

STRESZCZENIE

Wprowadzenie

Szacuje się, że 10-18% par na całym świecie oraz 15- 20% par w wieku rozrodczym w Polsce doświadcza niepłodności. W obecnych czasach wiele osób na pierwszym miejscu stawia pracę, karierę zawodową i zdobycie odpowiedniej pozycji w społeczeństwie. Odkładanie w czasie pierwszej ciąży czy poszukiwania pomocy, w sytuacji pojawienia się kłopotów z prokreacją, może ograniczać skutki leczenia. W wielu przypadkach niepłodność można wyleczyć bez konieczności uciekania się do skomplikowanych technik rozrodu wspomaganego. Jednak dla wielu par doczekanie upragnionego potomstwa może zaistnieć tylko dzięki tym procedurom. Pozostawanie pod stałą opieką medyczną podczas procesu diagnozowania i leczenia niepłodności jest dla partnerów czasochłonne oraz stresujące. Według badań, na skutek diagnozy oraz procesu leczenia niepłodności, często pogorszeniu ulega także jakość współżycia seksualnego pary. Od chwili rozpoczęcia terapii zbliżenia mogą stać się czynnością stresującą, pozbawioną głębi emocjonalnej i spontaniczności.

Wiele czynników, m. in.: długi czas leczenia; ograniczone skutki terapii; potrzeba stałej opieki medycznej i regularnych wizyt w ośrodkach leczenia niepłodności oraz problemy pojawiające się w związku powodują, że wiele par nie podejmuje próby leczenia lub przerywa je z jakiegoś powodu.

Cel badań

Głównym celem badań była ocena seksualności osób zmagających się z problemem niepłodności oraz wpływ niepłodności na wybrane aspekty życia (uwzględniono m.in. zmienne socjodemograficzne, relacje z partnerem oraz z rodziną i znajomymi a także poziom stresu).

Material i metody

Badaniem objęto osoby będące pacjentami TFP Fertility Vitrolive w Szczecinie w trakcie procesu diagnostyki i leczenia niepłodności. W okresie od 2018 do 2020 roku zrekrutowano 126 pacjentów (w tym 113 kobiet i 13 mężczyzn). Badania zostały rozpoczęte po uzyskaniu akceptacji Komisji Bioetycznej oraz pisemnej zgody kierownictwa wyżej wymienionej jednostki na realizację projektu.

Badania zostały przeprowadzone z zastosowaniem metody sondażu diagnostycznego.

Wykorzystane zostały następujące narzędzia badawcze:

- ankieta autorska – zawierająca pytania o charakterze zamkniętym, dotyczące podstawowych danych socjodemograficznych tj.: wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie oraz informacji dotyczących związku partnerskiego/ małżeńskiego i wpływu niepłodności na codzienne funkcjonowanie,
- kwestionariusz IIEF- 15 – narzędzie służy do samooceny funkcjonowania seksualnego mężczyzn na przestrzeni ostatnich czterech tygodni,
- skala FSFI – służy do oceny wszystkich aspektów funkcjonowania seksualnego kobiety na przestrzeni ostatnich czterech tygodni,
- skala PSS-10 – narzędzie służy do oceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją w ostatnich 4 tygodniach, zawiera 10 pytań, pozwalających w sposób subiektywny ocenić odczucia i problemy związane z życiem osobistym.

Wyniki

Odsetek kobiet, które wzięły udział w badaniu wynosił 89,68%. Jedynie 10,32% mężczyzn wyraziło zgodę na udział w badaniu. Niepłodność idiopatyczna stanowiła najczęstszą przyczynę niepłodności wśród respondentów (45%). Wśród ankietowanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby, których czas leczenia niepłodności wynosił od dwóch do pięciu lat (39,68%). Znaczny wpływ niepłodności na relacje z rodziną i znajomymi wskazało 21,43% ankietowanych. Zdecydowana większość ankietowanych uważała, że problem niepłodności ma znaczny wpływ na ich samoocenę (46,04%).

Zdecydowany odsetek respondentów uważał, iż rozwiązanie problemu płodności (urodzenie dziecka) znacznie poprawiłoby relacje w ich rodzinie (37,31%). Jedynie 27,78% respondentów wskazało, że problem niepłodności ma znaczny wpływ na zadowolenie

z życia seksualnego. Jednak, aż u ponad połowy ankietowanych kobiet (51,33%) uzyskano wyniki wskazujące na obecność znamienne klinicznych dysfunkcji seksualnych. Przeważająca większość ankietowanych (64,3%) wskazała także na wysoki poziom stresu, a u mężczyzn zależał on od wieku. Mimo, to nie zaobserwowano istotnego znaczenia wieku na funkcjonowanie seksualne mężczyzn w pięciu obszarach (ni.).

Nie zaobserwowano istotnych różnic między mężczyznami w związku małżeńskim i związku partnerskim w zakresie poczucia stresu (ni.). Nie zaobserwowano istotnego znaczenia stażu związku na poczucie stresu mężczyzn (ni.).

Kobiety z wykształceniem średnim, w porównaniu do kobiet z wykształceniem wyższym, przejawiały na poziomie tendencji statystycznej wyższe poczucie stresu ($p < 0,10$). Nie zaobserwowano istotnego znaczenia stażu związku na poczucie stresu kobiet oraz na ogólne funkcjonowanie seksualne kobiet (ni.) i funkcjonowanie seksualne w sześciu domenach (ni.). Na etapie diagnostyki, wyższe poczucie stresu kobiet korelowało istotnie i umiarkowanie silnie z gorszym funkcjonowaniem seksualnym w domenie satysfakcji seksualnej ($p < 0,05$). Wyższe poczucie stresu kobiet korelowało istotnie i umiarkowanie silnie z gorszym funkcjonowaniem seksualnym w domenie satysfakcji seksualnej ($p < 0,001$), słabo z gorszym ogólnym funkcjonowaniem seksualnym ($p < 0,01$), z gorszym funkcjonowaniem seksualnym w domenie pożądania ($p < 0,05$), podniecenia ($p < 0,05$) i orgazmu ($p < 0,01$). Na poziomie tendencji statystycznej, poczucie stresu miało słaby wpływ na gorsze funkcjonowanie seksualne w domenie dolegliwości bólowych ($p < 0,10$).

Mężczyźni w związku małżeńskim, w porównaniu do mężczyzn w związku partnerskim, przejawiali istotnie statystycznie lepsze funkcjonowanie seksualne w obszarze orgazmu ($p < 0,05$). Nie zaobserwowano istotnych różnic między mężczyznami wskazującymi inny niż męski rodzaj przyczyny niepłodności w zakresie funkcjonowania seksualnego w pięciu obszarach (ni.).

Wnioski

1. Zadowoleniu z seksu nie sprzyja sytuacja silnej i nadmiernej koncentracji pary na zadaniu poczęcia dziecka. Seks służący wyłącznie prokreacji nasila problemy partnerskie i obniża satysfakcję z kontaktów seksualnych. Lęk, napięcie, stres, konflikty nie sprzyjają atmosferze swobody, radości i spontaniczności, potrzebnej w prawidłowym funkcjonowaniu seksualnym.

2. Wraz ze wzrostem czasu trwania niepłodności poziom lęku i stresu wzrasta. Stres wywołany przedłużającą się niepłodnością prowadzi do wystąpienia dysfunkcji seksualnych, prowadzących do zaburzeń emocjonalnych i konfliktów rodzinno-społecznych.
3. Stabilizacja zdrowia seksualnego i psychicznego zwiększa szansę na pozytywne efekty leczenia. Ważne jest, żeby pomoc psychologiczna i seksuologiczna była zgodna ze współczesnymi standardami całościowej i humanistycznej opieki medycznej, bazującej na nowoczesnej wiedzy naukowej oraz współpracy specjalistów z różnych dziedzin na każdym etapie leczenia niepłodności.
4. Niepłodne osoby doświadczają trudności w różnych aspektach seksualności. Niezbędne są dalsze badania naukowe mające na celu zbadanie wzajemnych relacji pomiędzy jakością życia seksualnego i relacji partnerskich w kontekście poszukiwania możliwości pozwalających zaspokoić potrzeby i oczekiwania niepłodnych par.
5. Grupa mężczyzn zmagających się z kryzysem niepłodności jest trudno dostępną dla badań, stąd problem w dotarciu do satysfakcjonującej statystycznie liczby pacjentów. Zwiększenie grupy badawczej wśród mężczyzn pozwoliłoby na większe możliwości wskazania istotnych predyktorów wpływających na stan psychofizyczno-społeczny.
6. Kontynuowanie i rozszerzenie badań wśród par jest priorytetem do uzyskania informacji dotyczących zaburzeń seksualnych danej pary. Badanie par z problemem niepłodności daje nam możliwość prowadzenia zindywidualizowanego poradnictwa seksualno- psychologicznego.

Słowa kluczowe- niepłodność, seksualność, stres, lęk, dysfunkcje seksualne, relacje rodzinno- społeczne