenta lub pary. Kompetencje pozamedyczne członków zespołu, takie jak dobra komunikacja, sposób radzenia sobie ze stresem oraz trudnymi sytuacjami, zrównoważona empatia, maksymalne uproszczenie i humanizacja procedur to często klucz do lepszego samopoczucia pacjentów w tak obciążającym procesie, jakim jest leczenie niepłodności.

Takie ujęcie stanowi poszerzenie zakresu obowiązków psychologa w porównaniu do działalności, która obowiązywała do niedawna, i z którą psycholog był kojarzony. Psychologia zdrowia to bardzo szybko rozwijająca się część psychologii. W ostatnich latach przeprowadzono na całym świecie wiele badań pokazujących dalsze kierunki zainteresowań. Po pierwsze, w zakresie szeroko pojętej psychosomatyki – czyli poszukiwania czynników ryzyka chorób w życiu psychicznym człowieka. Po drugie, w zakresie somatopsychologii, czyli tego, jak choroby wpływają na funkcjonowanie człowieka i jakie są ich konsekwencje dla jego funkcjonowania psychospołecznego.

### Przyczyna czy skutek, czyli o roli psychologa

Dla problematyki niepłodności i jej leczenia oba kierunki są istotne. Na szczególną uwagę zasługują te doniesienia, które podają w wątpliwość twierdzenia do niedawna będące nurtem obowiązującym i nie podlegającym dotychczas dyskusji. Mówią one o psychogenym podłożu niepłodności, jej uwarunkowaniach i o czynnikach ryzyka, takich jak dieta, stres, czynniki środowiskowe. Obowiązujący do pewnego momentu model poszukiwań psychogenego podłoża niepłodności wraz z rozwojem medycyny zaczyna stopniowo – choć bardzo powoli – odchodzić w przeszłość. Nie został on we właściwy i przekonujący sposób dowiedziony w badaniach naukowych, a skuteczność metod pracy psychologicznej

i terapeutycznej z niego wynikających nie została w dostateczny sposób potwierdzona. Pomimo istnienia pewnych sygnałów, badacze z wielkim sceptycyzmem odnoszą się do poglądu o niepłodności wynikającej bezpośrednio z problemów natury psychologicznej.

Z całą pewnością nie można już mówić o prostej zależności przyczynowo-skutkowej i doprowadzać do sytuacji nadmiernej koncentracji na problemach psychicznych pacjentów lub do ograniczenia się tylko do nich. Pomijając inne konsekwencje, może to doprowadzić do dalszego narastania problemów z płodnością oraz do trwania cennego potencjału prokreacyjnego kobiet i mężczyzn, który maleje wraz z czasem.

W celu doskonalenia profesjonalnego warsztatu psychologów i lekarzy ważne jest zatem stałe monitorowanie doniesień badawczych oraz uczynienie z nich zagadnienia interdyscyplinarnego.

Wiele mówi się także w ostatnich latach o psychospołecznych konsekwencjach niepłodności oraz jej leczenia. Zakres zainteresowań psychologów niepłodności poszerzył się bowiem, uzupełniając psychosomatykę o somatopsychologię, która w tym zakresie pełnić powinna kluczową rolę. Bardziej efektywnym i skutecznym wkładem psychologów praktyków będzie więc koncentrowanie się na możliwych i już zaistniałych problemach psychologicznych oraz społecznych osób niepłodnych. Jest to bowiem choroba złożona, skomplikowana i różnorodnie manifestowana. Należy również pamiętać, że nie dotyczy ona tylko jednej osoby, ale pary oraz całego jej środowiska. Do indywidualnych problemów psychologicznych, emocjonalnych, a nierzadko moralnych (nie mówiąc już o kłopotach praktycznych – logistycznych czy finansowych) dochodzą więc ewentualne problemy małżeńskie, seksualne, rodzinne, a także związane ze sferą zawodową. Tak więc nadrzędnym celem pracy psychologa powinno być postępowanie ukierunkowane na jak najszybsze i najbardziej skuteczne osiągnięcie lub zbliżanie pacjentów do bieguna zdrowia na kontinuum zdrowie – choroba.

Założenie to implikuje skupienie się na sytuacji zastanej oraz pracy skierowanej na rozwiązywanie problemów powstających i narastających wraz z upływem czasu, a także komplikowaniem się sytuacji biomedycznej.

### Psychologiczne aspekty niepłodności

Problemy emocjonalne i życiowe – indywidualne i partnerskie, mogą pojawić się u pacjentów na każdym etapie choroby oraz jej leczenia. Każde z tych wydarzeń samo w sobie może być wystarczająco obciążające, aby poziom odczuwanej satysfakcji życiowej znacząco spadł. Niektóre z tych sytuacji, szczególnie jeśli trwały zbyt długo (w ocenie możliwości danej osoby) oraz nie zostały rozwiązane prawidłowo, mogą być potencjalnymi przyczynami cierpienia psychicznego, wpływającymi na całokształt samopoczucia. A zatem oddziałują one bezpośrednio i pośrednio na odczuwaną uciążliwość choroby oraz na zdolność do podejmowania dalszego skutecznego leczenia lub innych ważnych decyzji.

Tabela 1. Lista potencjalnych sytuacji wpływających na stan emocjonalny pacjentów

Długotrwałe staranie naturalne;
Poszukiwanie przyczyn niemożności zajścia w ciążę lub jej utrzymania;
Diagnostyka wstępna i zaawansowana;
Diagnoza niepłodności;
Brak jasnej diagnozy niepłodności;
Zastosowanie leczenia;
Przedłużające się leczenie;
Zmiana procedur medycznych w trakcie leczenia;
Niemożność nawiązania satysfakcjonującej współpracy z lekarzem (bez względu na efekt leczenia);
Zła współpraca z placówką, w której odbywa się diagnostyka i/lub leczenie;
Nawracające poronienia;
Terminacja ciąży;
Ciąża pozamaciczna;
Ciąża uzyskana po długotrwałym leczeniu;
Ciąża po powtarzających się poronieniach;
Poród po ciąży zagrożonej, tokofobia;
Połów po ciąży zagrożonej, depresja poporodowa;
Możliwość lub konieczność korzystania z dawstwa/biorstwa;
Problematyka rodzicielstwa po adopcji gamet lub zarodka;
Przygotowanie do procesu adopcyjnego;
Proces kończenia się starań;
Przygotowanie do świadomej bezdzietności.

Właściwa pomoc psychologiczna staje się więc bardzo potrzebnym elementem, zarówno profilaktycznym, jak i terapeutycznym w momencie wystąpienia problemów.

Dynamika pojawiania się trudności oraz skuteczność sposobów radzenia sobie z nimi jest bardzo zmienna. Zależy od cech osobowości, temperamentu, wcześniejszych doświadczeń życiowych, ogólnych kompetencji społecznych. Niebagatelny wpływ mają także takie czynniki jak: jakość związku, jakość wsparcia społecznego, gotowość i umiejętność korzystania ze wsparcia, ogólne poczucie zdrowia, sytuacja rodzinna i zawodowa, czy światopogląd. Każdy z tych czynników oddzielnie, ich wzajemne zależności oraz pozytywny lub negatywny efekt synergiczny mają wpływ na sposób przeżywania niepłodności i jej leczenie. Tak więc w każdym z tych zakresów (w powiązaniu z chorobą) dobrze rozumiana i wdrożona pomoc psychologiczna może mieć ogromne znaczenie.

### Psycholog wspierający leczenie niepłodności – czyli specjalista w zespole

Jak zostało pokazane powyżej, przedłużające się doświadczanie niepłodności to zjawisko wielowymiarowe, zawierające zarówno aspekty medyczne, psychologiczne, jak i społeczne. Psycholog pracujący z takimi pacjentami powinien mieć wobec tego specjalne i wszechstronne przygotowanie.

Diagnostyka i leczenie niepłodności to bardzo szybko rozwijająca się dziedzina. Wiele zagadnień zostało przez ostatnie lata pogłębionych. Wiedza na temat przyczyn niepłodności, jak i możliwości ich leczenia, stale się zwiększa. Psycholog prawidłowo rozumiejący swoją rolę, działający w tym obszarze nie może więc pozostawać w tyle. Jego wiedza zawierająca podstawowe informacje medyczne oraz aktualna, oparta na dowodach wiedza psychologiczna i psychoterapeutyczna powinny być stale aktualizowane. Pacjent podczas rozmowy powinien mieć poczucie bycia rozumianym, a nie tylko wysłuchanym. Psycholog musi poznać przeżycia pacjenta oraz przebyte procedury, a także wiedzieć z jakimi następstwami psychofizycznymi mogą one się wiązać. Ponadto, podstawowe pojęcia z zakresu endokrynologii, embriologii, działania układu nerwowego i rozrodczego powinny stanowić absolutne abecadło psychologa niepłodności. Jest to niezbędne do pracy z pacjentem oraz współpracy z zespołem medycznym. Dotyczy to nie tylko psychologów pracujących w klinikach i ośrodkach leczących niepłodność, ale wszystkich, którzy z takimi pacjentami się stykają. Stąd konieczność ciągłego uczenia się w tym zakresie.

Z całą pewnością psycholog niepłodności powinien posiadać również odpowiednie przygotowanie kliniczne z psychologii. Musi bowiem umieć rozpoznać zaburzenia, które mogą być wynikiem niepłodności i jej leczenia. Ich spektrum jest szerokie, m.in.: cykliczne wahania nastroju, obniżenia nastroju prowadzące w skrajnych przypadkach do depresji, zaburzenia maniakalne, zaburzenia lękowe (epizody lęku panicznego, fobie, lęki o podłożu egzystencjalnym), zaburzenia odżywiania (wahania apetytu, bulimia, anoreksja, ortoreksja), zaburzenia snu, PTSD, zaburzenia funkcjonowania społecznego, zaburzenia więzi partnerskiej czy zaburzenia seksualne. Psycholog musi umieć trafnie ocenić czy i jak



może pracować z daną osobą lub parą, czy też powinien zwrócić się o konsultację lub pomoc do lekarza psychiatry. Błędem jest bowiem bagatelizowanie doświadczeń pacjentów i samodzielne prowadzenie terapii osób z poważnymi stanami klinicznymi bez właściwego wsparcia lekarskiego czy farmakologicznego.

Psycholog pracujący w obszarze leczenia niepłodności powinien mieć także specjalistyczne przygotowanie terapeutyczne. Każda ze szkół psychoterapeutycznych ma swoje podłoże teoretyczne i wynikające z niego propozycje i możliwości pracy. Jednak w tym miejscu trzeba podkreślić podstawową zasadę postępowania naukowego i etycznego – imperatyw wybierania metod, które zapewnią osiągnięcie celu pacjenta za pomocą środków sprawdzonych metodologicznie, o wykazanej skuteczności, minimalizując jednocześnie koszty zarówno emocjonalne, finansowe, jak i czasowe. Szczególnie o tym ostatnim czynniku nie wolno psychologowi niepłodności zapominać, ani go bagatelizować.

Dobłą i wskazaną praktyką byłoby, aby psycholog wspierający leczenie niepłodności miał również przygotowanie i doświadczenie w zakresie możliwości pracy indywidualnej, z parami oraz grupami, a także przygotowanie do pracy z personelem medycznym.

Reasumując, psychologowie niepłodności powinni być grupą specjalistów o wysokich kwalifikacjach, niezbędnych do udzielania wszechstronnej pomocy psychologicznej, mającej na celu wsparcie osób doświadczających, diagnozujących lub leczących niepłodność.

### Psycholog specjalista, czyli u kogo pacjent powinien szukać wsparcia

Wyżej wymienione kryteria wymagań w odniesieniu do psychologów niepłodności powinny wyznaczać kierunek ich kształcenia, samokształcenia oraz zdobywania doświadczenia zawodowego. Nie wolno bowiem zapominać jak specyficzną grupą pacjentów są ludzie zmagający się z niechcianą bezdzietnością. Frustracja i stres wiążące się z brakiem możliwości realizacji tak podstawowej potrzeby, jaką jest potrzeba posiadania dziecka, rodzi konsekwencje dające się porównać z przeżyciami towarzyszącymi m.in. chorobom nowotworowym.

Różnorodność emocji i poziomów ich doświadczania jest ogromna, tak samo jak sposobów radzenia sobie z mniej i bardziej obciążającymi przeżyciami. Na początku zaskoczenie, niepokój, konieczność weryfikacji życiowych planów, permanentny stan oczekiwania na zasadniczą zmianę, regularnie powtarzające się rozczarowanie, zniechęcenie, obniżające się sukcesywnie poczucie własnej wartości. Następnie nasilające się poczucie izolacji, braku zrozumienia ze strony bliższego i dalszego otoczenia, wahania nastroju, narastający stan braku poczucia sensu. To tylko kilka z możliwych wzorów emocjonalnych.

Psycholog dobrze przygotowany do pracy z takimi pacjentami pomoże im znaleźć konkretne, skuteczne rozwiązania, pozwalające przetrwać trudności i poradzić sobie z nimi. Pomoże odzyskać utracone poczucie kontroli nad własnym życiem, powstrzymać obniżanie się poczucia własnej wartości. Dostarczy także wielu potrzebnych informacji na temat samego leczenia, charakterystycznych zachowań oraz jak odróżnić normę w przeżywaniu emocji od stanu wymagającego specjalistycznej pomocy. Może także nauczyć poszczegól-

nych, uznanych przez siebie w procesie zawodowego doświadczenia za efektywne, metod kontrolowania emocji oraz stresu. Pomoże usprawnić komunikację między partnerami, ich rodziną i personelem, z którym pacjenci się stykają. Co bardzo ważne, pozwoli skonfrontować się i rozprawić z wieloma stereotypami dotyczącymi niepłodności i jej leczenia, a także pomoże zidentyfikować osobiste ograniczające i przeszkadzające przekonania na temat tej trudnej sytuacji.

Poznanie mitów na temat płodności, seksu, zabiegów medycznych i uzyskanie racjonalnej zdolności do oddzielenia ich od sprawdzonych metod, zweryfikowanych badawczo, nauczenie się niepodtrzymywania osłabiających myśli i emocji to kompetencje trudne do przecenienia w długotrwałych staraniach o dziecko.

Tabela 2. Metody pomocy psychologicznej w procesie diagnostyki i leczenia niepłodności

---

**Pomoc doraźna** – pomoc nastawiona na działanie w danym momencie, często trudnym czy wręcz traumatycznym dla pacjenta. Może przybierać postać profilaktyki, mającej na celu jak najszybsze przygotowanie pacjenta do mających nadejść trudności. Obejmuje takie elementy, jak interwencja kryzysowa, psychoedukacja, uzupełnienie wiedzy, rozmowa skoncentrowana na znalezieniu rozwiązania;

---

**Pomoc długofalowa** – pomoc rozłożona na kilka, kilkanaście spotkań, czasem zawarcie kontraktu terapeutycznego. Jest to zaplanowanie przyszłych działań, rozwiązanie najważniejszych problemów w „tu i teraz”, praca z ograniczającymi przekonaniem, nauka metod radzenia sobie z emocjami i stresem, psychoterapia.

---

**Praca indywidualna** – praca z jedną osobą z pary zawiera wszystkie powyższe formy pracy działań terapeutycznych;

---

**Praca z parą** – terapia związku, obejmująca wspólne przygotowanie do przyszłych zadań, psychoedukację, rozwiązywanie konkretnych problemów, na przykład komunikacyjnych;

---

**Praca grupowa** – wykłady, warsztaty, udział w spotkaniach grup wsparcia oraz zajęciach uczących technik radzenia sobie ze stresem;

---

**Pomoc bezpośrednia, osobista** – najczęściej praca z pacjentem odbywa się w gabinecie psychologicznym, bez wykluczenia innych formy leczenia. Jeśli stan pacjenta jest ciężki lub budzi niepokój terapia powinna obejmować także wizyty domowe. Doraźnie próby pomocy mogą być udzielane również przez telefon lub drogą mailową. Często stosowaną formą pracy wspomagającej jest biblioterapia, która może być także stosowana w przypadku, gdy nie jest możliwa praca regularna (na przykład ze względu na odległość dzielącą terapeutę i pacjentkę).

---

## Współpraca z psychologiem, czyli kiedy pacjent powinien trafić do specjalisty

Lekarz prowadzący powinien kierować poszczególnych pacjentów lub parę na konsultację psychologiczną jeżeli ich stan emocjonalny budzi jego wątpliwości, a sam nie chce lub nie jest w stanie się tym zająć z powodu ograniczonych możliwości czasowych lub świadomości stanu wykraczającego poza kompetencje z zakresu psychologii. Wśród przesłanek można wymieść niepokój dotyczący stanu emocjonalnego pacjentki lub pacjenta, obawę przed tym, że para nie ma uzgodnionego, jednolitego planu leczenia, widoczne konflikty między partnerami, trudności w komunikacji lub inne spostrzeżenia, mogące według lekarza być elementami potencjalnie utrudniającymi lub uniemożliwiającymi leczenie.

Trzeba tu podkreślić, że konsultacja psychologiczna nie oznacza automatycznie rozpoczęcia psychoterapii lub innego leczenia psychologicznego. Służy sprawdzeniu stanu w jakim pacjenci się znajdują i określeniu jakiego rodzaju pomocy mogliby potrzebować. Bardzo często zdarza się tak, że współpraca między lekarzem a parą układa się bardzo dobrze, pacjenci dobrze radzą sobie z sytuacją leczenia i żadna pomoc psychologiczna nie jest potrzebna. Istnieje także taka możliwość, że współpraca układa się dobrze, ale pacjenci sami poszukują sposobów na poradzenie sobie z trudnościami i chcą poprawić swoje funkcjonowanie w chorobie i leczeniu.

Należy podkreślić, że finalna decyzja o konieczności lub potrzebie skorzystania z pomocy psychologicznej zawsze leży po stronie pacjentów. Nawet wtedy kiedy specjaliści uważają, że byłoby to wskazane, mogą jedynie taki krok zalecić czy zasugerować.

Z nieco inną sytuacją mamy do czynienia tylko w sytuacji problematyki dawstwa/biorstwa. Z badań i doświadczeń krajów bardziej zaawansowanych w tych procedurach niż Polska wynika, że konsultacja psychologiczna (przynajmniej jednorazowa) powinna być obowiązkowa dla uczestników tego typu leczenia. Wykluczyć bowiem należy wszelkiego rodzaju zaburzenia somatyczne i psychologiczne, a także zgłębić motywację takiego postępowania. Pozostaje mieć nadzieję, że również w naszym kraju tego rodzaju postępowanie stanie się powszechnie obowiązującą dobrą praktyką i normą.

## Rozdział 5

### Psychologiczne potrzeby pacjentów

*Mgr Anna Krawczak  
Przewodnicząca Stowarzyszenia Nasz Bocian*

W 2015 r. w Polsce istnieje prawdopodobnie ok. 40 ośrodków leczenia niepłodności wykonujących procedurę zapłodnienia pozaustrojowego in vitro. Użycie zastrzeżenia „prawdopodobnie” jest konieczne z uwagi na fakt, iż nie funkcjonuje żadna centralna instytucja, która prowadziłaby ewidencję wszystkich placówek sprawdzając, które z nich zawieszają swoją działalność, które ją kontynuują, a które rozrastają się w filie. Monitorując liczbę ośrodków na podstawie informacji od samych pacjentów podejmujących leczenie w danym ośrodku Stowarzyszenie na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian”, szacuje finalną liczbę placówek leczenia niepłodności na ok. 45–46. Tym samym określenie liczby pacjentów, którzy rokrocznie korzystają z usług ośrodków jest niemożliwe.

Sięgając do raportów European IVF Monitoring Polska, które każdego roku są przygotowywane przez Sekcję Płodności i Niepłodności przy Polskim Towarzystwie Ginekologicznym, możemy się przekonać, iż liczba wykonywanych procedur in vitro z roku na rok wzrasta, podobnie jak rośnie liczba wykonywanych inseminacji. Czy to oznacza, że każdego roku coraz więcej Polek i Polaków cierpi z powodu niepłodności? Niekoniecznie. Tendencja zwykła może wynikać również z faktu, iż rokrocznie nowe ośrodki dołączają do EIM Polska i dostarczają swoje dane, przez co liczby w tabelach rosną. Przykładowo w roku 2009 swoje raporty złożyło 25 ośrodków, a już trzy lata później, w roku 2012 raporty złożyły 33 ośrodki. Należy przy tym podkreślić, iż liczba ośrodków funkcjonujących w Polsce pozostawała przez ostatnie lata względnie stała, a samo raportowanie do EIM nie jest obowiązkowe i w Polsce funkcjonują również ośrodki nieraportujące, więc liczby podawane w ramach raportu z pewnością są niekompletne i niedoszacowane. Raporty EIM Polska są jednak jedynymi próbami dokumentowania liczby wykonywanych w Polsce zabiegów medycyny rozrodu, a więc i pośredniego udokumentowania skali problemu niepłodności w kraju.

Zgodnie z ostatnim raportem EIM 2012 wykonano w Polsce 11 263 procedury wspomaganego rozrodu (łącznie zapłodnienie in vitro, in vitro ICSI, in vitro IMSI, in vitro z użyciem komórek dawczyni lub komórek dawcy), 14 727 inseminacji (łącznie inseminacje z użyciem nasienia partnera lub dawcy) oraz przeprowadzono 267 adopcji zarodków przekazanych przez pary na rzecz innych pacjentów. Naturalnie nie oznacza to, iż w 2012 r.

leczenie w polskich ośrodkach podjęło w sumie ponad 26 tysięcy osób: wiele zabiegów (np. inseminacji domacicznej lub in vitro) powtarza się więcej niż jeden raz u tych samych pacjentów.

Ponadto raporty EIM Polska w ogóle nie uwzględniają innych świadczeń medycznych niż zabiegi wspomaganego rozrodu (in vitro i inseminacja domaciczna), tak więc nie wiemy, ile kobiet i mężczyzn zgłasza się każdego roku do polskich ośrodków po leczenie metodami mniej zaawansowanymi tj. leczenie hormonalne, operacyjne itd. Wreszcie nie wiemy, jak wiele podmiotów oferuje w Polsce leczenie niepłodności metodami innymi niż zapłodnienie pozaustrojowe in vitro i na czym dokładnie wówczas „leczenie niepłodności” polega. Należy przy tym pamiętać, iż pary określające same siebie jako niepłodne nie zawsze zwracają się po pomoc ku medycynie konwencjonalnej, niekiedy wybierają również metody medycyny alternatywnej, takie jak bioenergoterapia, akupunktura, ziołolecznictwo. Tym samym ostateczna liczba Polaków definiujących się jako osoby niepłodne lub osoby z problemami płodności, nie jest i nie może zostać poznana.

Zwracając się ku twardym statystykom, zgodnie z wyliczeniami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego problem niepłodności dotyka co roku ok. 1,5 miliona polskich par, jednak oczywiście nie oznacza to, iż każda z tych par będzie wymagała zapłodnienia in vitro. Co więcej nie oznacza to nawet, iż każda z 1,5 mln par będzie chciała zostać rodzicami, o czym również często się zapomina szacując skalę problemu niepłodności.

Kliniczna niepłodność (brak możliwości spontanicznego uzyskania ciąży) zupełnie nie musi współwystępować z jednoczesną wolą zostania rodzicem: z pewnością jakiś procent osób klinicznie niepłodnych czy bezpłodnych nie planuje rodzicielstwa – tymczasowo lub trwale – niezależnie od swojej kondycji zdrowotnej. Wreszcie z reguły nie podnosi się, iż znakomita większość z 1,5 mln par rozwiąże swoje pragnienie dziecka bez sięgania po metodę in vitro, ponieważ mniej zaawansowane techniki medyczne (a czasem również konsekwentna zmiana stylu życia) okazały się być skuteczne i doprowadzą do upragnionej ciąży. Jak zauważa Jerzy Radwan: *Płodność pary zależy od płodności obojga partnerów, a większość osób zgłaszających się do lekarza nie jest niepłodna, lecz ma obniżoną w różnym stopniu zdolność koncepcji* [1].

Co jednak z parami, u których zawiedzie zmiana diety, farmakoterapia, zabiegi udrażniania jajowodów, obserwacja śluzu, ziołolecznictwo i szereg innych? Zgodnie z zasadami przyjętymi przez *Narodowy Program Leczenia Niepłodności na lata 2013–2016*, do leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego kwalifikują się pary, które mają albo potwierdzoną klinicznie bezwzględną przyczynę niepłodności (np. niedrożne jajowody) albo bezskutecznie korzystały z mniej zaawansowanych metod lub też dotknęła ich tzw. niepłodność idiopatyczna, czyli przedłużająca się bezdzietność bez ustalonej medycznie przyczyny.

Czy to oznacza, że wszystkie pary, u których zawiodły mniej zaawansowane metody leczenia i które nadal pozostają bezdzietne, trafią do ośrodków leczenia niepłodności? Nie. Z szeregu badań [2,3] dowiadujemy się, iż statystycznie tylko połowa par spełniających kryteria „bycia niepłodnym” decyduje się w ogóle na podjęcie jakiegokolwiek leczenia. Konkluzje badaczy wskazują, iż dzieje się tak ponieważ samo wyobrażenie o leczeniu niepłodności i wiążącym się z nim atrybutami: ingerencją w intymność, wyobrażoną bolesnością procedur, ich kosztem, ale też ciężarem emocjonalnym niesionym przez parę i strachem

przed porażką, jest tak silnie stresujące, że połowa par w ogóle odrzuca możliwość terapii lub odwleka ją w czasie.

W obliczu powyższych faktów tym istotniejsze staje się otoczenie osób doświadczających niezamierzonej bezdzietności profesjonalną opieką psychologiczną i zapewnienie im dostępu do specjalistów w tej dziedzinie. Warto zauważyć, że objęcie pacjentów niepłodnych opieką psychologiczną stanowi również dla samych ośrodków oraz środowiska lekarskiego rodzaj inwestycji – nieoczywistej i długoterminowej – jednak koniecznej, jeśli ośrodki chcą rozszerzać swoją działalność.

### Psychologia niepłodności w Polsce

Gdybyśmy mieli swoje wyobrażenie o ofercie psychologicznej skierowanej do osób niepłodnych opierać na opublikowanym w sierpniu 2014 r. przez „Gazetę Wyborczą” *Rankingu klinik in vitro* (udział w rankingu wzięło 30 placówek, a zatem więcej niż połowa ośrodków funkcjonujących w Polsce) moglibyśmy odnieść wrażenie, iż pozycja psychologa w leczeniu niepłodności jest w Polsce co najmniej trwale ugruntowana. Zgodnie z danymi zaprezentowanymi w Rankingu zatrudnienie psychologa lub współpracę z psychologiem deklaruje aż 26 ośrodków. Tymczasem z danych Stowarzyszenia Nasz Bocian, które przygląda się rynkowi leczenia niepłodności od 13 lat, a od 2013 r. organizuje raz w roku seminarium dla psychologów niepłodności poświęcone wymianie doświadczeń pomiędzy pacjentami i środowiskiem psychologicznym wynika, iż realną pracę z pacjentami opartą na zasadzie regularności (fizyczna obecność psychologa w ośrodku i przyjmowanie tam pacjentów, sformalizowana współpraca z ośrodkiem wyrażona stosunkiem pracy lub przynajmniej wzajemnym zobowiązaniem, posiadanie oferty psychologicznej dla pacjentów w postaci konsultacji, warsztatów, grup wsparcia itd.) posiada ok. 11–13 z nich. Skąd wynika rozbieżność? Dane do rankingu „Gazety Wyborczej” były pozyskiwane bezpośrednio od właścicieli ośrodków i nie były później weryfikowane przez autorów rankingu. Zatem finalna zawartość rankingowych tabel opierała się na deklaracjach samych właścicieli, przeważnie lekarzy. Z rozmów z lekarzami wynika zaś, iż oferta psychologiczna w ośrodku leczenia niepłodności potrafi być definiowana przeróżnie i czasem dość zaskakująco (źródło: rozmowy z lekarzami i pacjentami, „Pacjencki monitoring ośrodków leczenia niepłodności 2014–2015”) i wcale nie musi oznaczać fizycznej obecności psychologa w placówce. Dla części ośrodków zapewnienie pacjentom teoretycznej możliwości kontaktu z psychologiem poprzez wyłożenie na kontuarze w rejestracji wizytówek psychologa było na przykład postrzegane jako realizacja opieki psychologicznej w terapii niepłodności. Inne ośrodki realizują wsparcie psychologiczne poprzez odsyłanie pacjentów do zewnętrznych gabinetów psychologicznych, niekiedy mieszczących się w innych miastach. Inne placówki interpretują psychologiczne wsparcie jako organizację okazjonalnych warsztatów z psychologiem nawet jeśli takie warsztaty odbywają się nie częściej niż raz w roku. Wreszcie szereg ośrodków postrzega obecność psychologa w procesie leczenia niepłodności za zbędną, a pacjent wymagający wsparcia psychologicznego bywa często mylony z pacjentem wymagającym

interwencji psychiatrycznej. Ta ostatnia kwestia może wyjaśniać, dlaczego wsparcie w leczeniu niepłodności często nie ma szans spełnić swojej roli, a pomoc psychologa nie zostaje doceniona przez personel medyczny: do psychologa polscy lekarze często odsyłają dopiero pary w głębokiej depresji lub w stanie, który uniemożliwia podjęcie terapii medycznej. Przez to najważniejsza funkcja pomocy psychologicznej w leczeniu niepłodności, czyli wsparcie, redukcja stresu i obniżenie emocjonalnych kosztów leczenia, nie ma możliwości się zrealizować. Genezę tego zjawiska wyjaśnia Barbara Dolińska w swojej książce „Bezdzietność. Perspektywa Społeczno-kulturowa”: (...) *niechętnie metodom nieakceptowanym przez Kościół katolicki, deklaratywnie pronatalistyczne państwo polskie na długie lata pozostawiło leczenie niepłodności w prywatnych rękach. Procedury wspomaganego rozrodu, onegdaj finansowane z budżetu państwa w fazie eksperymentu, do urodzenia się pierwszych polskich „dzieci z próbki”, w 1992 roku przestały być refundowane. (...) Większość ośrodków leczenia niepłodności mających status prywatny powstała wokół ośrodków akademickich, a założona została przez lekarzy specjalizujących się w medycynie rozrodu. Nic dziwnego, że akademicy lekarze przenieśli do klinik leczenia niepłodności akademickie standardy, czyli możliwie najskuteczniejsze metody leczenia dolegliwości z pominięciem problemów psychologicznych wynikających z przymusowej bezdzietności i obciążającego emocjonalnie postępowania medycznego, któremu pacjenci musieli być poddawani. Tradycyjna medycyna zakłada bowiem asymetryczny model relacji między lekarzem a pacjentem, polegający na aktywności lekarza i bierności pacjenta oraz kierowaniu postępowaniem medycznym przez lekarza” [4].*

Opisane wyżej zjawisko praktycznej nieobecności polskiego psychologa niepłodności w wielu ośrodkach i bardzo powolnego budowania jego pozycji w innych, ma jednak również równoległą przyczynę, jaką jest konieczność finansowania psychologicznego wsparcia przez samych pacjentów. *Opieka psychologiczna w leczeniu niepłodności nie jest bowiem w Polsce rozwiązana na poziomie systemowym (tj. powszechnego dostępu do takiego świadczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kształcenia psychologów specjalizujących się konkretnie w pomocy parom doświadczającym niepłodności). Średni koszt pojedynczej konsultacji psychologicznej w ośrodku leczenia niepłodności waha się w granicach 100–150 zł, i wydaje się, że takie kwoty mogą mieć istotne znaczenie dla osób, które tak czy inaczej ponoszą duże wydatki z tytułu terapii niepłodności. Finansowe obciążenie terapii zmusza zaś pacjentów do wartościowania i dzielenia wydatków na te konieczne (terapia medyczna) i te pożądane, ale jednak zbędne (wsparcie psychologiczne). Istnieją oczywiście ośrodki, które w ramach prowadzenia „polityki przyjaznej pacjentowi” oferują od jednej do dwóch bezpłatnych konsultacji psychologicznych bądź zapewniają dostęp do darmowych warsztatów psychoedukacyjnych, stanowią one jednak mniejszość na polskim rynku (ok. 6–8 polskich ośrodków prowadzi takie programy). Co więcej opisana wyżej polityka ośrodków z reguły adresowana jest do par będących już w procesie leczenia metodą in vitro, a przecież pacjentami ośrodków bywają również, i to w większości, pacjenci niewymagający tak zaawansowanej terapii: statystycznie tylko jedna para na 10 doświadczających niepłodności i korzystających z pomocy medycyny wymagać będzie metody in vitro [1].*

Z jednej strony więc mamy „Rekomendacje w psychologii niepłodności”, które szacują, iż odsetek niepłodnych pacjentów potrzebujących profesjonalnej pomocy wynosi

ok. 20% [5], ale z drugiej strony polskie pary po pierwsze muszą za tę pomoc płacić na ogół z własnej kieszeni, po drugie decydując się na skorzystanie z takiej pomocy nie wiedzą tak naprawdę, jaka będzie jakość świadczenia i przez kogo zostanie ono udzielone (polskie uczelnie nie prowadzą specjalizacji psychologii niepłodności, a psychologowie współpracujący z klinikami to zarówno psychologowie kliniczni, psychoterapeuci, jak i osoby po dwuletnich kursach konkretnych szkół terapeutycznych).

### Kim jest psycholog niepłodności?

Cofnijmy się do wspomnianych już „Rekomendacji w psychologii niepłodności”. W 1989 r. w Wielkiej Brytanii przeprowadzono krajowe badania w celu sprawdzenia, jak w praktyce wygląda opieka psychologiczna i doradztwo dla par, które podejmują terapię w ośrodkach leczenia niepłodności. Wydawało się, że ustalenia mogą być wyłącznie pozytywne. Jeszcze w 1986 r. brytyjski raport opisujący funkcjonowanie pacjentów w ośrodkach leczenia niepłodności w czasach pierwszego „boomu inwitrowego” stwierdzał: *„We wszystkich ośrodkach personel medyczny jest zaangażowany w początkowe poradnictwo dla pacjentów, ale później w proces doradztwa włączany jest też często wykwalifikowany personel pielęgniarstwa uczestniczący w programie. Niektóre ośrodki zatrudniają specjalnie wyszkolonych doradców i psychologów(...) Ogólnie rzecz biorąc troska, jaką pracownicy otaczają pacjentów, jest w najwyższym stopniu imponująca [6]*

Co mogło więc pójść źle? Nowa dziedzina leczenia niepłodności, jaką było zapłodnienie pozaustrojowe, jawiła się jako oferta kompleksowo obejmująca zarówno cel, czyli urodzenie dziecka, jak i drogi dochodzenia do celu, czyli maksymalny dobrostan pacjentów, jaki był możliwy w tej trudnej dla nich sytuacji. Badania postanowiono jednak powtórzyć trzy lata później i tym razem przyjrzeć się temu, kto dokładnie doradza pacjentom i jak w praktyce wygląda jakość psychologicznego wsparcia. Okazało się, że na 25 funkcjonujących w owym czasie w Wielkiej Brytanii klinik, jedynie 1/4 zapewniała pacjentom dostęp do wykwalifikowanego specjalisty – psychologa, zaś w 60% klinik pod „specjalnie wyszkolonym doradcą” krył się po prostu... lekarz. Doradztwo sędowano również na personel pielęgniarstwa: aż w 65% ośrodków „opieką psychologiczną” zajmowały się położne i pielęgniarki [7].

Ta sytuacja pokazała środowisku psychologicznemu dwie rzeczy: po pierwsze skonfrontowała je z faktem, iż ośrodki leczenia niepłodności zawłaszczyły niemal cały proces psychologiczny włączając go w proces medyczny i zacierając granice pomiędzy nimi. Po drugie przybliżyła świadomość, iż działania naprawcze muszą zostać podjęte natychmiast, i że w tym celu środowisko psychologiczne musi zidentyfikować obszary zainteresowania psychologii niepłodności, wyznaczyć własne standardy i wreszcie zając jednoznaczne stanowisko.

W 1999 r. w ramach wewnętrznej grupy Psychology&Counselling ESHRE (Europejskiego Towarzystwa Ludzkiego Rozrodu i Embriologii) zebrali się delegaci reprezentujący krajowe środowiska psychologiczne i na podstawie raportów i zaleceń siedmiu

narodowych ciał doradczych (z Hiszpanii, Niemiec, Argentyny, Wielkiej Brytanii, Stanów Zjednoczonych, Australii oraz ESHRE, jako przedstawiciela Europy) oraz w zgodzie z zaleceniami Międzynarodowej Organizacji Psychologii Niepłodności rozpoczęli prace nad standaryzacją rekomendacji w tej dziedzinie. Jej efektem stały się „Rekomendacje w psychologii niepłodności”, które ESHRE zatwierdziło w 2001 r. Rekomendacje mapowały cztery najważniejsze płaszczyzny:

1. Ramy prawne dla poradnictwa psychologicznego w leczeniu niepłodności;
2. Zasady kwalifikacji/akredytacji dla osób chcących wykonywać zawód psychologa niepłodności lub doradcy rodzinnego w tym obszarze;
3. Analizę form doradztwa (poradnictwo wsparcia, poradnictwo podejmowania decyzji, interwencje kryzysowe, psychoterapia);
4. Poradnictwo w odniesieniu do różnych obszarów metod wspomaganego rozrodu (dawstwo, surogacja etc.).

Niezależnie od lokalnych różnic w poszczególnych krajach, Rekomendacje przyjęły pewien „minimalny konsensus” dotyczący progowych warunków wykonywania pracy psychologa niepłodności lub doradcy rodzinnego zajmującego się pracą w tym obszarze. Ustalono, iż psycholog niepłodności powinien posiadać:

- przynajmniej stopień magisterski w jednej z dziedzin: psychologia, psychiatria, psychoterapia, pomoc społeczna z symetrycznym do wyżej wymienionych programem nauczania;
- licencję do wykonywania zawodu;
- udokumentowane szkolenia/kursy w obszarze medycznych i psychospołecznych aspektów niepłodności;
- doświadczenie kliniczne w prowadzeniu poradnictwa psychologicznego, jak również wykazać zaangażowanie w kontynuację kształcenia zawodowego.

Przyglądając się, w jaki sposób te ustalenia zostały rozwiązane i wdrożone w wybranych krajach Europy, tym wyraźniejsza staje się różnica dzieląca Polskę. (patrz Tabela 3)

Tabela 3. Rekomendacje w psychologii niepłodności w wybranych krajach Europy – w Niemczech, Wielkiej Brytanii i Polsce

Kraj	Wytyczne / Ramy prawne	Wymagane kwalifikacje zawodowe	Dodatkowe wymagania
Niemcy	Guidelines of Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland	Kwalifikacje zawodowe w naukach psychospołecznych	Akredytacja w Beratungs- netzwerk Kinderwunsch, ukończone szkolenie w zakresie doradztwa / terapii, min. 2 lata doświadczenia klinicznego, min. 12 miesięcy doświadczenia klinicznego w doradztwie niepłodności; zaangażowanie w CPE (counselling and psychology in education); oparta na dowodach wiedza opsycho- społecznych skutkach niepłodności
Wielka Brytania	Ustawodawstwo (Human Fertilization and Embryology Act 2008), regulacje i wytyczne Brytyjskiego Towarzystwa Poradnictwa Niepłodności	Poziom magisterski lub wyżej w psychologii, psychoterapii, psychologii klinicznej	Akredytacja przy Brytyjskim Towarzystwie Poradnictwa Niepłodności (lub ubieganie się o akredytację), członkostwo w uznanej organizacji zawodowej z wdrożoną procedurą skarg i postępowaniem dyscyplinarnym
Polska	Brak ustawy o zawodzie psychologa	Brak (z reguły ośrodkowi wystarczy zapewnienie kandydata o ukończeniu studiów psycholo- gicznych dowolnej specjalności lub szkoły psychoterapii)	Brak

W Polsce od jesieni 2014 roku funkcjonuje Polskie Stowarzyszenie Psychologów Niepłodności (PSPN) stawiające sobie za cel reprezentację środowiska psychologicznego w tym obszarze oraz standaryzację wymagań. Czasem wręcz bazowych, na przykład oczekiwania wydzielenia osobnego miejsca (gabinetu) w ośrodku dla psychologa. Mimo niewątpliwie trudnej sytuacji prawnej i kulturowej, wynikającej z opisanych wyżej przesłanek, pozostaje mieć nadzieję, iż cele zostaną osiągnięte. Póki co polscy pacjenci dzielący się swoim doświadczeniem na forum internetowym nasz-bocian.pl odnotowują:

- „lekarz wyśmiał mnie w zasadzie mówiąc, że przy takim FSH nie mam szans na ciążę. Wezwał mojego męża i powiedział prosto z mostu „pana żona jest bezpłodna”. Byłam w szoku, że to zrobił. Potem zajęła się nami asystentka, która powiedziała „są komórki dawczyni, umówić was na zabieg?”. Nie wiedziałam, co mam powiedzieć, nie wierzyłam że to się w ogóle dzieje”
- „ten profesor na moje pytanie powiedział, że bym nie wydziwiała, bo mamy z mężem zapomnieć o AID (inseminacja z nasieniem dawcy). On zna wiele przypadków, gdzie to kończyło się źle”, „do psychologa nie poszliśmy, lekarz nam odradzał”.

### Czy psycholog działa?

No właśnie: po co w ogóle psychologia niepłodności? Wbrew potocznemu przekonaniu o istnieniu tak zwanej blokady psychicznej, której zaistnienie utrudnia lub wręcz wyklucza zajście w ciążę, badania nie potwierdzają jej istnienia. Dowodzi się za to zależności zupełnie przeciwnej: to wieloletnia niezamierzona bezdzietność może skutkować gorszym funkcjonowaniem psychicznym, a więc trudności psychologiczne są skutkiem niepłodności, a nie jej przyczyną [8].

Wiemy również, iż diagnoza niepłodności może wyzwolić podobny wzorzec reakcji psychicznych co informacja o chorobie nowotworowej [9]. To ostatnie ustalenie jest często przywoływane w polskiej debacie i towarzyszą mu niestety zazwyczaj oburzone komentarze społeczne, iż porównywanie nowotworu i niepłodności jest nadużyciem. Odkładając na bok oceny nadużyć i uzasadnień, w badaniach Domar chodziło o pokazanie podobieństw psychologicznych reakcji pacjentów, których poziom lęku i stresu był przy obu diagnozach podobny. Zgodnie z innymi badaniami ze stwierdzeniem, że „niepłodność to najbardziej obciążające doświadczenie życiowe” zgadza się aż połowa kobiet i 15% mężczyzn leczących się z powodu niepłodności [10]. Skoro zaś niepłodność może indukować silny lęk i stres u pacjentów, to czy pozostawianie tych reakcji bez wsparcia specjalisty lub otaczanie par taką opieką może przynosić odmienne efekty leczenia? Okazuje się, że może. Jednymi z najczęściej przywoływanych w tym zakresie badań są badania Alice Domar z 2000 r., w których wykazano, iż poprawa funkcjonowania psychicznego i obniżenie stresu przełożyły się na wyższą skuteczność ciążową terapii klinicznej. Odsetek ciąż w grupie pacjentek leczących się z powodu niepłodności i uczestniczących w terapii poznawczo-behawioralnej wyniósł 55%, odsetek ciąż w grupie leczącej się i uczestniczącej w grupach wsparcia wyniósł 55%, natomiast grupa kontrolna (pacjentki leczące się, ale nie otrzymujące żadnej formy wspar-

cia psychologicznego) osiągnęła wskaźnik ciąż na poziomie 20% [11]. Podobne konkluzje wynikają z metaanalizy przeprowadzonej przez Katję Hammerli w 2009 r., której celem było zebranie i porównanie badań prowadzonych nad wpływem terapii psychologicznej na kondycję psychiczną osób niepłodnych oraz ustalenie, czy takie wsparcie może się przełożyć na lepsze rezultaty leczenia niepłodności. Metaanaliza obejmująca jedenaście dużych badań nad wpływem wsparcia psychologicznego na wyniki leczenia niepłodności wykazała, iż otrzymanie pomocy psychologicznej posiada istotny statystycznie wpływ na uzyskanie pozytywnego rezultatu leczenia czyli ciąży. Co ciekawe, najsilniejszy wpływ terapii psychologicznej na skuteczność ciążową, został w powyższej metaanalizie wykazany w grupie pacjentów, którzy nie poddawali się leczeniu metodą in vitro, ale korzystali z mniej zaawansowanych metod leczenia niepłodności.

### Podsumowanie

Opieka psychologiczna nad osobami doświadczającymi niepłodności poprawia funkcjonowanie psychiczne pacjentów, co może się przekładać na uzyskanie lepszych rezultatów leczenia (urodzenie dziecka) aniżeli zadziałyby się to bez wsparcia psychologicznego w leczeniu.

Choć nadal najważniejszymi wskaźnikami powodzenia w leczeniu niepłodności pozostają wiek kobiety, okres starań o dziecko i długość leczenia się, stres odczuwany przez niepłodną parę pozostaje ważnym predyktorem sukcesu bądź porażki w leczeniu, podobnie jak udowodniony został związek stresu prokreacyjnego i płodności [12]. Miejmy nadzieję, iż te ogólnosiątkowe ustalenia badawcze zaczną przynosić również w Polsce owoce w postaci zwiększenia troski świata medycznego o kondycję psychiczną pacjentów oraz doprowadzą do wdrożenia standardu realnej współpracy pomiędzy ośrodkami i psychologami niepłodności.

---

### Piśmiennictwo

1. Radwan, J., Wołczyński, S., *Niepłodność i rozród wspomagany*, Poznań 2011, s.13
2. Bunting L., Boivin, J., *Decision-making about seeking medical advice in an internet sample of women trying to get pregnant*, Human Reproduction 2007, 22, s. 1662–1668.
3. Stephen, E. H., Chandra, A., *Use of fertility services in the United States: 1995*, Family Planning Perspectives 2000, 32, 132–137
4. Dolińska, B., *Bezdzielnosc. Perspektywa społeczno-kulturowa*, Sopot 2014
5. Boivin J., Appleton T.C., Baetens P., Baron J., Bitzer J., Corrigan E., Daniels K. R., Darwish J., Guerra-Diaz D., Hammar M., McWhinnie A., Strauss B., Thorn P., Wischmann T., Kentenich H., *Guidelines for counselling in infertility: outline version*. Human Reproduction 2001, 16, s. 1301–1304
6. Voluntary Licensing Authority., *The First Report of the Voluntary Licensing Authority for Human In Vitro Fertilisation and Embryology*, Medical Research Council and Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Londyn 1986, s.15.

7. Inglis M., *Counselling in infertility clinics*, BICA Newsletter, 1989, s.2-9
8. Greil A. L., *Infertility and psychological distress: A critical review of the literature*, Social Science and Medicine 1997, 11, s. 1506-1512
9. Domar A. D., Zuttermeister P. C., Friedman R., *The psychological impact on infertility: A comparison with patients with other medical conditions*, Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology 1993, 14 Suppl, s. 45-52
10. Freeman E.W., *Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer*, Fertil. Steril. 1985, 43, s. 48-53
11. Domar A.D., Clapp D., Slawsby E.A., Dusek J., Kessel B., Freizinger M., *Impact of group of psychological interventions on pregnancy rates in infertile women*, Fertility Sterility 2000, 73, s. 805-811
12. Matthiesen S.M.S., Frederiksen Y., Ingerslev H.J., Zachariae R., *Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): a meta-analysis*, Human Reproduction 2011, 26, s.2763-2776
13. *Narodowy Program Leczenia Niepłodności Metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro na lata 2013-2016*, Ministerstwo Zdrowia 2013
14. Fedorowicz A. *Najlepsze kliniki in vitro*, Tylko Zdrowie/ Gazeta Wyborcza, 27.08.2014
15. Hammerli K., Znoj H., Barth J., *The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate*, Human Reproduction Update 2009, 15, s.279-295
16. *Raporty European IVF Monitoring Polska na lata 2009 i 2012*

## Rozdział 6

### Holistyczny model opieki nad niepłodną parą

Dr n. med. Ewa Goncikowska  
FertiMedica Centrum Płodności

Niepłodność jest chorobą specyficzną. Po pierwsze, w przeważającej większości dotyczy dwojga ludzi. Poza rzadkimi przypadkami niepłodności bezwzględnej (na przykład braku macicy), nie można określić zdolności rozrodczych danej osoby, dopóki nie podejmie ona działań prokreacyjnych ze swoim partnerem/partnerką. Po drugie, dotyczy niezwykle intymnej sfery ludzkiego życia i neguje podstawowy, pierwotny i głęboki instynkt, jakim jest pragnienie posiadania dziecka. Jest chorobą, która odbiera człowiekowi coś, co nigdy nie istniało, czyli dziecko, które nie chce się począć i narodzić. Jest niespełniającym się marzeniem o rodzicielstwie, niezrealizowaną potrzebą. W odczuciu osób nią dotkniętych oprócz cierpienia psychicznego przynosi stygmatyzację i upokorzenie. I wreszcie po trzecie – spodziewanym efektem leczenia niepłodności jest pojawienie się na świecie kolejnej osoby, co sprawia, że bezpieczeństwo terapii dotyczy potencjalnie trzech osób, a w przypadku procedury dawstwa komórek jajowych – nawet czterech.

#### Zrozumieć pacjenta – punkt wyjścia

Sytuacja pacjentów leczących się z powodu niepłodności jest złożona i trudna, zwłaszcza w warunkach polskich, co ilustruje Rysunek 1.



Rysunek 1. Sytuacja pary w procesie leczenia niepłodności w kontekście czynników wpływających na wybór akceptowalnej metody leczenia

Opieka *stricte* medyczna jest jednym z wielu elementów wpływających na decyzję dotyczącą podjęcia lub nie konkretnego leczenia. Na całą sytuację nakłada się niepewność związana z pytaniem, jaką ostatecznie postać przybiorą regulacje prawne dotyczące leczenia niepłodności w Polsce, będące od wielu lat przedmiotem sporu różnych opcji politycznych. Sposób, w jaki prowadzona jest w naszym kraju debata publiczna na temat zapłodnienia pozaustrojowego powoduje, że część par nie ujawnia swoich problemów najbliższej rodzinie i otoczeniu w obawie przed ostracyzmem, potępieniem i oceną metody poczęć w kategorii „godne – niegodne”, co dodatkowo nasila poczucie izolacji, niezrozumienia i osamotnienia. Ławo zauważyć, że nie ma drugiej choroby, która wiązałaby się z tyloma dylematami związanymi z jej leczeniem, począwszy od kwestii wyznania i przekonań, na finansach skończywszy. Biorąc pod uwagę powyższe nie można się zatem nie zgodzić, że niepłodność jest chorobą szczególną.

Para przekraczająca próg kliniki leczenia niepłodności ma już za sobą ważny krok – zaakceptowanie faktu, że problem istnieje i decyzję o zwróceniu się po profesjonalną pomoc. Tym samym jednak, do stresu związanego z widmem niepłodności dochodzi niepokój o to, jak będzie przebiegał proces diagnostyki i ewentualnego leczenia. Zarówno rozpoznanie niepłodności, jak i jej terapia mają znaczący, negatywny wpływ na jakość życia pacjentów (ang. *quality of life*, QoL) [1]. Ocenia się, że poziom stresu towarzyszącego niepłodności jest porównywalny do stresu związanego z rozpoznaniem choroby nowotworowej [2].

Ważnym, aczkolwiek rzadko ujmowanym w statystykach dotyczących leczenia niepłodności faktem jest to, że część par szukających pomocy medycznej pozostanie trwale bezdzietnymi, mimo zastosowania wszystkich możliwych i akceptowanych przez pacjentów form terapii. Dane określające jaki dokładnie jest to odsetek są bardzo skąpe. W badaniu holenderskim, które objęło 1392 pary skierowane do kliniki leczenia niepłodności w latach 2002–2006, do roku 2008 ciąży zakończone urodzeniem dziecka uzyskano u 1002 par, co stanowi 72% [3]. Co ciekawe, w prawie połowie przypadków (45,6%) do poczęcia doszło w sposób naturalny, 19,2% ciąży pojawiło się po stymulacji owulacji, 14% po inseminacji wewnątrzmacicznej, a 21,2% po leczeniu metodą zapłodnienia pozaustrojowego. Z obserwowanej populacji 25% par skierowano ostatecznie do programu IVF, który okazał się skuteczny u 60% z nich. Z kolei skumulowany odsetek żywo urodzonych dzieci obserwowany po sześciu cyklach IVF w populacji ponad 10 000 kobiet leczonych w Bostonie wyniósł 73,8% [4]. Według Pinborg odsetek ten w programach rozrodu wspomaganego medycznie (IUI i IVF) po 5 latach leczenia wynosi 70% [5]. Według danych amerykańskiej organizacji Resolve (National Infertility Association) spośród wszystkich par mających problem z zajściem w ciążę zaledwie 44% szuka pomocy medycznej, a spośród nich około 65% zostanie rodzicami po zastosowanym leczeniu (resolve.org).

Powyższe dane pozwalają przypuszczać, że około 30% par zgłaszających się do lekarza z powodu niepłodności zakończy leczenie bez osiągnięcia upragnionego celu, a część z nich świadomie zrezygnuje z leczenia lub je przerwie ze względu na psychologiczne, emocjonalne i fizyczne obciążenie oraz stres związane z terapią [6]. Natomiast teoretyczne modele matematyczne pokazują, że skumulowany odsetek ciąż w populacji pacjentów z niepłodnością ma szansę sięgać 90% [7].

Można domniemywać, że opieka medyczna zaspokajająca wszystkie potrzeby tych pacjentów mogłaby zapobiegać decyzji o rezygnacji z leczenia i kontynuowanie wysiłków zmierzających do osiągnięcia upragnionego celu, czyli rodzicielstwa. Siedmioletnia obserwacja par, które zaprzestały terapii pokazuje, że zaledwie 24% ma szanse na spontaniczne poczęcie, największe w przypadku niepłodności niewyjaśnionego pochodzenia [8]. Reszta pozostaje trwale bezdzietna, zmagając się ze wszystkimi problemami, jakie niesie za sobą niezamierzona bezdzietność i ciężar nieskutecznego, często wieloletniego leczenia. Póki co obecny stan wiedzy medycznej nie pozwala pomóc wszystkim pacjentom. Mimo wysiłków, dokładania wszelkich starań i najszczerzych chęci personelu medycznego – część kobiet nigdy nie urodzi dziecka. Tym bardziej ważne jest, w jaki sposób będzie przebiegała terapia niepłodności i czy decyzja o jej zaprzestaniu będzie wiązała się z poczuciem porażki, czy świadomego zaakceptowania sytuacji. Jednym z czynników, które mają na to wpływ jest jakość opieki sprawowanej nad niepłodną parą.

### Opieka ukierunkowana na pacjenta

Badania pokazują, że dla lekarza medycyny rozrodu miarą jakości opieki nad pacjentami jest skuteczność leczenia, czyli odsetek uzyskiwanych ciąż oraz jego bezpieczeństwo. Z punktu widzenia pacjentów równie ważny jest sposób sprawowania tejże opieki, czyli tzw. opieka ukierunkowana na pacjenta (ang. *patient-centered care*), element niedoceniany i zaniedbywany przez lekarzy [9]. Międzynarodowe Stowarzyszenie Organizacji Pacjentkich (IAPO, International Alliance of Patients' Organizations) w swojej deklaracji wymienia pięć zasad opieki zdrowotnej ukierunkowanej na pacjenta:

1. Szacunek – pacjent ma prawo do poszanowania jego potrzeb, preferencji, wartości, a także jego autonomii i niezależności.
2. Wybór i zaangażowanie – pacjent ma prawo, jeżeli ma takie możliwości i taka jest jego wola, brać udział jako partner w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia mającego wpływ na jakość jego życia, a odpowiedzialnością personelu medycznego jest przedstawienie mu wszystkich opcji terapeutycznych i możliwości postępowania.
3. Zaangażowanie w politykę zdrowotną.
4. Dostęp i wsparcie – pacjent powinien mieć dostęp do wszystkich usług medycznych wymaganych przez jego stan. Aby zapewnić mu najlepszą możliwą jakość życia, konieczne jest wsparcie emocjonalne oraz rozważenie poza-medycznych czynników mogących mieć wpływ na jego decyzje, takich jak wykształcenie, zatrudnienie i sytuacja rodzinna.
5. Informacja – aby pacjent mógł podejmować świadomie decyzje dotyczące swego stanu zdrowia i leczenia, należy zapewnić mu dokładną i obszerną informację przekazaną w sposób zrozumiały i wyczerpujący.

Międzynarodowe badanie dotyczące jakości opieki medycznej przeprowadzone wśród pacjentów klinik leczenia niepłodności z czterech krajów (Belgia, Hiszpania, Wielka



Brytania i Austria) pokazało, że wśród wszystkich aspektów prowadzonej terapii znaczenie priorytetowe dla leczonej pary ma rzetelna, szczegółowa informacja dotycząca wyników badań, opcji leczenia i planu dalszego postępowania [10].

Podsumowując, pacjenci oczekują od swoich lekarzy nie tylko zaangażowania w rozwiązanie problemu medycznego, ale także uwzględnienia ich indywidualnych potrzeb, oczekiwań i wyznawanych wartości. Chcą brać aktywny udział w decydowaniu o swoim leczeniu i oczekują od lekarza relacji partnerskiej, nie autorytarnego modelu terapii. Potrzebują wsparcia pozamedycznego, a przynajmniej informacji o możliwości i rodzajach takiego wsparcia, a do nich będzie należała decyzja, czy zechcą z niego skorzystać.

### Kompleksowe podejście w terapii niepłodności

Taka perspektywa spojrzenia na parę borykającą się z niezamierzoną bezdzietnością pozwala lekarzowi zobaczyć coś więcej, niż tylko biologiczny problem rozpatrywany w kategorii zaburzeń anatomii i fizjologii oznaczony stosownym symbolem klasyfikacji ICD 10. Jest to bliskie koncepcji tzw. leczenia „szytego na miarę” (ang. *tailored therapy*), które zamiast sztywnego podejścia do „przypadku” proponuje model kompleksowej opieki dopasowanej do indywidualnych potrzeb danej pary. W nurt ten wpisuje się holistyczny model opieki nad pacjentem, stojący w opozycji do redukcjonistycznej wizji funkcjonowania ludzkiego organizmu, na której opiera się współczesna medycyna.

Redukcjonizm skupia się na poszczególnych częściach zorganizowanej całości, w takim ujęciu zadaniem lekarza jest zidentyfikowanie szwankującego organu (diagnoza) i jego naprawa (leczenie). Alternatywą jest holizm, pogląd zakładający, że wszelkie zjawiska tworzą układy całościowe, podlegające swoistym prawidłowościom, których nie można wywnioskować na podstawie wiedzy ograniczonej wyłącznie do składników tworzących ową całość. Holistyczne pojmowanie zdrowia człowieka uwzględnia wszystkie płaszczyzny jego funkcjonowania. Jest to płaszczyzna fizyczna (funkcjonowanie biologiczne organizmu jako całości), psychiczna (funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne), społeczna (zdolność do utrzymywania prawidłowych relacji międzyludzkich) oraz duchowa (związana z osobistymi przekonaniem, wierzeniami czy praktykami religijnymi) [11].

Termin „holistyczny” w kontekście opieki zdrowotnej pojawia się w co najmniej dwóch, częściowo nakładających się, jednakowoż różnych znaczeniach. Z jednej strony, nie do końca słusznie używany jest w określeniu „medycyna holistyczna” mającym oznaczać medycynę niekonwencjonalną lub alternatywną, stawianą często w opozycji do medycyny opartej na badaniach naukowych. Z drugiej strony, zastosowany w sformułowaniu „holistyczny model opieki zdrowotnej” bliższy jest koncepcji kompleksowej opieki nad pacjentem, gdzie osiowym założeniem jest przyjęcie, że stan umysłu, ducha i ciała wzajemnie wpływają na siebie, zatem należy zajmować się całym organizmem, a nie tylko jego chorą częścią. Takie podejście nie wyklucza żadnej formy terapii i szanuje autonomię pacjenta w jej wyborze.

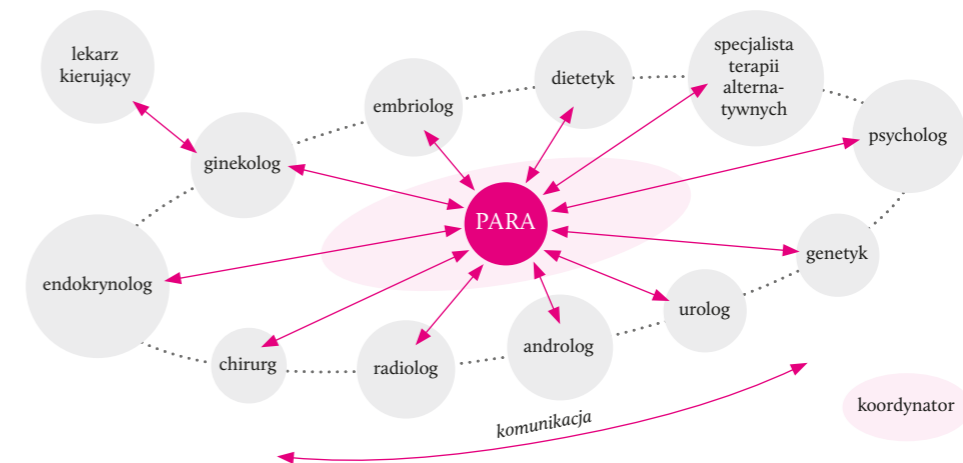
Jak zauważają Ostrzyżek i Marcinkowski: „*Podejście holistyczne (kompleksowe) uznaje odrębność psychospołeczną każdego chorego i poszukuje sposobów leczenia najlepiej dostosowanych do jego indywidualnych potrzeb, przyjmując tezę o wyjątkowości każdego życia przy zwyczajności przeżywanej choroby. Respektuje społeczne otoczenie choroby i również w nim poszukuje źródeł trapiących pacjenta dysfunkcji i patologii. Włącza rodzinę i społeczność, a przede wszystkim samego chorego, w proces przejmowania kontroli nad chorobą, odbudowywania zdrowia i zwiększania jego potencjału*” [11].

Holistyczne pojmowanie zdrowia pozostaje w zgodzie z definicją WHO, która określa zdrowie jako stan dobrego samopoczucia psychicznego, fizycznego i społecznego, a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności.

### Co oznacza kompleksowy model sprawowania opieki w przypadku pacjentów leczonych z powodu niepłodności?

Kompleksowy model opieki wychodzi naprzeciw wszystkim potrzebom pacjenta. Jak przedstawiono powyżej, diagnoza niepłodności pociąga za sobą szereg problemów i dylematów dotyczących różnych aspektów życia. Bywa, że proces diagnostyczny jest znużający i wymaga konsultacji wielu specjalistów. Tym większego znaczenia nabiera sposób, w jaki zostanie poprowadzona diagnostyka i leczenie. Istotą jest centralna rola pacjentów w całym procesie oraz komunikacja, zarówno między specjalistami a leczoną parą, jak i przepływ informacji i konsultacje pomiędzy poszczególnymi specjalistami (Rysunek 2).

Rysunek 2. Para w procesie diagnostyki i leczenia niepłodności w ujęciu „opieki ukierunkowanej na pacjenta” (ang. *patient-centered care*) i potencjalna rola koordynatora opieki



Zależnie od sytuacji klinicznej, diagnostyka i będące jej konsekwencją leczenie mogą wymagać współpracy z lekarzami wielu specjalizacji i obejmować liczne badania –

laboratoryjne, obrazowe, genetyczne. Część pacjentek lub ich partnerów będzie wymagała leczenia operacyjnego. Zaplanowanie wszystkich konsultacji, badań diagnostycznych i zabiegów może być dla pary trudne i frustrujące, zwłaszcza jeśli zaleceniom lekarskim nie towarzyszy wyczerpująca informacja tłumacząca ich cel. W krajach anglosaskich problem ten rozwiązano tworząc stanowisko pielęgniarki gruntownie wyszkolonej w dziedzinie niepłodności i pracy z pacjentem (ang. *infertility nurse*). Rolą tej osoby jest swoista opieka nad daną parą, koordynowanie przebiegu procesu diagnostyki i leczenia, udzielanie informacji i edukacja, ale także identyfikacja źródeł stresu i organizacja stosownego wsparcia [12]. To swoiste „poprowadzenie za rękę” przez gąszcz badań, konsultacji i procedur, którego część pacjentów bardzo potrzebuje.

Świadomość, z jakimi problemami borykają się pacjenci klinik leczenia niepłodności i z jakim ciężarem może wiązać się proces diagnostyki oraz leczenia, powinien mieć cały personel kliniki, z którym pacjenci mają kontakt, nie tylko lekarze i pielęgniarki czy położne. Wiedzę tę powinni posiadać embriolodzy, personel wspomagający terapię oraz pracownicy recepcji i *call centers*. Wiąże się to z prowadzeniem odpowiednich szkoleń przygotowujących do pracy z pacjentami, co zapewnia im zrozumienie i wsparcie na każdym etapie diagnostyki i leczenia i przy każdym kontakcie z personelem kliniki.

Chociaż medycyna oparta na dowodach jest bezsprzecznie osiowym elementem opieki, model kompleksowy nie wyklucza innych form wsparcia i terapii, które w opinii pacjenta mogą mu być pomocne (Rysunek 3).



Rysunek 3. Kompleksowy model opieki nad niepłodną parą – możliwe obszary działania i wsparcia

Ważną rolę w procesie leczenia ma szeroko pojęta modyfikacja stylu życia, obejmująca zoptymalizowaną i zindywidualizowaną dietę, aktywność fizyczną, zaniechanie palenia tytoniu, dobranie odpowiednich suplementów w przypadku stwierdzenia niedoborów witamin i mikro oraz makroelementów. Jest to obszar, w którym większość pacjentów wymaga ciągłego wsparcia ze strony specjalisty i monitorowania efektów. Jednorazowy komunikat podczas wizyty lekarskiej rzadko kiedy wystarcza do zmotywowania i samodzielnego podjęcia trwałych działań.

Rola psychologa w klinice leczenia niepłodności jest niepodważalna, konieczność jego stałej dostępności dla pacjentów nie budzi wątpliwości. Należy pamiętać, że podstawowo-

wym celem opieki psychologicznej nie jest zwiększanie skuteczności leczenia, ale zadbanie o jakość życia pacjentów w czasie diagnostyki i terapii. Niemniej poprawa funkcjonowania w sferze psychicznej często przekłada się na większą szansę uzyskania ciąży [13].

Skorzystanie ze wsparcia psychologa jest dobrowolne, aczkolwiek wydaje się, że w przypadku rozważania decyzji o skorzystaniu z dawstwa gamet lub zarodków wymagana powinna być przynajmniej jedna konsultacja psychologa przed rozpoczęciem leczenia. W 2014 roku powstało Polskie Stowarzyszenie Psychologów Niepłodności, którego celem jest między innymi rozwijanie i popularyzowanie zawodu psychologa niepłodności. Cennym i pożądanym dodatkiem byłoby także szkolenie i doskonalenie umiejętności psychologów pracujących z niepłodnymi parami. Opieka psychologiczna zahacza o problemy psychoseksualne, które wcześniej czy później dotyczą większość par. Utrata spontaniczności i zadaniowości współżycia wprowadzają dodatkowy czynnik stresogenny i zaburzają funkcjonowanie w najbardziej intymnej sferze życia.

Kolejnym obszarem wsparcia pacjentów zmagających się z diagnostyką i leczeniem niepłodności jest medycyna niekonwencjonalna. Akupunktura, akupresura, techniki relaksacyjne, joga, medytacja, masaż to tylko niektóre dziedziny wykorzystywane w pracy z pacjentami. Decyzja o skorzystaniu z nich jest indywidualną decyzją pacjentów, ale zadbanie o dostępność specjalisty medycyny niekonwencjonalnej w danym ośrodku jest z pewnością atutem i wyrazem troski o kondycję leczonej pary. Znaczenie metod medycyny niekonwencjonalnej dla samopoczucia pacjentów zostało docenione między innymi przez Boston IVF – ośrodek działający przy Harvard Medical School, który od 1987 r. oferuje pacjentom program „mind/body connection”, obejmujący między innymi naukę technik relaksacyjnych, jogę, elementy terapii poznawczej, ale także naukę skutecznej komunikacji oraz zmiany stylu życia na sprzyjający płodności i eliminujący złe nawyki żywieniowe. Po wprowadzeniu programu w życie okazało się, że osiągnięto nie tylko pierwotny cel, jakim było zmniejszenie poziomu stresu i uciążliwych objawów psychologicznych, takich jak niepokój czy poczucie zagubienia, ale także obserwowano większy odsetek ciąż wśród uczestniczek programu [2].

Pary niepłodne potrzebują wsparcia na każdym etapie swojej drogi ku rodzicielstwu. Przed przystąpieniem do leczenia cenną pomocą są wszelkie działania edukacyjne wyjaśniające, na czym polegają metody rozrodu wspomaganego medycznie, zwłaszcza zapłodnienie pozaustrojowe, na temat którego istnieje wiele mitów. Mogą to być indywidualne spotkania pary z członkami zespołu IVF (lekarz, pielęgniarka, embriolog) lub grupowe warsztaty i wykłady. W działalność tę mogą i powinny włączać się organizacje i stowarzyszenia pacjenckie.

W programie zapłodnienia pozaustrojowego szczególnie trudnym czasem dla pacjentek jest okres między transferem zarodka a pierwszym testem ciążowym. Jest to nie tylko pełen niepokoju i wahań nastroju czas oczekiwania na wynik leczenia, ale także moment, w którym po intensywnych działaniach medycznych i częstych wizytach w klinice para nagle zostaje pozostawiona sama sobie. W tym czasie każda forma wsparcia akceptowana przez pacjentów jest więcej niż pożądana. Szczególną opieką należy objąć pary, u których leczenie zakończyło się niepowodzeniem – do ciąży nie doszło lub zakończyła się ona poronieniem. Część par będzie rozważało rezygnację z leczenia i skorzystanie z in-

nych form tworzenia rodziny, jak adopcja lub dawstwo gamet lub zarodków. Inni będą potrzebowali pomocy i wsparcia w zaakceptowaniu bezdzietności. Pozostali będą szukać siły, a czasami finansów na podjęcie kolejnej próby. Cenną, niestety rzadką umiejętnością lekarza jest towarzyszenie pacjentom, wspieranie ich w najtrudniejszych momentach oraz szacunek dla ich decyzji.

Podsumowując, w przypadku par zmagających się z problemem niepłodności wyjątkowo prawdziwe i zobowiązujące staje się stwierdzenie, że leczyć należy człowieka, a nie chory organ. Żeby móc to zrobić, w pierwszej kolejności trzeba chcieć tego człowieka zobaczyć.

#### Piśmiennictwo

1. Aarts J.W.M. i wsp., *Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL*, Hum. Reprod 2011, 26, s.1112–1118
2. Domar A. *The mind/body connection w: The Boston IVF Handbook of Infertility*. Bayer S.R., Alper M.M., Penzias A.S. (red), 2007
3. Brandes M. i wsp., *The relative contribution of IVF to the total ongoing pregnancy rate in a subfertile cohort*, Hum. Reprod, 2010, 25(1): s.118–126
4. Malizia B.A. i wsp., *The cumulative probability of liveborn multiples after in vitro fertilization: a cohort study of more than 10,000 women*, Fertil. Steril. 2013; 99(2): s. 393–399
5. Pinborg A. i wsp., *Prospective longitudinal cohort study on cumulative 5-year delivery and adoption rates among 1338 couples initiating infertility treatment*. Hum. Reprod. 2009; 24: s. 991–999
6. Boivin J. i wsp., *Tackling burden in ART: an integrated approach for medical staff*, Human Reproduction 2012, 27(4), s.941–950
7. Elizur S.E. i wsp., *Cumulative live birth rate following in vitro fertilization: study of 5310 cycles*, Gynecol. Endocrinol. 2006, 22, s. 25–30
8. Troude P. i wsp., *Spontaneous pregnancies among couples previously treated by in vitro fertilization.*, Fertil. Steril. 2012, 98, s. 63–68
9. van Empel I.W. i wsp., *Physicians underestimate the importance of patient-centeredness to patients: a discrete choice experiment in fertility care.*, Hum. Reprod. 2011, 26, s. 584–593
10. Dancet E.A.F. i wsp., *Patients from across Europe have similar views on patient-centred care: an international multilingual qualitative study in infertility care.*, Hum Reprod. 2012, 27, s. 1702–1711
11. Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T., *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, Probl. Hig. Epidemiol. 2012; 93(4): s. 682–686.
12. Libraro J.L., *The evolving role of the ART nurse: a contemporary review*, Textbook of Assisted Reproductive Techniques (ed. 4), 2012
13. Hammerli K. i wsp., *The efficacy of psychological interventions for non fertile patients: a metaanalysis examining mental health and pregnancy rate*, Hum. Reprod. Update 2009, 15, s. 279–295
14. *Declaration of Patient-Centered Healthcare*, International Alliance of Patients' Organization, 2006
15. Domar A.D. i wsp. *The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions*, J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 1993, 14 (Suppl), s. 45–52
16. <http://www.resolve.org/about/fast-facts-about-fertility.html>

## Wnioski i rekomendacje

### Wnioski

1. Polska stoi przed ryzykiem wyludnienia w następnych kilku dekadach. Według prognoz demograficznych GUS, w końcu 2050 r. ludność Polski osiągnie 34 mln osób, co w porównaniu do 2013 r. oznacza zmniejszenie liczby ludności o 4,55 miliona tj. o 12%.
2. Pomimo, że Polacy żyją dłużej w lepszym zdrowiu, główną przyczyną zmniejszenia się populacji jest spadek liczby urodzin. W 2013 r. urodziło się 370 tys. dzieci, w 2035 r. urodzi się ok. 270 tys., a w 2050 r. tylko ok. 255 tys. dzieci. W wyniku tego przewiduje się, że liczba dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat zmniejszy się w 2035 r., o ponad 1,8 mln osób (udział dzieci i młodzieży w populacji ogółem wyniesie zaś 16,7%).
3. Z danych Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego wynika, że obecnie problem niepłodności dotyka co roku ok. 1,5 miliona polskich par. Biorąc pod uwagę zachodzące zmiany demograficzne, należy założyć, że zjawisko to będzie się nasilało. Nie wszystkie pary decydują się na leczenie. Według danych ankietowych w Polsce pomocy medycznej szuka około 20% par.
4. W ramach „Programu Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013–2016” zapewnia się równy dostęp i możliwość korzystania z procedury zapłodnienia pozaustrojowego niepłodnym parom. Celami Programu są również: obniżenie odsetka liczby par bezdzietnych, zapewnienie pacjentom najwyższego standardu leczenia niepłodności, zwiększenie skuteczności leczenia niepłodności oraz osiągnięcie poprawy trendów demograficznych. Metoda in vitro stosowana jest jednak w sytuacji, gdy wyczerpano już inne możliwości leczenia lub jeśli nie istnieją inne metody leczenia niepłodności. Trzyletnim programem leczenia niepłodności zostanie objętych około 15 tys. par.
5. Bezdzietność, jako następstwo niepłodności, ma bardzo głęboki aspekt psychogeny. Stres, frustracja, rozpad układu partnerskiego, brak poczucia więzi

rodzinnej, utrata aktywnego życia zawodowego, niepokój, stany depresyjne – są to najczęściej postrzegane konsekwencje bezdzietności. Po rozpoznaniu niepłodności stres związany z tą chorobą jest porównywany do stresu po rozpoznaniu zawału mięśnia sercowego czy choroby nowotworowej.

6. Opieka psychologiczna nad osobami doświadczającymi niepłodności poprawia funkcjonowanie psychiczne pacjentów, co może się przekładać na uzyskanie lepszych rezultatów leczenia (urodzenie dziecka), aniżeli zadziałałoby się to bez wsparcia psychologicznego w leczeniu.
7. Psychologowie niepłodności powinni być grupą specjalistów o wysokich kwalifikacjach niezbędnych do udzielania wszechstronnej pomocy psychologicznej, mającej na celu wsparcie osób doświadczających, diagnozujących lub leczących niepłodność.
8. Z wielu opracowań naukowych jednoznacznie wynika, że jeśli zastosuje się profesjonalną pomoc psychologiczną, to uzyskiwane wyniki leczenia są znacznie lepsze. Dlatego też w wielu krajach europejskich wsparcie psychologa na etapie diagnostyki i leczenia niepłodności jest zalecanym i refundowanym standardem.
9. Niepłodność jest nie tylko chorobą w wymiarze medycznym i psychicznym, ale przede wszystkim problemem społecznym wymagającym kompleksowego rozwiązania, jako jeden z priorytetów narodowych.

#### Rekomendacje

1. Utrzymywanie się niekorzystnych zjawisk demograficznych, a zwłaszcza bardzo niskiego poziomu płodności sprawia, że polityka prorodzinna, w tym walka z wykluczeniem społecznym wynikającym z choroby jaką jest niepłodność, powinny stanowić jedne z głównych tematów debaty społecznej w nadchodzących latach.
2. Państwowe wsparcie leczenia niepłodności nie może opierać się wyłącznie na refundacji in vitro. Również dlatego, że program przewidziany jest dla tylko 15 tys. niepłodnych par w okresie 3 lat, a potrzebujących kompleksowego wsparcia jest 1,5 mln niepłodnych par rocznie. Należy zapewnić wszystkim niepłodnym parom równy dostęp do wszechstronnej opieki i wsparcia w zakresie terapii niepłodności. Pomoc w tej dziedzinie jest konstytucyjnym i moralnym obowiązkiem Państwa.
3. W dążeniu do przywracania zdrowia prokreacyjnego należy połączyć działania medycyny i psychologii. Taki kompleksowy (holistyczny) model może przyczynić się do poprawy skuteczności i jakości leczenia oraz zminimalizowania negatywnych kosztów (zarówno ekonomicznych, jak i emocjonalnych) diagnostyki i leczenia niepłodności.

4. W Polsce powinien być wprowadzony system oceny jakości opieki nad niepłodnymi parami w aspekcie oceny skuteczności leczenia (jako odsetek uzyskiwanych ciąży), jego bezpieczeństwa oraz sprawowania kompleksowej opieki.
5. Udział psychologa w terapii niepłodności na każdym jej etapie powinien być refundowany przez Państwo. Jest to ważne zarówno dla niepłodnych par, jak i całego społeczeństwa.

#### Podsumowanie

Polskie społeczeństwo szybko się starzeje. Systematycznie spada liczba urodzeń oraz poziom dzietności. Odbudowa płodności nabiera więc strategicznego znaczenia dla dalszego rozwoju Polski, zarówno w wymiarze społecznym, jak i ekonomicznym.

Z uwagi na złożoność problemu niepłodności, w dążeniu do przywracania zdrowia prokreacyjnego wskazane jest połączenie wysiłków i zdobyczy różnych dziedzin nauki, głównie medycyny i psychologii. Osiągnięty w ten sposób efekt synergii umożliwi szybsze i bardziej skuteczne leczenie, tak ważne z perspektywy pacjentów.

Państwowe wsparcie leczenia niepłodności nie może opierać się tylko na refundacji in vitro. Zabieg in vitro jest bowiem ostatnim etapem terapii. Zapewniając pacjentom kompleksowe wsparcie, w tym psychologiczne, możemy sprawić, że in vitro nie będzie potrzebne lub terapia za jego pomocą będzie bardziej skuteczna, a więc mniej kosztowna, zarówno w wymiarze finansowym, jak i psychicznym.

Należy więc zapewnić wszystkim niepłodnym parom równy dostęp do wszechstronnej opieki i wsparcia w zakresie terapii niepłodności. Pomoc w tej dziedzinie jest konstytucyjnym i moralnym obowiązkiem Państwa.



Diagnoza: niepłodność. To niewiarygodnie boli. Świadomość, że nie mamy szans, by w naturalny sposób zostać rodzicami. Bezradność, złość, rozpacz... Perspektywa posiadania dziecka, urządzania dla niego słodkiego pokoiku czy przekomarzania się przy wyborze imienia – wszystko to w jednej chwili zostaje zredukowane do wyczekiwania na pojawienie się dwóch kresek na kawałku plastiku.

Innym wystarczy bliskość. My musimy wpuścić do sypialni lekarza medycyny rozrodu, embriologa, anestezjologa i całą resztę zespołu specjalistów pracujących na sukces zapłodnienia in vitro. Jeśli chcemy zaspokoić jeden z najsilniejszych instynktów człowieka – pragnienie posiadania dziecka – musimy wszystko odrzec z intymności, poddać ocenie obcych ludzi, przebadać pod mikroskopem...

Ale zrobimy to, bo dla tych dwóch kresek jesteśmy w stanie zrobić wszystko. Na szczęście współczesna medycyna nam to umożliwia.

Niestety, wielu lekarzy zapomina, że przywrócenie płodności możliwe jest nie tylko dzięki technice. Niepłodna para potrzebuje szeroko rozumianego wsparcia na każdym etapie diagnostyki i leczenia, bo mierzenie się z problemem niepłodności jest trudne i wycieńczające. Kompleksowe podejście do terapii ma wpływ nie tylko na rezultat całego procesu, ale i na jakość naszego życia w trakcie leczenia.

Życzę wszystkim osobom dotkniętym niechcianą bezdzietnością wytrwałości, siły i wygranej. Wierzę, że raport ten zainicjuje zmiany, które sprawią, że więcej ludzi szybciej doczeka się upragnionego potomstwa.

*Marta van der Toolen*

*była pacjentka, mama Maxa i Kaia, założycielka FertiMedica Centrum Płodności*

Patronat Honorowy



Partnerzy



# Wspieramy płodność

Raport Koalicji na rzecz  
Kompleksowej Terapii  
Niepłodności