

Niepłodność w świetle definicji choroby podanej przez WHO

Celina Łepecka-Klusek¹, Anna B. Pilewska-Kozak¹, Grzegorz Jakiel²

¹ Katedra i Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² I Klinika Położnictwa i Ginekologii Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Łepecka-Klusek C, Pilewska-Kozak AB, Jakiel G. Niepłodność w świetle definicji choroby podanej przez WHO. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(2): 163-166.

Streszczenie

Wstęp: Niepłodność małżeńska to szeroki problem nie tylko medyczny, ale także społeczny.

Cel pracy: Celem pracy było sprawdzenie, czy niepłodność, w rozumieniu definicji WHO, określana jest we współczesnym piśmiennictwie jako choroba oraz czy są przesłanki ku temu, aby ją tak traktować.

Materiał i metody: Uniwersytecką bazę danych, PubMed, MEDLINE, Social Care Online przeszukano przy użyciu haseł: niepłodność, konsekwencje niepłodności, jakość życia osób niepłodnych, choroba, choroba przewlekła. Przeszukanie ograniczono do prac w języku polskim i angielskim, opublikowanych w latach 1994-2010. Wyszukiwarką elektroniczną wybrano wstępnie 48 prac, z czego w niniejszym opracowaniu wykorzystano 27. Skorzystano też z 6 innych prac, których nie znaleziono w/w bazach danych, lecz zaczerpnięto je z prywatnych zbiorów autorów. Finalnie w zbiorze tworzącym materiał analizy znalazły się 33 opracowania.

Wyniki: WHO i niektórzy autorzy potwierdzają tezę, że niepłodność to choroba, której charakter określają mianem „społeczna”. Nie brakuje jednak zgoda przeciwnych stanowisk – niepłodność nie może być chorobą, ponieważ nie boli, nie zagraża życiu i nie dotyczy pojedynczego człowieka. Przegląd piśmiennictwa ukazał dużą rozbieżność stanowisk autorów w tej kwestii oraz dał podstawy do wnioskowania.

Wnioski: Współczesne piśmiennictwo nie definiuje jednoznacznie niepłodności małżeńskiej jako choroby, chociaż nie brakuje w nim argumentów za tym, aby tak było.

Słowa kluczowe

niepłodność, konsekwencje niepłodności, jakość życia osób niepłodnych, choroba przewlekła

WSTĘP

Niepłodność definiowana jest współcześnie przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) jako niemożność zajścia w ciążę pomimo regularnego współżycia płciowego (3–4 razy w tygodniu), utrzymywanego powyżej 12 miesięcy, bez stosowania jakichkolwiek środków zapobiegawczych [1].

Choroba, według WHO, jest odwrotnością zdrowia, które to definiuje jako stan pełnego dobrego samopoczucia („dobrostanu”) fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby czy niedomagania [2]. W takim ujęciu:

- choroba = stan przeciwny zdrowiu;
- choroba = niedostatek zdrowia;
- choroba = stan upośledzenia, niepełnosprawności i/lub dyskomfortu.

W oparciu o definicję zdrowia wg WHO opracowano w 1994 roku – podczas Międzynarodowej Konferencji na Rzecz Ludności i Rozwoju (ICPD) w Kairze – definicję zdrowia reprodukcyjnego, która zakłada, że jest to stan fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym [3, 4]. Choroba – w tym kontekście – to niezdolność partnerów do satysfakcjonującego życia płciowego oraz niemożność spełniania swoich zamierzeń prokreacyjnych.

Celem pracy było ustalenie, czy i na ile opracowana przez WHO definicja zdrowia może stanowić podstawę do postrzegania niepłodności jako choroby, w tym także choroby społecznej.

CZY NIEPŁODNOŚĆ JEST CHOROBA?

Odpowiedź na to pytanie jest przedmiotem od wielu lat toczących się dyskusji i sporów, jakkolwiek WHO jednoznacznie określa ten stan jako chorobę. W czym zatem tkwi problem? Przeciwnicy takiego rozumienia niepłodności twierdzą, iż choroba dotyczy pojedynczego człowieka, a w jej przebiegu wyróżnia się okres utajenia; zwiastunów (prodromalny); jawny, w którym występują objawy podmiotowe (odczuwane przez pacjenta), przedmiotowe (stwierdzone klinicznie) oraz ogólne i miejscowe; zejście choroby, w którym możliwe jest całkowite wyzdrowienie, wyzdrowienie z upośledzeniem sprawności, przejście ostrej postaci choroby w przewlekłą, zgon pacjenta. Ponadto choroba może przebiegać w postaci ostrej, podostrej lub przewlekłej [5, 6].

Niepłodność to zgoła inna i dość specyficzna choroba, ponieważ podstawową jej cechą jest brak dziecka w związku partnerskim. Nie powoduje bólu (w sensie fizycznym), nie prowadzi do kalectwa i nie zagraża życiu. Dotyczy pary małżeńskiej, przy czym często zdarza się, iż osobno każdy z partnerów może, w innym związku, posiadać dziecko. Sposobem na jej pokonanie (wyleczenie) jest uzyskanie ciąży i poród zdrowego dziecka.

Adres do korespondencji: Celina Łepecka-Klusek, Katedra i Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Al. Raclawickie 23, 20-904 Lublin.
E-mail: cklusek@onet.pl

Nadesłano: 24 lutego 2012; zaakceptowano do druku: 7 maja 2012

Toczące się debaty wokół niepłodności i uznania jej za chorobę (bądź nie) ogniskują się zazwyczaj na etyczno-moralnej stronie stosowanych sposobów leczenia, a zwłaszcza na technikach rozrodu wspomaganego i ich finansowaniu. Wśród polityków (i nie tylko) prawie zawsze pada przeciwko finansowaniu tych procedur mocny argument – niedostatek środków finansowych na procedury ratujące życie. Wobec takiej sytuacji lepiej jest zaprzeczać, że niepłodność jest chorobą, gdyż w innym przypadku konieczne byłoby wzięcie przez państwo choćby częściowej odpowiedzialności za finansowanie tych procedur.

Światowa Organizacja Zdrowia nie tylko uznaje niepłodność za chorobę, lecz także postuluje, aby zaliczać ją do chorób społecznych, czyli do grupy chorób szeroko rozpowszechnionych; przewlekłych; trudnych do wyleczenia; wymagających długiej, regularnej opieki lekarskiej; ograniczających człowiekowi możliwość wykonywania podstawowych zadań życiowych; stanowiących duży problem nie tylko dla jednostki, lecz dla całego społeczeństwa. Stawia zatem niepłodność obok takich chorób społecznych jak: alkoholizm, nikotynizm, zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS), reumatyzm, cukrzyca i niektóre choroby naczyń krwionośnych (np. miażdżyca).

W myśl wyżej podanej charakterystyki, dotyczącej chorób społecznych, niepłodność można zakwalifikować do tej grupy chorób ze względu na:

1. Szerokie rozpowszechnienie trudności z prokreacją

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 około miliona partnerów i partnerek. Warto jednak podkreślić, iż są to dane szacunkowe, pochodzące z opracowań *Europejskiego Towarzystwa Reprodukcyjnego Człowieka i Embriologii* [ESHRE]. W wielu krajach (w tym także w Polsce) nie ma na ten temat badań epidemiologicznych. Dlatego dokładnie też nie wiadomo ile osób ma kłopoty z rozrodem, ile poszukuje pomocy lekarskiej, ile rezygnuje z posiadania dziecka, ile stara się o adopcję, a ile faktycznie przysposabia dziecko [7,8].

W ostatnich latach obserwuje się większą niż wcześniej liczbę par poszukujących pomocy w rozrodzie. Nie świadczy to jednak o znaczącym wzroście częstości występowania tego problemu, lecz prawdopodobnie o większej świadomości społecznej i lepszym dostępie do specjalisty z zakresu medycyny rozrodu.

2. Długi czas leczenia

Czas leczenia niepłodności często trwa kilka, a nawet kilkanaście lat. W materiale Łepeckiej-Klusek, czas leczenia kobiet (do czasu rozpoczęcia badań) zamykał się w przedziale 0,5 do 15 lat, a mężczyzn 0,5–12 lat. Po pięciu latach prowadzenia badań leczenie kontynuowało jeszcze 80% par [9]. Warto przy tym dodać, iż poszukiwanie pomocy w rozrodzie najczęściej rozpoczynają same kobiety, odwiedzają wiele gabinetów ginekologicznych, poddają się różnym badaniom diagnostycznym, nierzadko leczeniu, które miałyby zwiększyć szansę na posiadanie własnego dziecka. Postawy mężczyzn, w tym początkowym okresie, zazwyczaj są dość sceptyczne – często trwają oni w przekonaniu, iż za brak dziecka w ich związku odpowiada wyłącznie partnerka, sprzeciwiają się nie tylko ocenie ich płodności, lecz także zwykłej wizycie u ginekologa, twierdząc, iż nie jest to lekarz dla mężczyzn

[10]. W takiej sytuacji czas działa zdecydowanie na niekorzyść małżonków, a diagnozowanie i przedłużanie leczenia tylko jednego z partnerów określane jest w piśmiennictwie jako „kradzież” czasu reprodukcyjnego kobiety [11]. Dopiero wtedy, gdy oboje trafiają do ośrodka leczenia niepłodności, zaczyna się prawidłowo rozumiana diagnostyka i leczenie.

3. Ograniczone skutki terapii

W wielu przypadkach niepłodność udaje się wyleczyć bez konieczności uciekania się do skomplikowanych technik rozrodu wspomaganego. Jednak są pary, dla których doczekanie się upragnionego potomstwa może zaistnieć tylko dzięki tym procedurom. Współczesna medycyna rozrodu jest w stanie pomóc około połowie osób z kłopotami w rozrodzie [12–15]. Mając na uwadze fakt, iż ze specjalistycznej pomocy lekarskiej korzysta w Polsce tylko 19% takich par, trzeba uznać, że jest to dość mało [7,8]. Pozostali żyją w związku bezdzietnym; poszukują pomocy u zielarzy, znachorów, bioenergoterapeutów itd.; adoptują obce dziecko; decydują się na dziecko w związku nieformalnym; czasami rozwodzą się, poszukują innego partnera w nadziei, że tym razem im się uda zostać biologicznym rodzicem.

Skutki terapii w znacznym stopniu ogranicza wiek kobiety. Prawdopodobieństwo uzyskania ciąży obniża się wraz z jej wiekiem, nawet przy użyciu najlepszych procedur. Zmienia się bowiem czynność jajników i jakość komórek jajowych, zwiększając ryzyko poronień samoistnych, niepowodzenia implantacji i nieprawidłowego bruzdkowania. U mężczyzny związek wieku i płodności nie jest tak jednoznaczny. Następuje wprawdzie spadek stężenia testosteronu w surowicy krwi, z towarzyszącym wzrostem globuliny wiążącej hormony płciowe, jednakże nie wiadomo, czy przekłada się to na zmniejszoną płodność [16].

Wiele współczesnych par decyduje o rodzicielstwie odkładając na później. Ważniejsza jest dla nich praca, kariera zawodowa i zdobywanie odpowiedniej pozycji w społeczeństwie. Natura jednak rządzi się swoimi prawami. Stąd odkładanie w czasie pierwszej ciąży czy poszukiwania pomocy, w sytuacji pojawienia się kłopotów z prokreacją, może ograniczać skutki leczenia.

4. Potrzeba stałej opieki medycznej oraz wielu regularnych wizyt w ośrodku leczenia niepłodności

Partnerzy, starający się o dziecko, wymagają stałej opieki medycznej, przy czym wizyty u ginekologa muszą być zsynchronizowane z biologicznym rytmem płodności kobiety. Ważne jest to zarówno na etapie diagnostyki, jak i leczenia. Przerwy w leczeniu, inne niż zalecone przez lekarza, nie tylko nie zwiększają prawdopodobieństwa uzyskania ciąży, lecz niszczą wcześniejsze efekty terapii. Leczenie niepłodności wymaga cierpliwości, systematyczności, pewnych ograniczeń, wyrzeczeń i dokonywania niekiedy bardzo trudnych wyborów [17].

Z relacji pacjentów, a także z obserwacji ich zachowania, wynika, że najtrudniejsza dla nich jest pierwsza wizyta w takim ośrodku. Wiąże się ona z lękiem i niepokojem o to, jaka będzie diagnoza, leczenie, a przede wszystkim jakie będzie rokowanie. Zazwyczaj oczekują jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy mają szansę na własne dziecko, czy nie. Odczucia, towarzyszące partnerom przed każdą kolejną wizytą, można zebrać w dwie grupy: pozytywne, tj. nadzieja na uzyskanie pomocy, zadowolenie z możliwości porozmawiania o swoich kłopotach; oraz negatywne, w tym lęk przed diag-

nozą – pogorszeniem się stanu; lęk przed badaniem; obawa, że nie powie się wszystkiego, co należałoby [9]. Trzeba zatem uznać, iż pozostawianie pod stałą opieką medyczną, podczas diagnozowania i leczenia niepłodności, jest dla partnerów nie tylko czasochłonne, lecz także stresujące.

5. Ograniczenie możliwości wykonywania podstawowych zadań życiowych.

Niepłodność ogranicza, a niekiedy zupełnie pozbawia partnerów przeżyć związanych z ciążą i porodem oraz możliwości spełnienia się w roli matki, ojca, rodziców. Znacznie uszczupla czas przeznaczony na odpoczynek. Zdesperowani małżonkowie zazwyczaj poświęcają go na poszukiwanie pomocy w rozrodzie – nierzadko zmieniają lekarza, ośrodek leczenia nawet na oddalony o wiele kilometrów od miejsca ich zamieszkania. Tracą oszczędności, zaciągają kredyty, ponieważ leczenie niepłodności jest drogie i w większości krajów (zwłaszcza z użyciem skomplikowanych procedur medycyny rozrodu) nie objęte ubezpieczeniem.

6. Duży problem nie tylko dla jednostki.

Ze względu na negatywne konsekwencje niepłodność jest dużym problemem dla kobiet, mężczyzn, związku małżeńskiego i całego społeczeństwa [18].

U kobiet często występuje poczucie winy, krzywdy, wstydu i/lub lęku. Ten ostatni dotyczy trwałości związku partnerskiego i własnej przyszłości. Pojawia się „huśtawka” nastrojów, tzn. od nadziei i euforii, na początku cyklu miesięczkowego lub poddania się nowej procedurze medycznej, do frustracji i depresji w przypadku wystąpienia krwawienia miesięcznego, czyli niepowodzenia w rozrodzie. Z czasem rośnie niepokój, zwiększa się drażliwość, poczucie bezradności oraz skłonność do płaczu, bez wyraźnego w danej chwili powodu. Samoocena i samoakceptacja stopniowo obniżają się [9,18].

U mężczyzn dość powszechnie jest występowanie poczucia gorszym od mężczyzn posiadających dzieci. To powoduje zamykanie się w sobie oraz ucieczkę od problemu, czyli większe angażowanie się w pracę zawodową, społeczną [9,10]. Towarzyszy temu chęć zachowania tajemnicy przed rodziną, a nierzadko skłonność do utrzymywania pozamałżeńskich związków seksualnych [7,19]. Samoocena i samoakceptacja, podobnie jak u kobiet, obniżają się.

Publikacje dotyczące psychospołecznych konsekwencji niepłodności zawierają wiele sprzeczności. Niektórzy autorzy [17] uważają, że mężczyźni przeżywają mniej negatywnych emocji niż kobiety. Inni [20] są przeciwnego zdania. Jeszcze inni [10] uważają, że kobiety są tylko bardziej otwarte w wyrażeniu swoich odczuć i przeżyć. Mężczyzn z natury cechuje ogólna niechęć do ujawniania spraw z tak intymnej sfery, jaką jest życie małżeńskie i kłopoty z prokreacją. Skłonność mężczyzn do przyznania się, że przyczyna braku dziecka leży po ich stronie, jest ograniczona [21]. Zazwyczaj tkwią w niczym nieuzasadnionym przeświadczeniu, że sprawność seksualna jest równoznaczna z płodnością. Przyczyn takich postaw można upatrywać, między innymi, w tradycji kulturowej i niedostatku wiedzy z zakresu fizjologii rozrodu.

Proces diagnozowania i leczenia niepłodności zmienia jakość życia i dobrostan partnerów [19]. Narusza ich system wartości, sferę prywatną i intymną oraz przyjęte normy etyczne i moralne. Naraża na utratę pozycji zawodowej i społecznej. Małżonkowie czują się niezrozumiani i nieakceptowani przez środowisko. Dochodzi do izolacji społecznej, unikania kontaktów z osobami posiadającymi dzieci oraz

skrywania problemu niepłodności w rodzinie i w otoczeniu. Występuje rozpamiętywanie wydarzeń z przeszłości (aborcje, zdrada małżeńska, zmiana partnerów seksualnych), które mogłyby wyjaśnić przyczynę braku dziecka [22-24]. Nierzadko nawzajem obarczają się winą za niemożność posiadania upragnionego potomstwa [19]. Współżycie płciowe często pozbawione jest zaangażowania uczuciowego i spontaniczności, ograniczone głównie do okresu płodnego kobiety, gdyż jedynym jego celem jest poczęcie dziecka [10,25-27]. Brak spontaniczności współżycia płciowego może być źródłem konfliktów małżeńskich, powodować zaburzenia potencji u mężczyzn i oziębłość seksualną u kobiet. Wraz z przedłużającym się procesem leczenia niepłodności problemy w związku narastają, mnożą się konflikty, związek znajduje się w sytuacji kryzysowej i nierzadko rozpada się. Znacznie rzadziej zdarza się, że sytuacja, w jakiej znaleźli się partnerzy, zbliża ich do siebie, tzn. następuje wzrost zaufania, poczucia bezpieczeństwa, bliskości i intymności [19].

Wyniki badań niektórych autorów [28] pokazały, iż posiadanie dzieci warunkuje zadowolenie z życia i związku małżeńskiego. Jest także ważnym elementem planów życiowych partnerów. Niezamierzony brak dziecka działa odwrotnie – obniża satysfakcję życiową i utrudnia planowanie przyszłości.

Negatywne konsekwencje niepłodności dla społeczeństwa to wysoka absencja chorobowa, mniejsza wydajność w pracy, spowodowana zmęczeniem, a co za tym idzie spowolnieniem wykonywanych czynności. Zwiększają się nakłady finansowe przeznaczane na diagnostykę i standardowe leczenie oraz pojawiają się niekorzystne proporcje między liczbą osób w wieku przedprodukcyjnym a poprodukcyjnym. Według prognoz GUS w 2050 roku liczba osób w wieku poprodukcyjnym będzie 2 razy większa od liczby osób w wieku przedprodukcyjnym. Niepłodność sprzyja temu zjawisku.

Bezdzietność (zamierzona czy nie) zawsze odbierana jest przez społeczeństwo jako niepłodność. Dlatego partnerzy, oprócz badań i zabiegów, muszą zmagać się z opinią publiczną [22,29-32], której często postrzegani są jako ludzie nieszczęśliwi i mniej wartościowi [9].

ZAKOŃCZENIE

Dość powszechnie uważa się, że niepłodność małżeńska to szeroki problem nie tylko medyczny, ale także społeczny. W Polsce nie ma jednak narodowego programu profilaktyki ani leczenia niepłodności. Nie finansuje się też żadnych procedur pomagających w zapłodnieniu. Dopiero w roku 2011 Stowarzyszenie Nasz Bocian, we współpracy z Polskim Towarzystwem Medycyny Rozrodu oraz Sekcją Płodności i Niepłodności przy Polskim Towarzystwie Ginekologicznym, podjęło się opracowania pierwszych, polskich standardów leczenia niepłodności [33]. Standardy te, oprócz rekomendacji medycznych, mają dotyczyć wyposażenia kliniki, przychodni i gabinetu ginekologicznego; aspektu psychologicznego, informacyjnego, finansowego i terapeutycznego, postrzeganego przez pacjenta. Być może jest to pierwszy krok w kierunku innego niż dotychczas traktowania problemów ludzi z trudnościami w rozrodzie. Nie świadczą to jednak, iż niepłodność zaczęto postrzegać już jako chorobę. Aby tak było, potrzebny jest czas, opracowanie nowych przepisów prawa, a nade wszystko zmiana mentalności społecznej. Ta ostatnia jest o tyle ważna, gdyż determinuje wszelkie w tej kwestii działania.

PIŚMIENICTWO

1. WHO: Manual for the Standardized Investigation and Diagnosis of the Infertile Couple. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
2. WHO definition of Health. New York: Official Records of the World Health Organization 1948; 2: 100.
3. Health population and development, WHO position paper. Geneva: World Health Organization; 1994.
4. Cook RJ, Fathalla MM. Advancing Reproductive Rights Beyond Cairo and Beijing. *Int Fam Plann Perspect*. 1996; 22(3): 115–121.
5. Uszyński M. Propedeutyka medycyny klinicznej i zdrowia publicznego. Bydgoszcz: Wyd. AM; 2001.
6. Thor P. Podstawy patofizjologii człowieka. Kraków: Wyd. Vesalius; 2007.
7. The ESHRE Capri Workshop Group. Social determinants of human reproduction. *Hum Reprod*. 2001; 16: 1518–1526.
8. ESHRE. The European IVF-monitoring programme (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Assisted reproductive technology in Europe, 2000. Results generated from European registers by ESHRE. *Hum Reprod*. 2004; 19(3): 490–503.
9. Łepecka-Klusek C. Postawy życiowe partnerów w sytuacji niezamierzonych bezdzietności. Rozprawa habilitacyjna. Lublin; Uniwersytet Medyczny w Lublinie; 2008.
10. Łepecka-Klusek C, Bokinić M. Samoocena mężczyzn z bezdzietnych par małżeńskich po uzyskaniu informacji o wartości nasienia. *Ginekolog Pol*. 1994; 65(1): 24–28.
11. Szamatowicz M. Kradzież czasu reprodukcyjnego jako jatrogenna szkoda w medycynie rozrodu. W: Paszkowski T, (red.). Zapobieganie szkodom jatrogennym w położnictwie i ginekologii. Lublin: Wyd. IZT; 2004: 21–24.
12. Dutney A. Religion, infertility and assisted reproductive technology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007; 21(1): 169–80.
13. Reddy UM, Wapner RJ, Rebar RW, Tasca RJ. Infertility, assisted reproductive technology, and adverse pregnancy outcomes: executive summary of a National Institute of Child Health and Human Development workshop. *Obstet Gynecol*. 2007; 109(4): 967–77.
14. Wołczyński S, red. Techniki rozrodu wspomaganego medycznie w leczeniu niepłodności. W: Ginekologia po Dyplomie. Warszawa: Medical Tribune Polska; 2006.
15. Van Voorhis B. Clinical practice. In vitro fertilization. *N Engl J Med*. 2007; 356(4): 379–86.
16. Fong SF, McGovern PG. How does age affect fertility? *Contemp Obstet Gynecol*. 2004; 49: 37–46.
17. Edelman RJ, Connolly KJ. Gender Differences in Response to Infertility and Infertility Investigation: Real or Illusory. *Br J Health Psychol*. 2000; 5(4): 365–375.
18. Bielawska-Batorowicz E. Psychologiczne aspekty prokreacji. Katowice: Wyd. Nauk. Śląsk; 2006.
19. Sherrod RA. Understanding the emotional aspects of infertility: implications for nursing practice. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2004; 42(3): 40–47.
20. Glover L, Gannon K, Sherr L, Abel PD. Distress in sub-fertile men: a longitudinal study. *J Reprod Infant Psychol*. 1996; 14(1): 23–36.
21. Gannon K, Glover L, Abel P. Masculinity, infertility, stigma and media reports. *Soc Sci Med*. 2004; 59(6): 1169–1175.
22. Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med*. 1997; 45(11): 1679–1704.
23. Mindes EJ, Ingram KM, Kliewer W, James CA. Longitudinal analyses of the relationship between unsupportive social interactions and psychological adjustment among women with fertility problems. *Soc Sci Med*. 2003; 56(10): 2165–2180.
24. Whiteford LM, Gonzalez L. Stigma: the hidden burden of infertility. *Soc Sci Med*. 1995; 40(1): 27–36.
25. Kainz K. The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Womens Health Issues* 2001; 11(6): 481–485.
26. Lee TY, Sun GH, Chao SC. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Hum Reprod*. 2001; 16(8): 1762–1767.
27. Salvatore P, Gariboldi S, Offidani A, Coppola F, Amore M, Maggini C.
28. Psychopathology, personality and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures. *Fertil Steril*. 2001; 75(6): 1119–1125.
29. Guttman J, Lazar A. Criteria for marital satisfaction: does having a child make a difference? *J Reprod Inf Psychol*. 2004; 22(3): 147–156.
30. Bidzan M. Psychologiczne aspekty niepłodności. Kraków: Ofic. Wyd. Impuls; 2006.
31. Klaus A. Bezdzietność w małżeństwie. Opole: Wyd. Wydziału Teologicznego UO; 2002.
32. Lampman C, Dowling-Guyer S. Attitudes Toward Voluntary and Involuntary Childlessness. *Basic Appl Soc Psych*. 1995; 17(1-2): 213–222.
33. Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R. Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the 'Heidelberg Tertiary Consultation Service'. *Hum Reprod*. 2001; 16(8): 1753–1761.
34. <http://www.naszbozian.pl/node/17313> (dostęp 30.03.11).

Infertility – a disease or not according to the WHO definition

Abstract

Introduction: Infertility in marriage is a widespread, and not only medical, but also a social problem.

Objective: The purpose of study was verification of whether or not, according to the definition by the WHO, infertility is approached as a disease in the relevant literature, and the determination of premises to view infertility in that way.

Material and methods: In order to collect material for the study, medical university databases: PubMed, MEDLINE and Social Care Online data, were searched for the following key notions: infertility, consequences of infertility, quality of life of infertile individuals, disease, and chronic disease. The search was limited to literature in Polish and English published in 1994-2010. Subsequently, 48 reports were selected, 27 of which were finally used for the presented study. In addition, 6 reports were used which were not included in the above-mentioned databases, but found in private database of other researchers. Finally, 33 reports were analyzed.

Results: The WHO and some researchers support the thesis that infertility is a disease of a 'social' character. However, there are numerous opposing approaches stating that infertility cannot be considered as a disease, because it is not associated with pain, not life threatening and it does concern a single individual. The review of literature showed a wide diversity of opinions among the researchers which allowed the drawing of some conclusions.

Conclusions: Contemporary literature does not provide an explicit definition of marriage infertility as a disease, although there are numerous arguments for approaching it as such.

Key words

infertility, consequences of infertility, quality of life of infertile individuals, chronic disease