

# Relacje partnerskie w leczeniu niepłodności

Aleksandra Anna Dembińska<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Katedra Psychologii, Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa w Katowicach

Dembińska AA. Relacje partnerskie w leczeniu niepłodności. Med Og Nauk Zdr. 2015; 21(2): 174–180. doi: 10.5604/20834543.1152916

## Streszczenie

**Wprowadzenie.** W Polsce szacuje się, że kłopoty z rozrodem ma 15% par, co oznacza, że skalę niepłodności w naszym kraju ocenia się na poziomie ponad miliona par. Partnerzy leczący się z powodu niepłodności narażeni są na wiele konsekwencji dotyczących różnych aspektów ich życia, w tym także ich relacji.

**Cel pracy.** Psychologiczna ocena relacji partnerskich przez kobiety leczące się z powodu niepłodności.

**Materiał i metoda.** Przeprowadzono dwuetapowe badanie: w etapie pierwszym – jakościowym dokonano oceny jakości relacji partnerskich w sytuacji doświadczania niepłodności. W etapie drugim – ilościowym, w oparciu o autorski kwestionariusz „Kosztów psychologicznych w leczeniu niepłodności” określono skalę problemu. Badaniem zostało objętych: w etapie I – 10 kobiet; w etapie II – 312 kobiet leczących się z powodu niepłodności.

**Wyniki.** Analiza jakościowa wywiadów (etap I) pozwoliła określić znaczenie nadawane relacjom z partnerem przez kobiety leczące niepłodność. W analizie statystycznej (etap II) stwierdzono istnienie zależności pomiędzy pogorszeniem relacji partnerskiej oraz satysfakcją z życia seksualnego a ogólnym poziomem kosztów psychologicznych, nie stwierdzono natomiast zależności z wiekiem, czasem leczenia niepłodności i metodami leczenia niepłodności oraz poglądami bioetycznymi.

**Wnioski.** Leczeniu niepłodności zawsze podlegają oboje partnerzy, zaś jakość ich relacji ma odzwierciedlenie we współpracy pacjentów z lekarzami, a co za tym idzie w efektywności leczenia medycznego.

## Słowa kluczowe

relacje partnerskie, niepłodność, satysfakcja z życia seksualnego

## WPROWADZENIE

Szacuje się, że w Polsce kłopoty z rozrodem ma 15% par, co oznacza, iż skalę niepłodności w naszym kraju ocenia się na poziomie ponad miliona par. Partnerzy leczący się z powodu niepłodności narażeni są na wiele psychologicznych konsekwencji, dotyczących różnych aspektów ich życia, w tym także ich relacji [1].

Niepłodność, niezależnie od tego, kto jest za nią „odpowiedzialny”, jest problemem obojga partnerów, stąd też często rozpatrywana jest w kontekście funkcjonowania małżeństwa. Jest również swego rodzaju sprawdzianem jakości łączącej partnerów więzi emocjonalnej, podobnie jak inne trudne sytuacje życiowe. W literaturze odnaleźć można dwa przeciwne stanowiska dotyczące wpływu niepłodności na relacje partnerskie. Pierwsze z nich głosi, że przymusowa bezdzietność prowadzi do pogorszenia jakości więzi małżeńskiej, natomiast drugie postrzega je jako czynnik umacniający łączące ludzi uczucie i poprawiający funkcjonowanie pary małżeńskiej [2].

Z obserwacji prowadzonych wśród małżeństw dotkniętych niechcianą bezdzietnością wynika, że przeżywają one zdecydowanie więcej konfliktów i niepokojów w porównaniu z tymi, którzy mają dzieci. Ich podłożem jest napięcie emocjonalne związane z oczekiwaniem dziecka, a także długotrwałe działanie silnego stresora, jakim jest proces ustalania i usuwania przyczyn niepłodności. Terapia niewątpliwie zmienia dotychczasowe życie małżeństwa. Częstość wizyt u lekarza i pobytów w szpitalu powoduje, że następuje zjawisko nadmiernej koncentracji na problemie, jakim jest niepłodność. Małżonkowie relacjonują, że ograniczeniu

ulega życie towarzyskie, a czas wolny, urlopy są całkowicie podporządkowane kolejnym etapom leczenia. Przedłużające się stany napięcia emocjonalnego wpływają na powstanie zmian w zachowaniu i w rezultacie na pojawienie się większej liczby konfliktów, których rozwiązanie staje się trudne z powodu zmęczenia i zniechęcenia. Bringhenti i jego zespół [3] wykazali, że kobiety korzystające z metody in vitro (IVF) w leczeniu niepłodności relacjonowały niższą satysfakcję małżeńską niż grupa kontrolna (kobiety zgłaszające się do lekarza z innego powodu niż niepłodność).

Innym poważnym problemem, który pojawia się po latach nieskutecznego leczenia, jest problem wzajemnej akceptacji. Okazuje się, że wzajemna niechęć, zanik pozytywnych uczuć i pojawienie się wielu negatywnych emocji względem siebie, może blokować możliwość poczęcia dziecka [4]. M. Beisert [2], analizując relacje interpersonalne w małżeństwach niepłodnych, stwierdziła wyraźnie zakłócenia w komunikacji między partnerami, zmianę percepcji partnera i pojawienie się poczucia niespełnienia jego oczekiwań. Były więc to zmiany, które mogły wpływać na wiele aspektów więzi partnerskiej, m.in. rodziło to dystans, poczucie odizolowania w małżeństwie i trudności w okazywaniu uczuć [5, 6]. Podobne wyniki badań podaje Pash i współpracownicy [7], według nich na częstsze pojawianie się uczuć gniewu i wrogości wpływa silne zaangażowanie kobiety przy jednoczesnym niskim zaangażowaniu jej partnera w komunikację dotyczącą niepłodności. Natomiast większe uczestnictwo męża w leczeniu niepłodności może prowadzić do pozytywnych zmian w komunikacji dotyczącej ich problemu i ogólnie większej satysfakcji z małżeństwa.

W publikacjach popierających drugie stanowisko podkreśla się, że małżeństwa niepłodne cechuje wysoki poziom zadowolenia z ich związku [2, 8, 9]. Z badań prowadzonych w Akademii Medycznej w Poznaniu w Klinice Niepłodności i Endokrynologii Rozrodu wynika, że istotnie częściej, bo aż 64% kobiet z grupy kontrolnej (czyli kobiet niezamężnych

Adres do korespondencji: Aleksandra Anna Dembińska, Katedra Psychologii Górnośląskiej Wyższej Szkoły Handlowej, ul. Harcerzy Września 3; 40-659 Katowice  
E-mail: aleksandra@dembinska.pl

Nadesłano: 25 sierpnia 2015; zaakceptowano do druku: 03 marca 2015

i nieplanujących w najbliższej przyszłości ciąży) wskazywało, iż brak dziecka w małżeństwie może być przyczyną konfliktów między partnerami, podczas gdy tylko 27% pacjentek leczących niepłodność zgodziło się z tym twierdzeniem [10]. Inne badania wskazują, że małżeństwa niepłodne cechują silne pozytywne więzi emocjonalne i brak konfliktów, wysoki poziom wzajemnego przystosowania się małżonków [2]. Niektóre doniesienia podkreślają również, że rozpoznanie i leczenie niepłodności nie tylko nie wywarło negatywnego wpływu na jakość związku, a przeciwnie, w pewnych wypadkach wzmocniło więzi między partnerami [11]. Badania Lampman i Dowling- Guyer z 1995 roku [12] wskazują, że w niepłodnych parach partnerzy są przywiązani do siebie ze względu na ich motywację do poczęcia; niepłodność może być traktowana jako kryzys zbliżający ludzi.

Wytłumaczeniem różnic w wynikach badań nad relacjami małżeńskimi niepłodnych par może być zróżnicowanie diagnozowanych przyczyn niepłodności. Takie wnioski wysuwa A. Kalus [12] wskazując, że inna jest sytuacja małżeństw, gdy przyczyna niepłodności dotyczy obojga małżonków, a inna w małżeństwach, gdy przyczyna braku dziecka leży po stronie jednego z małżonków. Stwierdza także, że sytuacja psychologiczna w małżeństwach, w których niepłodność dotyczy tylko jednego z małżonków jest także różna, w zależności od tego, czy dotyczy ona tylko męża czy tylko żony. Kobiety i mężczyźni sprawni prokreacyjnie, nie akceptują faktu bezdzietności w ich małżeństwie. Dla nich dziecko ma duże znaczenie zarówno dla obrazu samego siebie, jak i obrazu małżeństwa. Płodni małżonkowie nie wyobrażają sobie życia bez dziecka. Małżeństwa, w których kobieta jest sprawna prokreacyjnie, najdłużej będą się leczyć i znacznie częściej niż pozostałe grupy korzystać z metod wspomaganego rozrodu.

Mówiąc o relacjach małżeńskich w doświadczaniu niepłodności jako sytuacji kryzysowej należy mieć na uwadze, że mogą być one zarówno podłożem kryzysu, jak i następstwem jego rozwiązania.

## CEL PRACY

Celem badania w etapie pierwszym była analiza psychologicznej sytuacji kobiet leczących niepłodność, w tym w świetle ich ocen relacji partnerskich, a także zdefiniowanie kosztów psychologicznych doświadczania niepłodności. Na podstawie wniosków z etapu pierwszego zbudowano narzędzia badawcze, postawiono pytania badawcze i hipotezy dla etapu drugiego – ilościowego, m.in. o:

- zależności pomiędzy poczuciem jakości relacji partnerskich oraz poczuciem satysfakcji z życia seksualnego a kosztami psychologicznymi;
- zależności pomiędzy poczuciem jakości relacji partnerskich oraz poczuciem satysfakcji z życia seksualnego a poglądami bioetycznymi;
- zależności pomiędzy poczuciem jakości relacji partnerskich oraz poczuciem satysfakcji z życia seksualnego a zmiennymi socjodemograficznymi: wiekiem kobiet, czasem i metodami leczenia niepłodności.

## MATERIAŁ I METODA

Badania własne zostały przeprowadzone dwuetapowo:

I. W etapie pierwszym – jakościowym – przeprowadzono wywiady narracyjne z 10 kobietami. Do analizy zastosowano podejście hermeneutyczne. Dobór do badań był celowy, przeprowadzony metodą kuli śnieżnej. W badaniach jakościowych przyjmuje się, że grupa badawcza 6–8 osobowa jest adekwatna do poznania homogenicznej grupy i dokładnego zrozumienia życia poszczególnych jednostek. W paradygmacie hermeneutycznym celem określonego doboru osób do badań jest uzyskanie bogatych i wszechstronnych informacji na temat poznawanej rzeczywistości. Ważne jest jednak, aby pamiętać, że nie jest to reprezentatywna grupa dla dużej populacji, za jakie uważa się próbki ilościowe [13, 14, 15]. Założonym w badaniu była odpowiedź na pytanie o to, jak kobiety doświadczają niepłodności. Stworzono „Przewodnik po dialogu o doświadczaniu niepłodności” będący drogowskazem w trakcie badania, który jednak nie ograniczał rozmowy. Osoba uczestnicząca w dialogu miała opisywać własne przeżycia. Kolejność podejmowania poszczególnych zagadnień uzależniono od woli osób badanych, w rozmowie kierowały się one swoją wewnętrzną logiką. Przewodnik ten koncentrował się wokół następujących zagadnień:

1. Uczucia, emocje, doznania cielesne, refleksje, myśli, przekonania, wyobrażenia, opinie związane z doświadczaniem niepłodności i jej leczenia za pomocą metod wspomaganego rozrodu.
2. Zdarzenia, sytuacje życiowe, które towarzyszą przeżyciom związanym z doświadczaniem niepłodności i jej leczenia za pomocą metod wspomaganego rozrodu.
3. Rola doświadczania niepłodności i korzystania z metod wspomaganego rozrodu w wyborze, kreowaniu i realizacji rzeczy ważnych.
4. Konkretne sposoby realizacji rzeczy ważnych dla osoby.
5. Uczucia, myśli, przekonania pojawiające się podczas realizacji lub braku realizacji rzeczy ważnych dla osoby.

Wywiad wzbogacony został o technikę projekcyjną zwaną „Konfrontacją z własnym życiem” [16]. 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 doświadczania 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 towarzyszące 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.

II. 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 Kosztów Psychologicznych Z. Ratajczak [17, 18, 19, 20], które zostały

zidentyfikowane podczas interpretacji materiału jakościowego w etapie pierwszym. Pytania kwestionariusza dotyczyły wyróżnionych osiemnastu kosztów psychologicznych związanych z doświadczeniem niepłodności [dokładna analiza problematyki i narzędzia – por. 21]. Drugi z autorских kwestionariuszy – „Skala Postaw wobec Problemów Bioetycznych w Niepłodności” – dotyczył poglądów bioetycznych. Poszczególne pytania dotyczyły kwestii najbardziej spornych związanych z leczeniem niepłodności, mających odzwierciedlenie w regulacjach projektów polskich ustaw bioetycznych, wokół których trwa od lat debata. Pytanie brzmiało: „Które z propozycji regulujących kwestie „in vitro” powinny, według Pani, znaleźć się w ustawach prawnych, m.in. kwestie: tworzenia embrionów poza organizmem kobiety, mrożenia zarodków, dawstwa komórek rozrodczych, diagnostyki preimplantacyjnej, ograniczeń wiekowych w leczeniu”. Zadano także uzupełniające pytanie dotyczące metod leczenia niepłodności, które kobieta akceptuje i dopuszcza ich wykorzystanie. Wśród metod leczenia niepłodności wyróżniono: inseminację (nasieniem partnera lub dawcy); „in vitro” (z wykorzystywaniem własnych komórek rozrodczych oraz komórek dawców i adoptowanego zarodka [22]. Badaniem objęto 312 kobiet leczących się z powodu niepłodności. Jako zmienne socjodemograficzne, które charakteryzowały grupę badaną, przyjęto: czas leczenia niepłodności, metodę leczenia niepłodności, poglądy bioetyczne (tab. 1) i wiek [23].

**Tabela 1.** Charakterystyka grupy badanej z etapu II (ilościowego) 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
1.	Czas leczenia niepłodności	do 2 lat	25,32 [%]
		2–5 lat	40,39 [%]
		powyżej 5 lat	34,30 [%]
2.	Metoda leczenia niepłodności	Leczenie farmakologiczne/ diagnozowanie	32,05 [%]
		Inseminacja	25,00 [%]
		IVF/ ICSI	42,95 [%]
3.	Poglądy bioetyczne kobiet	Konserwatywne	7,37 [%]
		Umiarkowane	29,17 [%]
		Liberalne	63,46 [%]

Źródło: badania własne

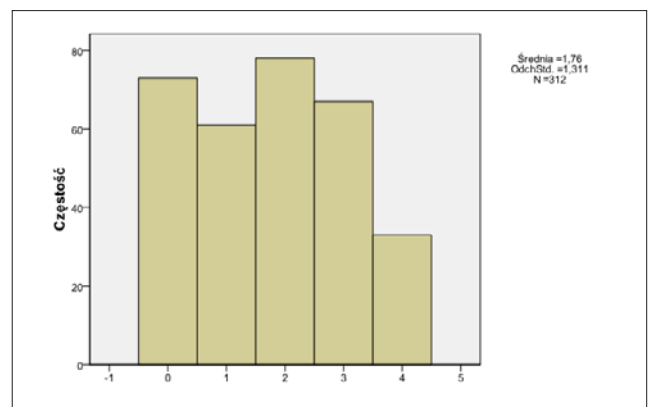
## WYNIKI

Analizy jakościowe wywiadów z kobietami leczącymi niepłodność wskazują, iż zdecydowanie częściej mówią o pogorszeniu relacji partnerskich i to w dwóch głównych zakresach – pogorszenia komunikacji z partnerem oraz pogorszenia życia seksualnego od czasu rozpoczęcia leczenia, tylko niewiele jest wskaźników polepszenia relacji w związku. Tabela 2 przedstawiła cytaty z wywiadów dotyczące analizowanej relacji partnerskiej.

Analizy jakościowe wskazały, iż w doświadczeniu problemów z prokreacją może dochodzić zarówno do pogorszenia, jak i polepszenia relacji w parze, jednak należy zwrócić tu uwagę na dużą rozbieżność w liczbie cytatów przypisanych do

obu obszarów. Kobiety w wywiadach zdecydowanie częściej mówiły o problemach z partnerem (18 cytatów z 23 ogółem), wśród których można wskazać dwa obszary: problemy z komunikacją oraz utratę satysfakcji z pożycia seksualnego. Jeśli chodzi o pierwszy aspekt – problemy z komunikacją – osoby badane wskazywały niepełną komunikację, której towarzyszyły negatywne emocje jak: lęk/strach przed urażeniem partnera, poczucie winy oraz złość, a także donosiły o nasileniu otwartych konfliktów – kłótni pomiędzy partnerami. W drugim obszarze – satysfakcji seksualnej – największą barierą stanowiło uprzedmiotowienie pożycia, podporządkowanie go cyklowi miesięcznemu i leczeniu niepłodności.

Na podstawie analiz jakościowych zaplanowano etap drugi badań – ilościowy, w którym badano koszty psychologiczne leczenia niepłodności [21]. Pośród 18 kosztów psychologicznych uwzględniono zarówno pogorszenie relacji partnerskich, jak i utratę satysfakcji z pożycia seksualnego.



**Rycina 1.** Rozkład częstości odpowiedzi dla kosztu psychologicznego – utrata satysfakcji z pożycia seksualnego – etap badania II ilościowy  
Źródło: badania własne

Analiza częstości odpowiedzi dotyczących utraty satysfakcji z pożycia seksualnego wskazuje, że:

- 73 (23,4%) kobiety nie deklarują odczuwania tego rodzaju kosztu;
  - 61 (19,6%) badanych kobiet deklaruje odczuwanie go w małym stopniu;
  - 78 (25%) osób badanych deklaruje odczuwanie go w umiarkowanym stopniu;
  - 67 (21,5%) osób badanych deklaruje odczuwanie go w dużym stopniu;
  - 33 (10,6%) osoby badane deklaruje odczuwanie go w bardzo dużym stopniu.
- Dominanta wynosi 2.

Analiza częstości odpowiedzi dotyczących odczuwania rodzaju kosztu, jakim jest pogorszenie relacji w małżeństwie, wskazuje, że:

- 159 (51%) kobiet nie deklaruje odczuwania tego rodzaju kosztu;
  - 62 (19,9%) badane kobiety deklaruje odczuwanie go w małym stopniu;
  - 45 (14,4%) osób badanych deklaruje odczuwanie go w umiarkowanym stopniu;
  - 34 (10,9%) osoby badane deklaruje odczuwanie go w dużym stopniu;
  - 12 (3,8%) osób badanych deklaruje odczuwanie go w bardzo dużym stopniu.
- Dominanta wynosi 0.

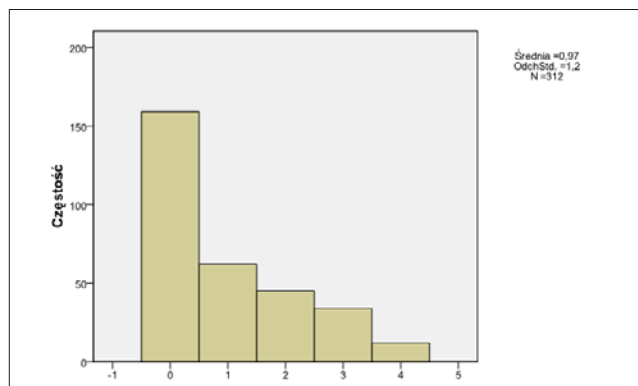
**Tabela 2.** Relacje partnerskie w leczeniu niepłodności – cytaty z badań jakościowych

A. POGORSZENIE RELACJI PARTERSKICH	
1. Pogorszenie komunikacji w związku	
Uczucia towarzyszące	1.1 Niepełna komunikacja
a. Strach przed urażeniem partnera	Cyt.1. <i>Ja to bym wolała, żeby problem leżał po mojej stronie a nie męża.... Dla kobiet to jest jakieś takie bardziej naturalne się leczyć.... Ja widzę ile go to kosztuje.... To ja wolałam się leczyć... Ale nigdy nic mu nie powiedziałam... Aż się dziwię, że przy moim charakterze nic złego mu nie zdarzyło mi się powiedzieć...</i> Cyt.2. <i>Odbieramy te wyniki badań... Mąż minę miał niewyraźną... Ja tam zaglądam i mi się słabo zrobiło... Jak zobaczyłam te wyniki... były tak fatalne... Nie chciałam nic powiedzieć, żeby go nie urazić... Ale znam siebie... moja mina mówiła wszystko...</i> Cyt. 3. <i>Mąż nie powiedział mi o ciąży żony współnika... Bał mi się powiedzieć... Bałam się że mąż będzie miał pretensje.... Bo on od dawna chciał dziecko, a ja chciałam po ślubie....</i>
b. Poczucie winy	Cyt.4. <i>Mąż się zamykał... cały czas mówił – dajmy sobie szansę a nie już klinika... Więc odepuszciliśmy ten temat...</i> Cyt.5. <i>Mój mąż jest wspaniały, ale też się czasem już na mnie denerwuje i krzyczy że mam się pozbiierać...</i> Cyt.6. <i>Mój mąż też chyba ma mnie dość...</i> Cyt.7. <i>Mój mąż powiedział adopcji NIE... ja już przed iv chciałam zaadoptować dzieciątka... a on powiedział, że by się do końca życia z tym nie pogodził, że zdrowa kobieta nie ma swojego biologicznego dziecka, że mi nie odbierze tej możliwości...</i>
c. Złość	Cyt.8. <i>Jakaś taka złość... ja czułam w sobie straszną złość. Nie wiedziałam, czy na niego, czy na los, czy na co... Myślałam... no Boże, no jak to jest możliwe?</i> Cyt.9. <i>Ja mu to chyba do końca życia będę wypominała... On wypowiedział słowa których nie przemyślał...</i> Cyt. 10. <i>Pogorszyły się nasze relacje z mężem.... Mieliśmy wieczne pretensje do siebie...</i> Cyt.11. <i>Jak on wracał z pracy, a było wtedy u niego w pracy źle.... Jakie ja miałam do niego pretensje... że egoista, w ogóle na mnie nie zwraca uwagi...</i> Cyt.12. <i>Mój mąż źle na mnie patrzy, jak ja mówię o leczeniu i dziecku... On już nie wierzy.... Zapytał mnie ostatnio: „Czy Ty wierzysz, że to się może udać?” Nie wiem, jak sobie naszą przyszłość wyobraża mąż... Prawie o tym nie rozmawiamy... On nie chce rozmawiać... Denerwuje się, jak zaczynam o tym mówić...</i>
1.2 Klótnia	
Cyt.13. <i>My się w tym czasie bardzo z mężem kłóciłyśmy...</i>	
Cyt.14. <i>Mnie czasem zdarzało coś palnąć takiego, że mogłam go urazić... nie potrafiłam się pohamować... Na początku były takie złośliwości... Ja mu zarzucałam... że nie ograniczy palenia... że nie zacznie zdrowiej się odżywiać... dbać o siebie...</i>	
Cyt.15. <i>Nie potrafiłam o tym spokojnie rozmawiać- nawet z mężem.</i>	
2. Utrata satysfakcji seksualnej	
Cyt.16. <i>Całe nasze życie zostało podporządkowane cyklowi i leczeniu... Kochamy się z zegarkiem w rękę...</i>	
Cyt.17. <i>Odmierzałam życie długością cyklu miesięczkowego, dni dzieliły się na płodne i niepłodne – te, kiedy należy współżyć i te, kiedy należy czekać..</i>	
Cyt. 18. <i>No i „urocze” współżycie na rozkaz.</i>	

**B. POLEPSZENIE REALCJI PARTERSKICH**

- Cyt. 19. *Na wizytę wchodzimy razem... Mąż uczestniczy w leczeniu, podejmuje ze mną decyzje, słyszy wszystkie zalecenia lekarza.... Mimo że on jest zdrowy...*  
 Cyt. 20. *Mąż mnie bardzo wspiera w naszej walce o dziecko... Zbliżyliśmy się do siebie... Potrafimy rozmawiać o naszych problemach...*  
 Cyt. 21. *A poza tym mam problemy z kręgosłupem, a pracowałam w sklepie... To ciężka praca... Mąż się martwił o mnie i kazał mi zrezygnować z pracy...*  
 Cyt. 22. *Mąż zielony, moja mama przerażona. Oboje mnie pocieszali, ale ja czułam, że jestem w stanie wszystko wytrzymać.*  
 Cyt. 23. *Mąż mnie bardzo wspiera...*

Źródło: badania własne



**Rycina 2.** Rozkład częstości odpowiedzi dla kosztu psychologicznego – pogorszenie relacji w małżeństwie – etap II badania ilościowego  
 Źródło: badania własne

Analizie statystycznej, testem Kruskalla- Wallisa, poddano relacje pomiędzy zmiennymi wyróżnionymi w badaniu i stwierdzono brak zależności ( $p > 0.05$ ) pomiędzy pogorszeniem się relacji partnerskich oraz utratą satysfakcji z życia a wiekiem, czasem leczenia niepłodności i metodami leczenia niepłodności oraz poglądami bioetycznymi (tab. 3). Natomiast stwierdzono zależności ( $p < 0.05$ ) pomiędzy pogorszeniem się relacji partnerskich oraz utratą satysfakcji z życia a ogólnym poziomem kosztów psychologicznych (tab. 4).

Analiza zależności pomiędzy poziomem kosztów psychologicznych a oceną relacji partnerskich oraz utratą satysfakcji z pożycia seksualnego (tab.4) wskazuje, że im wyższy ogólny poziom kosztów tym gorsze relacje partnerskie oraz bardziej odczuwalna utrata satysfakcji z pożycia seksualnego.

**Tabela 3.** Zależności pomiędzy pogorszeniem relacji partnerskich oraz utratą satysfakcji z życia seksualnego a zmiennymi: poglądy bioetyczne, czas leczenia i metoda leczenia niepłodności (test- Kruskalla- Wallisa)

	Pogorszenie relacji partnerskich			Utrata satysfakcji z życia seksualnego		
	Chi- kwadrat	df	Istotność asymptotyczna	Chi- kwadrat	df	Istotność asymptotyczna
Metoda leczenia niepłodności	2,600	2	0,273	3,726	2	0,155
Czas leczenia niepłodności	2,853	2	0,240	3,342	2	0,188
Poglądy bioetyczne	3,089	2	0,213	1,045	2	0,593

Źródło: badanie własne



**Tabela 4.** Zależności pomiędzy pogorszeniem relacji partnerskich oraz utratą satysfakcji z życia seksualnego a ogólnym poziomem kosztów psychologicznych (test Kruskalla- Wallisa)

L.P.	Zmienna	Wartość zmiennej	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.	Pogorszenie relacji partnerskich	0	159	123,58	59,075	4	0,0001
		1	62	159,87			
		2	45	193,31			
		3	34	229,09			
		4	12	231,50			
2.	Utrata satysfakcji z życia seksualnego	0	73	99,47	77,494	4	0,0001
		1	61	131,84			
		2	78	157,38			
		3	67	198,05			
		4	33	241,80			

Źródło: badanie własne

**Wnioski:**

- W etapie I – jakościowym: w wywiadach – 18 cytatów z 23 ogółem dotyczyło problemów partnerskich: problemów z komunikacją oraz utratą satysfakcji z pożycia seksualnego.
- W etapie II – ilościowym stwierdzono:
  - deklarowanie nasilenia w stopniu dużym i bardzo dużym problemu związanego z pogorszeniem relacji partnerskiej – u 36 badanych (tj. 11,5%), a także utratą satysfakcji z pożycia seksualnego – w przypadku 100 badanych (co stanowi 32,05%);
  - brak zależności ( $p > 0,05$ ) pomiędzy pogorszeniem się relacji partnerskich oraz utratą satysfakcji z życia a wiekiem, czasem leczenia niepłodności i metodami leczenia niepłodności oraz poglądami bioetycznymi;
  - zależności ( $p < 0,05$ ) pomiędzy pogorszeniem się relacji partnerskich oraz utratą satysfakcji z życia a ogólnym poziomem kosztów psychologicznych.

**DYSKUSJA**

W przedstawionym badaniu podjęto kwestie relacji pomiędzy partnerami leczącymi niepłodność – osobą oceniającą była kobieta. Badanie przeprowadzono w dwóch, następujących po sobie etapach. W etapie pierwszym, na postawie wniosków wynikających z analizy jakościowej wywiadów, konstruowano narzędzia badawcze, stawiano pytania badawcze oraz hipotezy. Obie uwzględnione w badaniu zmienne dotyczące jakości relacji partnerskiej – ocena relacji partnerskich oraz satysfakcja z pożycia seksualnego – okazały się niezależne od zmiennych socjodemograficznych: wieku, czasu i metod leczenia niepłodności oraz poglądów bioetycznych, co byłoby zaprzeczeniem wnioskowania E. Bielawskiej- Batorowicz [2], która to właśnie w czasie i metodach leczenia niepłodności upatruje różnic w wynikach badań dotyczących pogarszania się lub poprawy relacji małżeńskich. W badaniach własnych stwierdzono natomiast, że pogorszenie relacji partnerskiej i utrata satysfakcji z pożycia seksualnego są istotne związane ze wskazywanym przez badanych ogólnym poziomem kosztów psychologicznych. Im wyższy poziom kosztów psychologicznych, a zatem problemów natury psychologicznej, związanych z leczeniem niepłodności, tym mniejsza satysfakcja

z jakości relacji partnerskiej, jak i ze sfery seksualnej związku. Można tu zatem wnioskować, że to nie czynniki zewnętrzne odbijają się na związkach osób leczących niepłodność, lecz problemy natury psychologicznej, gdyż pośród innych kosztów psychologicznych znalazły się: wstyd, smutek, lęk/strach, poczucie zmęczenia, poczucie utraty godności i pewności siebie, poczucie osamotnienia [21].

Bardzo ciekawym aspektem prowadzonych badań jest rozbieżność pomiędzy wynikami jakościowymi a ilościowymi. Analiza wywiadów pokazała, że problemy partnerskie były niezwykle często poruszonymi tematami. Kobiety opowiadały o doświadczeniu leczenia niepłodności w kontekście zachowań swych mężów, którzy niedostatecznie je wspierają, nie rozumieją, czy też wręcz nie chcą się leczyć. Jedynie trzy fragmenty na dwadzieścia trzy cytaty (zaczepnięte z dzieśięciu rozmów) mówią o polepszeniu relacji z partnerem. Natomiast w etapie II badań – ilościowym, połowa badanych kobiet, zapytanych o te kwestie w kwestionariuszu, zaprzeczyła pogorszeniu się relacji partnerskich (51%), a jedynie 13,7% deklaroowało duże lub bardzo duże odczuwanie tego problemu. Należałoby się zastanowić, skąd takie rozbieżności pomiędzy etapami badań. Można przypuszczać, że różnice te wynikają przede wszystkim ze specyfiki metod użytych do przyjrzenia się relacjom partnerskim. Kobieta udzielająca wywiadu, w którym swobodnie opowiada o swoich doświadczeniach, wskazuje na sytuacje, w których pojawiają symptomy pogorszenia jakości związku w kontekście podjętego leczenia. Gdy jednak w kwestionariuszu pada pytanie o to, czy relacje partnerskie uległy pogorszeniu w wyniku leczenia niepłodności, może pojawić się trudność związana z generalizacją poszczególnych sytuacji trudnych z partnerem i opór wobec świadomego przyznania się do istnienia tego problemu. Prawdopodobnie pojawia się tu znany problem badań kwestionariuszowych dotyczący ograniczeń metod samoopisowych, ograniczeń wynikających z nieadekwatnej samooceny [24]. Literatura wskazuje wiele przyczyn owej nieadekwatności, w przypadku badania relacji partnerskich w niepłodności najbardziej prawdopodobna wydaje się dysymulacja lub symulacja [25]. Dysymulacja może odbywać się świadomie lub nieświadomie i jest tendencją do przedstawiania siebie w nieprawdziwie korzystnym świetle, w celu wywarcia dobrego wrażenia na innych lub samooszukiwania się, czyli utwierdzania się w przekonaniu o prawdziwości

pozytywnie zniekształconego obrazu własnej osoby. Łatwiej jest bowiem mówić kobietom o poszczególnych zdarzeniach, niż jednoznacznie zadeklarować pojawienie się problemów w relacji partnerskiej. W naszym kręgu kulturowym narzekanie nie jest piętnowanym zachowaniem, dlatego też w rozmowie badane kobiety opowiadają o pojawiających się problemach w relacji z partnerem, rzadziej natomiast w pisemnych deklaracjach wypełnianego kwestionariusza, mimo że był on w pełni anonimowy. Stąd też wniosek, że zmienna aprobaty społecznej może być istotnym artefaktem w diagnozie jakości relacji partnerskiej w doświadczeniu niepłodności opartej na metodach kwestionariuszowych.

## WNIOSKI

Psychologiczne aspekty relacji partnerskiej są niezwykle ważne z punktu widzenia personelu medycznego udzielającego pomocy niepłodnej parze, gdyż, niezależnie od tego, czy ma się do czynienia z męską niepłodnością czy żeńską, leczeniu zawsze podlegają oboje partnerzy. Stąd jakość ich relacji będzie miała odzwierciedlenie we współpracy pacjentów z lekarzami, a co za tym idzie w efektywności leczenia. Nie można tu zapomnieć także, iż sukcesem w leczeniu niepłodności jest uzyskanie ciąży i urodzenie dziecka, a prawidłowy jego rozwój w dużej mierze zależy od relacji, jakie panują w środowisku rodzinnym. Zatem objęcie opieką psychologiczną par leczących niepłodność i udzielenie wsparcia służącego jakości relacji partnerskiej sprzyjać będzie aktualnym procedurom medycznym, ale też przyszłości rodziny, w której ma pojawić się dziecko.

## PIŚMIENICTWO

1. Ministerstwo Zdrowia: <http://www.invitro.gov.pl/oinvitro> (dostęp: 03.03.2015).
2. Bielawska-Batorowicz E. Psychologiczne aspekty niepłodności. *Przegląd Psychologiczny* 1991; 34(1): 103–119.
3. Bringhenti F, Martinelli F, Ardeni R, La Sala GB. Psychological adjustment of infertile women entering IVF treatment: differentiating aspects and influencing factors. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76(5): 431–437.
4. Łuczak-Wawrzyniak J, Pisarski T. Psychologiczne problemy w leczeniu niepłodności. W: Pisarski T, Szamatowicz M (red.). *Niepłodność*. Warszawa: PZWL; 1997: 298–304.
5. Bidzan M. Psychologiczne aspekty niepłodności, Kraków: Oficyna Wyd. „Impuls”; 2006.
6. Łepecka-Klusek C. Pozycja kobiet w małżeństwie bezdzietnych par małżeńskich po uzyskaniu informacji o wartości „nasienia”. *Ginekologia Polska* 1997; 65, 24.
7. Pash LA, Dunkel-Schetter C, Christensen A. Differences Between Husband's and Wives' Approach to Infertility Affect Marital Communication and Adjustment. *Fertility and Sterility* 2002; 6: 1241–1247.
8. Schmidt L, Holstein B, Christensen U, Boivin J. Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counseling* 2005; 59(3): 244–51.
9. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH. Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process* 2003; 42(1): 59–70.
10. Jędrzejczak P, Łuczak-Wawrzyniak J, Szyfter J, Przewoźna J, Taszarek-Hauke G, Pawelczyk L. Odczucia i emocje u kobiet leczących się z powodu niepłodności. *Przegląd Lekarski* 2004; 61(12): 1334–1337.
11. Daniluk JC. Infertility: Intrapersonal and Interpersonal Impact. *Fertility and Sterility* 1988; 6: 982–990.
12. Kalus A. *Bezdzietność w małżeństwie*. Opole: Wyd. Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego; 2002.
13. Widera-Wysoczańska A. Hermeneutyczne pytania o ludzkie doświadczenie. *Przegląd Psychologiczny* 1995; 1/2.
14. Żurko M. O przydatności metody biograficznej w psychologii. W: Straś-Romanowska M (red.). *Na tropach psychologii jako nauki humanistycznej*, Warszawa–Wrocław: PWN, 97–109.
15. Silverman D. *Prowadzenie badań jakościowych*. Warszawa: PWN; 2009.
16. Widera-Wysoczańska A. *Rozmowy o przemijaniu. Hermeneutyczna analiza psychologiczna doświadczeń człowieka*. Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego; 2000: 89.
17. Ratajczak Z. Psychologiczne koszty pracy a podmiotowość człowieka. W: Ratajczak Z (red.). *Psychologiczne koszty aktywności człowieka*. Katowice: Wyd. UŚ; 1989: 162–176. 23.
18. 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.
19. Ratajczak Z. Stres – koszty psychologiczne – radzenie sobie. W: Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z (red.). *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego; 2000: 65–87. 25.
20. Ratajczak Z. *Psychologia pracy i organizacji*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN; 2007.
21. Dembińska A. Psychological costs of life crisis in Polish women treated for infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2014; 1(37): 96–107.
22. Dembińska A. Bioethical dilemmas of assisted reproduction in the opinions of Polish women in infertility treatment: a research report. *Journal of Medical Ethics* 2012; 38:731–734.
23. Dembińska A. Rola personelu medycznego we wsparciu kobiet poddawanych leczeniu niepłodności. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2012; 4(18): 366–370.
24. Łuczak A, Tarnowski A. Artefakty w opartych na metodach kwestionariuszowych badaniach psychologicznych kierowców. *Medycyna Pracy* 2014; 65(3).
25. Zawadzki B. *Kwestionariusze osobowości*. W: Strelau J (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 1*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007: 469–490.

# Partnership relations in infertility treatment

## ■ Abstract

**Introduction.** In Poland, it has been estimated that 15% of couples have infertility problems, which means that the problem affects over a million couples. Partners treated due to infertility are exposed to many psychological consequences concerning many aspects of their life, including their relationships.

**Objective.** The objective of the study was psychological evaluation of partnership relations by women who receive treatment due to infertility.

**Material and method.** The study was conducted in two stages: at the first stage – qualitative, the quality of partnership relations was assessed in the situation of experiencing infertility. At the second stage – quantitative, based on the questionnaire 'Psychological Costs in Infertility Treatment', designed by the author, by which the scale of the problem was determined. The study covered: at Stage 1–10 women; at Stage 2–312 women treated due to infertility.

**Results.** Qualitative evaluation of the questionnaires (Stage 1) allowed determination of the meanings assigned by women in the study to the relationship with their partner. In statistical analysis (Stage 2), a relationship was observed between the deterioration of the partnership relation and satisfaction with sex life, and the general level of psychological costs. However, no relationships were found between these variables and age, duration of infertility treatment and methods of infertility treatment, as well as bioethical attitudes.

**Conclusions.** The treatment of infertility always concerns both partners, and the quality of their relationship is reflected in the cooperation between patients and physicians, and consequently, in the effectiveness of medical treatment.

## ■ Key words

partnership relations, infertility, satisfaction with sex life