

Rola personelu medycznego we wsparciu kobiet poddawanych leczeniu niepłodności

Aleksandra Dembińska

Katedra Psychologii Górnośląskiej Wyższej Szkoły Handlowej w Katowicach

Dembińska A. Rola personelu medycznego we wsparciu kobiet poddawanych leczeniu niepłodności. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(4): 366-370.

Streszczenie:

Wprowadzenie i cel pracy: Stan psychiczny kobiet doświadczonych niepłodnością niejednokrotnie ma związek z efektywnością ich leczenia, dlatego też niezwykle istotna staje się rola personelu medycznego we wsparciu psychologicznym leczących się z powodu niepłodności kobiet.

Celem badania była ocena wsparcia, jakiego udziela personel medyczny kobietom leczącym niepłodność.

Materiał i metody: W badaniach własnych zdefiniowano zmienną – percepcję wsparcia społecznego – jako umiejętność dostrzegania przez jednostkę, że zachowania innych ludzi mają charakter wspierający, a więc odpowiadają trafnie na jej oczekiwania. Jednostka porównuje wsparcie oczekiwane ze wsparciem przez nią otrzymywanym. Przeprowadzono dwu-etapowe badanie, gdzie pierwszym etapem był wywiad narracyjny (interpretację przeprowadzono zgodnie z podejściem hermeneutycznym) uzupełniony o metodę projekcyjną: „Konfrontacja z własnym życiem”. W etapie drugim dokonano analizy ilościowej w oparciu o autorski „Kwestionariusz Kosztów Psychologicznych w Niepłodności”, gdzie uwzględniono poza zmienną – koszty psychologiczne, także percepcję wsparcia społecznego oraz autorską „Skalę Postaw wobec Problemów Bioetycznych w Niepłodności”. Przebadano 312 kobiet leczących się z powodu niepłodności.

Wyniki: W analizie statystycznej wykorzystano statystyki opisowe oraz test Kruskala- Wallisa. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że istnieje zależność pomiędzy wykorzystywaną metodą leczenia niepłodności a percepcją wsparcia społecznego – im bardziej zaawansowana metoda leczenia, tym większa percepcja wsparcia społecznego udzielanego przez personel medyczny kobietom leczącym niepłodność. Natomiast nie zidentyfikowano zależności pomiędzy percepcją wsparcia społecznego a czasem leczenia i poglądami bioetycznymi kobiet zmagających się z niepłodnością.

Wnioski: W opiece medycznej nad kobietą zmagającą się z problemami z prokreacją niezwykle istotne są umiejętności i postępowanie lekarza ginekologa i położnej wobec pacjentek, postępowanie, w którym uwzględniona zostałaby wiedza o typowych reakcjach emocjonalnych związanych z diagnozą i leczeniem.

Słowa kluczowe

wsparcie społeczne, niepłodność, kryzys psychologiczny

WSTĘP

Pojawienie się nieplanowanej bezdzietności, bez względu na etiopatogenezę powoduje, że zaburzeniu ulegają mechanizmy regulacji psychicznej [1]. Niepłodność pociąga za sobą wiele psychicznych następstw, do których należą np. stres, obniżony nastrój, niskie poczucie własnej wartości. Szczególne znaczenie ma tutaj stres, gdyż związane z nim procesy fizjologiczne mogą zakłócać regulację hormonalną, a tym samym wpływać na szanse zajścia w ciążę. Choć w obliczu rozwijającej się wiedzy o biologicznych przyczynach niepłodności trudno mówić o czynniku psychicznym jako źródle, to można mówić o jego roli w zwiększaniu lub zmniejszaniu szans na ciążę (por. model cykliczny związku między niepłodnością a psychiką [2, 3]). Badania wskazują, iż ostry i/lub przewlekły stres niekorzystnie wpływa na przebieg procedur medycznych, m.in. na liczbę uzyskanych i zapłodnionych oocytów oraz ich transfer [4, 5, 6, 7].

Niepłodność doświadczana przez kobietę może być traktowana jako jedna z sytuacji stresowych o charakterze kryzysu [8, 9, 10, 11, 12]. Kryzys psychologiczny, niezależnie od przyjętej koncepcji teoretycznej, zawsze oznacza „taki stan

psychiki i sytuacji, który ma charakter przełomowy, rozstrzygający, zwrotny, w którym rozstrzyga się stan zdrowia człowieka, jakoś jego relacji z otoczeniem, kierunek jego dalszego rozwoju” [13]. B.E. Menning uważa, że „niepłodność jest kompleksem kryzysów życiowych, psychologicznie przerażających i emocjonalnie stresujących” [14], w których rozstrzyga się jeden z podstawowych problemów życia jednostki, jakim jest dążenie do prokreacji. Pary, które dowiadują się o własnej niepłodności, podejmują wyzwanie, by radzić sobie z towarzyszącym temu poczuciem głębokich strat: strata zdrowia, seksualności, stanu i prestiżu, relacji, pewności siebie, poczucia własnej godności, bezpieczeństwa i marzeń o biologicznym rodzicielstwie [12, 15].

Jedną z cech charakterystycznych sytuacji kryzysu (wyróżniającą ją w terminologii psychologicznej od sytuacji stresowych) jest czasowa niezdolność do zmagania się środkami dotychczas przez jednostkę stosowanymi w rozwiązywaniu ważnych problemów życiowych [16]. Ten brak możliwości posłużenia się znanymi rozwiązaniami jest punktem wyjścia rozważań nad dwuwartościowością kryzysu, ponieważ stanowi on szansę rozwoju, ale też niesie ryzyko zaburzeń [17]. Kryzys zawiera w sobie obie te możliwości, jest punktem zwrotnym, stwarza konieczność zmiany perspektywy, a tym samym możliwość zmiany stylu przystosowania i swojej osobowości w ciągu stosunkowo krótkiego czasu. Występujące wówczas przemiany mają charakter rozwojowy i progresywny.

Adres do korespondencji: Aleksandra Dembińska, ul. Harcerzy Września 3, 40-659 Katowice
E-mail: aleksandra@dembinska.pl

Nadesłano: 2 lipca 2012; zaakceptowano do druku: 7 grudnia 2012



W ujęciu kryzysu jako reakcji kryzysowej akcentuje się przeżycia i zachowania człowieka będącego podmiotem sytuacji trudnej, spowodowane nagłym, nieoczekiwanym wydarzeniem o charakterze przykrym lub wynikające z kumulowania się w czasie uciążliwych sytuacji życiowych. Reakcja kryzysowa objawia się nasilonymi emocjami o znaku ujemnym jak lęk, smutek, napięcie, rozdrażnienie, złość. Należy w tym miejscu podkreślić, że reakcja kryzysowa sama w sobie nie jest patologią, natomiast nierozwiązane konflikty mogą do niej doprowadzić. Rozwiązanie konfliktu łączy się z uświadomieniem sobie źródła kryzysu, z osobowością człowieka, jego dotychczasowym doświadczeniem, a także dostępnością osób zmotywowanych i kompetentnych w udzieleniu pomocy [18]. Dlatego też to, czy kryzys uzyska znaczenie pozytywne, czy negatywne dla doświadczającej go osoby, zależy w dużej mierze od sposobu, w jaki jest rozwiązywany, fachowości osób interweniujących i dostarczonego wsparcia społecznego. Obejmując kobietę doświadczającą niepłodności opieką medyczną, nie wolno zatem zapomnieć o wsparciu psychologicznym.

CEL PRACY

Celem badania była analiza zależności pomiędzy percepcją wsparcia społecznego udzielanego przez personel medyczny pacjentkom leczącym niepłodność a zmiennymi socjodemograficznymi jak: czas leczenia niepłodności, metody leczenia oraz poglądy bioetyczne.

MATERIAŁ I METODY

W badaniach własnych zdefiniowano zmienną – percepcję wsparcia społecznego – jako umiejętność dostrzegania przez jednostkę, że zachowania innych ludzi mają charakter wspierający, a więc odpowiadają trafnie na jej oczekiwania. Jednostka porównuje wsparcie oczekiwane ze wsparciem przez nią otrzymywanym. Jest to rodzaj interakcji, wymiany, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników, w wyniku której dochodzi do wymiany emocji, informacji, instrumentów działania i dóbr materialnych [19, 20]. Badania własne zostały przeprowadzone dwuetapowo: w etapie pierwszym – jakościowym – przeprowadzono wywiady narracyjne z 10 kobietami, a do analizy zastosowano podejście hermeneutyczne. Celem była odpowiedź na pytanie o to, jak kobiety doświadczają niepłodności. Stworzono „Przewodnik po dialogu o doświadczeniu niepłodności” będący drogowskazem w trakcie badania, który jednak nie ograniczał rozmowy. Osoba uczestnicząca w dialogu powinna była opisywać własne przeżycia. Kolejność podejmowania poszczególnych zagadnień uzależniono od woli osób badanych, w rozmowie kierowały się one swoją wewnętrzną logiką.

Wywiad wzbogacony został o technikę projekcyjną zwaną „Konfrontacją z własnym życiem” [21]. Jest to metoda oparta na dialogu, skoncentrowana na aspektach ważnych w życiu osoby badanej (stanach, relacjach, osobach, zdarzeniach, celach, planach) oraz towarzyszących im uczuciach i postępowaniu pojawiających się w kontekście doświadczenia kryzysu w ciągu życia. Po spontanicznym wypowiedzeniu się o sprawach ważnych w życiu, uczestnik badania wpisuje je w wyodrębnione części koła o dowolnej wielkości w kształcie „kawałków tortu” oraz podaje sposoby ich realizacji i towa-

rzyszające temu uczucia. Każdy uczestnik rysuje trzy takie wykresy kołowe: po jednym dla przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. Określa hierarchię rzeczy ważnych na powierzchni poszczególnych „rzeczy” w stosunku do pozostałych. Na podstawie etapu pierwszego zaplanowano etap drugi – ilościowy – postawiono hipotezy, zbudowano autorskie kwestionariusze. „Kwestionariusz Kosztów Psychologicznych w Niepłodności” (rzetelność kwestionariusza obliczana współczynnikiem alfa Cronbacha wynosi 0,928) dotyczył problemów psychologicznych definiowanych jako koszty psychologiczne zgodnie z koncepcją Z. Ratajczak [22, 23, 24, 25], które zostały zidentyfikowane podczas interpretacji materiału jakościowego w etapie pierwszym [15]. Uwzględniono w kwestionariuszu także zmienną – percepcja wsparcia społecznego. Badane kobiety deklarowały, ile wsparcia otrzymują od personelu medycznego. Wynik ujmujący percepcję wsparcia psychologicznego otrzymywanego od personelu medycznego zawiera się w przedziale od 0 do 4. Niski wynik oznacza duże wsparcie, wynik wysoki małe wsparcie społeczne. Drugi z autorskich kwestionariuszy – „Skala Postaw wobec Problemów Bioetycznych w Niepłodności” – dotyczył poglądów bioetycznych [26]. Badaniem objęto 312 kobiet leczących się z powodu niepłodności (Tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka grupy badawczej ze względu na zmienne socjodemograficzne: czas i metoda leczenia niepłodności oraz poglądy bioetyczne kobiet

L.P.	Zmienna socjodemograficzna	Wartość zmiennej socjodemograficznej	Liczebność wśród N=312 badanych
1	2	3	4
		do 2 lat	25,32 [%]
1.	Czas leczenia niepłodności	2-5 lat	40,39 [%]
		powyżej 5 lat	34,30 [%]
		Leczenie farmakologiczne/ diagnozowanie	32,05 [%]
2.	Metoda leczenia niepłodności	Inseminacja	25,00 [%]
		IVF/ ICSI	42,95 [%]
		Konserwatywne	7,37 [%]
3.	Poglądy bioetyczne kobiet	Umiarkowane	29,17 [%]
		Liberalne	63,46 [%]

Źródło: badania własne

Badaniem objęto zarówno kobiety diagnozowane i leczone się farmakologicznie z powodu niepłodności (32% kobiet), a także kobiety korzystające z metod wspomaganego rozrodu – inseminacji (25% badanych) oraz metod *In vitro* i *In vitro* z mikromanipulacją (49,9% badane). Nie wprowadzono rozróżnienia na leczenie w publicznych i prywatnych placówkach służby zdrowia, gdyż, jak wskazują analizy z etapu pierwszego – jakościowego, w leczeniu niepłodności w Polsce oba te obszary przenikają się, przy czym placówki prywatne dominują. Biorąc pod uwagę zmienną – czas leczenia – tu wyróżniono trzy kategorie: „do dwóch lat” (25,3% badanych), „od 2 do 5 lat” (40,38% kobiet) oraz „powyżej pięciu lat” (34% kobiet). Natomiast analiza poglądów związanych z problemami bioetycznymi leczenia niepłodności wykazała, iż przeważająca większość pacjentek, aż 63,5%, ma poglądy liberalne, 29% kobiet ma poglądy umiarkowane, natomiast tylko 7,4% kobiet ma poglądy konserwatywne [26].



WYNIKI

W analizach statystycznych posłużono się statystykami opisowymi oraz nieparametrycznym odpowiednikiem jednoczynnikowej analizy wariancji – testem Kruskalla-Wallisa – pozwalającym porównać grupy niezależne, a na takie zostały podzielone badane kobiety w zależności od udzielanej odpowiedzi dotyczącej percepcji wsparcia społecznego. Analizy statystyczne wskazują, iż najwyższy uzyskany wynik w badanej grupie to 4 (co oznacza brak wsparcia udzielanego przez personel medyczny) – tak deklaruje 10,3%, czyli 32 kobiety, natomiast najniższy 0, co oznacza bardzo duże wsparcie udzielane przez personel medyczny – 9,6%, czyli 30 kobiet (Tab. 2). Średnia dla badanej grupy w wynikach obejmujących pytania dotyczące wsparcia społecznego to 2,04, natomiast odchylenie standardowe wynosi 1,122.

Tabela 2. Ocena wsparcia społecznego udzielanego przez personel medyczny pacjentkom leczącym niepłodność

L.P.	Odpowiedź na stwierdzenie: „Personel medyczny jest dla mnie dużym wsparciem”	Częstość odpowiedzi [liczba badanych]	Procent odpowiedzi [%]
1	2	3	4
1.	>nie dotyczy mnie<	30	9,6
2.	>dotyczy mnie w małym stopniu<	68	21,8
3.	>dotyczy mnie w stopniu umiarkowanym<	106	34,0
4.	>dotyczy mnie w stopniu dużym<	76	24,4
5.	>dotyczy mnie w stopniu bardzo dużym<	32	10,3
OGÓŁEM		312	100

Źródło: badania własne

Poszukiwano także zależności pomiędzy percepcją wsparcia społecznego a czasem i metodami leczenia niepłodności oraz wyznawanymi przez kobiety poglądami bioetycznymi związanymi z leczeniem niepłodności. Analiza statystyczna wykazała, iż percepcja wsparcia społecznego kobiet doświad-

Tabela 3. Zależności pomiędzy percepcją wsparcia społecznego udzielanego przez personel medyczny a zmiennymi: poglądy bioetyczne, czas leczenia i metoda leczenia niepłodności

L.P.	Zmienna socio- demo- graficzna	Wartość zmien- nej socio- demo- graficznej	Liczebność wśród N=312 badanych	Średnia ranga	Test statystyczny Chi- kwadrat	Liczba stopni swobody – df	Istotność asymptotyczna
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Czas le- czenia nie- płodności	do 2 lat	79	169,35	5,794	2	0,55
		2-5 lat	126	142,30			
		powyżej 5 lat	107	163,73			
2.	Metoda le- czenia nie- płodności	Leczenie farmakologiczne/ diagnozowanie	100	177,24	16,908	2	0,000
		Inseminacja	78	169,71			
		IVF/ICSI	134	133,34			
		Konserwatywne	23	175,95			
3.	Poglądy bioetyczne	Umiarkowane	91	165,85	3,296	2	0,192
		Liberalne	198	148,95			

Źródło: badanie własne

czających niepłodności jest niezależna od długości leczenia niepłodności oraz ich poglądów bioetycznych (Tab. 3). Istnieją natomiast istotne statystycznie różnice pomiędzy percepcją wsparcia społecznego ze strony personelu medycznego w grupach kobiet korzystających z różnych metody leczenia (leczenie farmakologiczne, inseminacja, metody *In vitro*: IVF, ICSI). Zależność ta jest następująca – im bardziej zaawansowana metoda leczenia niepłodności, tym większa percepcja wsparcia społecznego ze strony lekarzy i pielęgniarek.

DYSKUSJA

Najgorzej wsparcie społeczne oceniają kobiety leczące się jedynie przy użyciu środków farmakologicznych i będące na etapie diagnozowania niepłodności. Natomiast najlepiej wsparcie społeczne oceniają pacjentki korzystające z metod *in vitro*. Wniosek ten może się wydać zaskakujący, gdyż inne analizy pochodzące z tej samej grupy badawczej wskazują, że bardziej zaawansowane metody leczenia niepłodności łączą się z większym obciążeniem emocjonalnym pacjentek [15].

Należałoby zatem zastanowić się, czy uzasadnieniem uzyskanych w analizach zależności nie jest fakt, że zaawansowane metody wspomaganego rozrodu wymagają częstszych wizyt u lekarza, większej liczby badań medycznych? To powoduje częstszy kontakt z personelem medycznym. W leczeniu niepłodności częste są okresy pozornego braku postępu (np. oczekiwanie przez kilka cykli miesięcznych na efekty przyjmowanych leków czy ingerencji medycznej), zatem procedury związane ze wspomaganym rozrodem wydają się być dla pacjentki czasem wyjątkowo intensywnego zajmowania się jej problemem, jakim jest niepłodność. Co więcej, dane pochodzące z części jakościowej opartej na wywiadzie wskazują, że badane kobiety najwyżej ceniły sobie tych lekarzy, pielęgniarki i położne, które okazywały z jednej strony zainteresowanie i zrozumienie, a drugiej nie dawały „złudnych nadziei”. Problem niepłodności był traktowany jako zadanie do rozwiązania z przedstawieniem pacjentce realnych szans powodzenia.

Wsparcie społeczne pacjentek z problemami prokreacyjnymi powinno obejmować zarówno tzw. wsparcie informacyjne, gdzie należy koncentrować się na objaśnianiu procedur medycznych i mogących wystąpić trudności, jak i tzw. wsparcie emocjonalne, gdzie uwagę należy skupić na zbudowaniu zaufania do lekarzy i stosowanych metod leczenia. Da to szansę na zapewnienie poczucia akceptacji i wzmocnienie wiary we własne siły [8].

W pomocy psychologicznej osobom w kryzysie akcentuje się znaczenie kontaktu i nawiązania z nimi „więzi pracy” [27]. „Więź pracy”, nawiązana pomiędzy lekarzem czy położną a kobietą leczącą niepłodność, gwarantuje odpowiedni kontakt, przeciwdziała postawom bierności i beznadziejności. Dzięki niej pacjentka staje się aktywnym równorzędnym partnerem we wspólnym działaniu nad rozwiązaniem problemu. „Więź pracy” to również empatyczne słuchanie wypowiedzi pacjentki dotyczących jej samopoczucia, sposobu doświadczania choroby oraz percepcji jej znaczenia. Doświadczanie sytuacji kryzysowych jest indywidualne i subiektywne. To, co dla jednej kobiety będzie przysłówiowym „końcem świata”, dla innej może być kolejną przeszkodą, którą należy pokonać, zmierzając do celu. Empatyczne słuchanie jako składnik więzi powoduje, że pacjentka czuje się rozumiana i akceptowana, wspierana w swoich usiłowaniach zrozumienia problemu niepłodności. Dla osoby wspierającej

„więź pracy” oznacza na początku relacji podążanie za tokiem myślenia i przeżywania pacjentki, a z czasem przejście inicjatywy. Mówi się w takim przypadku o wsparciu emocjonalnym, w którym bardzo istotne dla jego efektywności są umiejętności osób wspierających:

- atrakcyjność w kontakcie, bezpośredniość, otwartość – sprzyjają nawiązaniu kontaktu;
- empatyczność, przyjazne nastawienie, zrównoważenie – sprzyjają zdobyciu zaufania;
- asertywność i poczucie mocy – sprzyjają rozwiązaniu problemów pacjenta;
- dojrzałość i silne poczucie tożsamości wspierającego – sprzyjają opanowaniu własnego niepokoju i lęku przed konfrontacją z cierpieniem, sprzyjają wspieraniu nadziei i optymizmu;
- pozytywne postawy i zainteresowanie ludźmi – sprzyjają spostrzeganiu innych jako wartościowych i godnych zaufania [27].

Według teorii interwencji kryzysowych przyjmuje się, że w ostrym kryzysie momentem sprzyjającym nawiązaniu więzi jest krótki okres szczytowego napięcia kryzysowego, czyli całkowitego zablokowania możliwości zmagania się z problemem i dezintegracji dotychczasowych mechanizmów obronnych. Po tym czasie narastające wysiłki zaradcze i rozwijające się procesy ponownej integracji i rekonstrukcji „Ja” utrudniają nawiązanie więzi i czerpanie ze wsparcia. Jest to szczególnie istotne z punktu widzenia roli personelu medycznego w udzielaniu wsparcia pacjentkom leczącym niepłodność. To szczytowe napięcie najczęściej następuje niedługo po niepomyślnej diagnozie lub decyzji o podjęciu czy zmianie metod leczenia. I to jest moment, kiedy można nawiązać najbardziej efektywną relację wspierającą. Ten właśnie moment jest „dostępny” lekarzom lub położnym. Niedawne badania pokazują, że także korzystne są efekty wsparcia, którego klienci nie są świadomi (to tzw. „wsparcie niewidzialne”), co pozwala zachować poczucie własnej skuteczności i kontroli nad sytuacją [28] – taką też rolę odgrywać może wsparcie psychologiczne udzielane przez lekarzy i położne pacjentkom zmagającym się z niepłodnością.

Kobiety leczące niepłodność decydują się na skorzystanie z profesjonalnych grup wsparcia (które, należy tu podkreślić, nie są powszechne) czy na spotkanie z psychologiem najczęściej po długim czasie, gdy ich stan emocjonalny utrudnia im codzienne funkcjonowanie, a kolejne nierozwiązane sytuacje kryzysowe nawarstwiają się. Stąd też niezwykle sensownym i zasadnym rozwiązaniem wydaje się dostępność w klinikach leczenia niepłodności czy szpitalach osób profesjonalnie przygotowanych do udzielania interwencji kryzysowej [3, 16, 29, 30, 31, 32]. Być może dałoby to szansę zapobiegania późniejszym konsekwencjom psychologicznym doświadczania niepłodności. Pomoc psychologiczna powinna być oferowana pacjentkom na wielu etapach leczenia: w momencie diagnozy, w czasie wyboru metody leczenia, w trakcie terapii, a także wówczas, gdy okazuje się ona nieskuteczna [3].

Jak wskazują powyższe rozważania, kluczem do efektywnej relacji wspierającej pomiędzy personelem medycznym a pacjentkami mającymi problemy z zajściem w ciążę jest empatyczny kontakt. Jednak należy także pamiętać o zagrożeniach, jakie mogą utrudniać udzielanie efektywnego wsparcia społecznego. Badania wskazują, iż wsparcie społeczne, choć tak istotne, nie jest panaceum na sytuacje kryzysowe [33]. Relacja wsparcia może zagrażać dążeniom do samodzielności i niezależności pacjentów, ich potrzebom

kontroli nad własnym życiem, samostanowienia i poczucia własnej skuteczności. Nadmierne wsparcie społeczne może uzależniać od pomocy, nieadekwatne wsparcie może stać się dodatkowym obciążeniem.

Ludzie będący w sytuacji chronicznego kryzysu zaczynają mieć także postawy ambiwalentne, względnie irracjonalne oczekiwania wobec osób interweniujących [27], co może stać się istotną przeszkodą nie tylko w nawiązaniu wspierającej relacji, ale także w wyborze przez lekarza optymalnej procedury diagnozowania i metody leczenia oraz następnie podjęciu efektywnego leczenia przez pacjentkę. Należy podkreślić fakt, że osoby zgłaszające się do lekarza z powodu niepłodności ujmują swój problem przede wszystkim w kategoriach medycznych. Zbyt szybkie odsyłanie ich do psychologa w celu poprawy kondycji psychicznej może zostać uznane jako dowód lekceważenia ich dolegliwości przez potraktowanie ich jako osób niezrównoważonych psychicznie. Taka sytuacja zwykle wywołuje opór pacjentów i jeszcze bardziej może pogłębiać ich problemy psychologiczne. Stopniowe przyzwyczajanie chorych do ujmowania ich problemu w kategoriach biologiczno-psychologicznych pozwala dopiero rozszerzyć zakres działań psychoterapeutycznych [1]. Jak wskazują wyniki badań, około 40% pacjentów odczuwa potrzebę kontaktu z psychologiem [34]. Częściej kontaktu z psychologiem szukają pary, w których kobieta odczuwa silny stres związany z prokreacją [35].

WNIOSKI

W opiece medycznej nad kobietą zmagającą się z problemami z prokreacją niezwykle istotne jest postępowanie lekarza ginekologa i położnej wobec swoich pacjentek (postępowanie, w którym uwzględniona została wiedza o typowych reakcjach emocjonalnych związanych z diagnozą i leczeniem) [1, 3, 5, 36] oraz doskonalenie podstawowych umiejętności mających znaczenie w trakcie udzielania wsparcia społecznego. Optymalny zatem wydaje się być wariant udziału psychologa w procedurach diagnostycznych i terapeutycznych, proponowanych parze z utrudnioną prokreacją.

PIŚMIENNICTWO

1. Luczak-Wawrzyniak J, Pisarski T. Psychologiczne problemy w leczeniu niepłodności. W: Pisarski T, Szamatowicz J (red.). Niepłodność, PZWL, Warszawa, 1997: 298-304.
2. Van Balen F. The psychologization of infertility W: Inhorn MC, van Balen F (red.). Infertility around the globe. New Thinking on childlessness, gender and reproductive technologies. Berkley, University of California Press, 2002: 79-98.
3. Bielawska-Batorowicz E. Psychologiczne aspekty niepłodności. *Przeg Psychol.* 1991; 34 (1): 103-119.
4. Klonoff-Cohen H, Chu E, Natarajan L, Sreber W. A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamet intrafallopian transfer. *Fertil Steril.* 2001; 76 (4): 675-687.
5. Podolska M. Niepłodność i jej następstwa psychologiczne. Stan badań i perspektywy. Szczecin, Wyd. Uniwersytetu Szczecińskiego; 2007.
6. Domar AD, Smith K, Conboy L, Iannone M, Apler M. A prospective investigation into reasons why insured United States patients drop out of in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril.* 2010; 94(4):1457-9.
7. Bielawska-Batorowicz E. Psychologiczne aspekty prokreacji. Wyd. Śląsk. Katowice; 2006.
8. Motyka M, Golańska Z. Psychologiczne problemy małżeństw niepłodnych. *Ginekol Pol.* 1982; 10:713-716.
9. Holas P, Radziwoń M, Wójtowicz M. Niepłodność a zaburzenia psychiczne. *Psychiatr Pol.* 2002; 36 (4): 557- 566.



10. Bielawska-Batorowicz E. Psychologiczne aspekty rozpoznawania i leczenia niepłodności. *Ginekol Pol.* 1990; 61 (12): 629-633.
11. Bielawska-Batorowicz E. Niepłodność i jej wybrane psychospołeczne aspekty. *Ginekol Pol.* 1998; 69 (12): 1116-1125.
12. Baor L, Blickstein I. Psychosocial aspects of the direct path from infertility to the "instant family": are all risks known. *Harefuah.* 2005; 144(5): 335-40, 382.
13. Sęk H. Kryzys.W: *Leksykon Psychiatrii.* Oprac. H. Sęk. Warszawa, PZWL. 1993. 199.
14. Menning BE. The psychosocial impact of infertility. *Nurs Clin North Am.* 1982; 17(1): 155-63.
15. Dembińska A. Koszty psychologiczne doświadczane przez kobiety zmagające się z niepłodnością. W: *Oblicza współczesnej psychologii. Jedność w różnorodności? XXXIV Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.* Katowice 18-21 września 2011.
16. Hoff LA, Hallisay BJ, Hoff M. People in crisis: Clinical and Diversity Perspective. New York. 2009.
17. Heszen-Niejodek I. Doświadczenie kryzysu – szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń. Katowice: Wyd. UŚ; 1995.
18. Caplan G. Środowiskowy system oparcia a zdrowie jednostki. *Nowiny Psychologiczne.* 1984; 2-3.
19. Kahn RL. Age and social support W: Riley MW, (red.) *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives.* Boulder, CO: Westview Press; 1979: 77-91.
20. Sęk H. Wsparcie społeczne – co zrobić, aby się stało pojęciem naukowym?. *Przeg Psychol.* 1986; 3: 191-199.
21. Widera-Wysoczańska A. Rozmowy o przemijaniu. Hermeneutyczna analiza psychologiczna doświadczeń człowieka. Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego; 2000: 89.
22. Ratajczak Z. Psychologiczne koszty pracy a podmiotowość człowieka W: Ratajczak, Z. (red.). *Psychologiczne koszty aktywności człowieka.* Katowice: Wyd. UŚ; 1989: 162- 176.
23. Ratajczak Z. Psychologiczne koszty radzenia sobie w sytuacji utraty pracy. W: Ratajczak Z. (red.). *Bezrobocie. Strategie zaradcze i wzorce pomocy psychologicznej.* Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, 1998: 13-19.
24. Ratajczak Z. Stres – koszty psychologiczne – radzenie sobie. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.) *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne.* Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego; 2000: 65-87.
25. Ratajczak, Z. *Psychologia pracy i organizacji.* Warszawa: Wyd. Naukowe PWN; 2007
26. Dembińska, A. Bioethical dilemmas of assisted reproduction in the opinions of Polish women in infertility treatment: a research report. *Journal of Medical Ethics, Published Online First: 12 September 2012.* doi: 10.1136/medethics-2011-100421.
27. Kubacka-Jasiecka D. Interwencja kryzysowa W: Sęk H, (red.) *Psychologia kliniczna tom 2,* Warszawa: PWN; 2005.
28. Sęk H. Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia w sytuacjach stresowych. W: Sęk H, Cieślak R, (red.) *Wsparcie społeczne, stres, zdrowie,* Warszawa: PWN; 2004.
29. Kainz K. The Role of the Psychologist in the Evaluation and Treatment of Infertility. *Woman's Health Issues.* 2001; 6: 481-485.
30. Kornas-Biela D. Zdobywane macierzyństwo: doświadczenie sytuacji niepłodności. W: Kornas-Biela D, (red.) *Oblicza macierzyństwa.* Lublin: Redakcja Wyd. Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego; 1999.
31. Noorbala AA, Ramazanzadeh F, Malekafzali H, Abedinia N, Forooshani AR, Shariat M, Jafarabadi M. Effects of a psychological intervention on depression in infertile couples. *Int J Gynaecol Obstet.* 2008; 101(3): 248-52.
32. Wischmann TH. Implications of psychosocial support in infertility – a critical appraisal. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2008; 29(2): 83-90.
33. Sęk H. Psychologiczne problemy ginekologii i położnictwa. W: Jarosz M, (red.): *Psychologia lekarska.* Warszawa: PZWL; 1988.
34. Bidzan M. *Psychologiczne aspekty niepłodności.* Kraków: Oficyna Wyd. „Impuls”; 2006.
35. Wischmann T, Scherg H, Strowitzki T, Verres R. Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counseling. *Hum Reprod.* 2009; 24 (2): 378-85.
36. Conrad R, Schilling G, Langenbuch M, Haidl G, Liedtke R. Alexithymia in male infertility. *Hum Reprod.* 2001; 16 (3): 587-92.

Role of medical staff in coping with the crisis associated with infertility treatment among women

Abstract

Introduction and purpose: Psychological condition of women experiencing infertility is often related to the effectiveness of their treatment. Therefore, the role of the medical staff in psychological support given to women undergoing infertility treatment becomes extremely important. The purpose of the study was to evaluate the medical staff social support given to women undergoing infertility treatment.

Material and methods: In own studies, the variable 'perception of social support', was defined as an individual's ability to notice that behaviours of others are of a supportive character, and accurately respond to his/her expectations. An individual compares the expected support with the support received. The study aimed at evaluating the social support received from the medical staff by women undergoing infertility treatment. A two-stage study was conducted. The first stage was a narrative interview (interpretation was performed in accordance with the hermeneutic attitude) complemented with the projective method – confrontation with one's own life. The second stage entailed the quantitative analysis on the basis of the self-designed Questionnaire of Psychological Costs in Infertility. Apart from psychological costs, this questionnaire also considered the perception of social support and self-designed Scale of Attitudes Towards Bioethical Problems in Infertility. The study covered 312 women undergoing infertility treatment.

Results: Statistical analysis encompassed descriptive statistics and the Kruskal-Wallis test. Based on the results obtained, it can be stated that there is a relationship between the infertility treatment method used and perception of social support: the more advanced the method of treatment, the greater the perception of the medical staff social support given to women undergoing infertility treatment. No relationship was identified between perception of social support and duration of treatment, and the bioethical views of women coping with infertility.

Results: While providing medical care to a woman struggling with procreation problems, the skills and conduct of the gynaecologist and midwife towards their patients are extremely important. They should include knowledge regarding typical emotional reactions associated with the diagnosis and treatment.

Key words

social support, infertility, psychological crisis

