

Aleksandra Dembińska

## Rola nadziei w pomocy psychologicznej kobietom leczącym niepłodność

The role of hope in psychological help for women undergoing infertility treatment

Katedra Psychologii Górnośląskiej Wyższej Szkoły Handlowej

### Wprowadzenie

Niepłodność doświadczana przez kobietę jest jedną z trudności życiowych o charakterze kryzysu. Jest to sytuacja przełomowa, zwrotna, w której rozstrzyga się jeden z podstawowych problemów życia jednostki, jakim jest dążenie do prokreacji (Motyka, Golańska 1982; Holas, Radziwoń, Wójtowicz 2002; Bielawska-Batorowicz 1990; 1998; Baor Bickstein 2005).

Niepłodność staje się problemem nie tylko dla jednostki ale i dla społeczeństwa. W Polsce jest 9 milionów kobiet w wieku rozrodczym i przyjmując, że w naszej strefie cywilizacyjnej kłopoty z rozrodem ma 15% par (lub innymi słowy co szóste małżeństwo) to można przyjąć, że w Polsce skalę niepłodności ocenia się na poziomie ponad miliona par.

Diagnozowanie i leczenie niepłodności jest długotrwałe i nie dające stuprocentowej gwarancji powodzenia. Nie ma tu prognozowania indywidualnego; w ocenie szans danej pary na ciążę i urodzenie dziecka, lekarze posługują się tzw. statystycznym przybliżeniem - określaną procentowa szansa zależy od rozpoznanej przyczyny i sposobu zastosowania

leczenia. Niepewność więc, wydaje się być tłem w sytuacji niepłodności

Niepłodność jest wyzwaniem dla doświadczających jej kobiet. Będąc sytuacją kryzysową, w naturalny sposób wywołuje reakcje zaradcze. Jak można zauważyć działania te idą w trzech kierunkach: 1. adopcji, 2. leczenia niepłodności, 3. rezygnacja z posiadania potomstwa (Bielawska-Batorowicz 2006). W każdej z tych dróg pojawiają się przeżycia towarzyszące podejmowaniu decyzji. Niniejsza praca analizuje sytuację psychologiczną kobiet leczących niepłodność. Nierzadko emocje towarzyszące temu to emocje o negatywnym zabarwieniu. Stany emocjonalne o określonej treści nazywane są tu kosztami psychologicznymi (Ratajczak 1989; 1998; 2010). Koszty psychologiczne to negatywne odczucia związane z aktywnością człowieka, które mają dwojaką genezę:

- wynikają wprost z poznawczej oceny stanów rzeczy, których człowiek nie akceptuje oraz
- pośrednio są pochodne wobec innego rodzaju kosztów (fizjologicznych, ekonomicznych lub społecznych).

Koszty psychologiczne rozumiane są jako subiektywna reakcja człowieka na nieakceptowaną sytuację, stanowią obciążenie jego systemu regulacji psychicznej. Będąc stanem dyskomfortu, są uświadamianiem sobie przez jednostkę objawów kryzysu. Są one korelatami strategii zaradczych, gdyż apelują do podmiotu o odpowiednią pod względem treści aktywność, by nie dopuścić do nadmiernej utraty zasobów. Pełnią więc istotną funkcję regulacyjną, decydują o zarządzaniu „zasobami”, wpływając przez to na efektywność radzenia sobie jednostki z sytuacją kryzysu, mogą także wtórnie stawać się jego podłożem. Identyfikując charakter kosztów psychologicznych można próbować przewidywać ich behawioralne skutki.

### Cel pracy

Celem badania była analiza psychologicznej sytuacji kobiet leczących niepłodność oraz zdefiniowanie kosztów psychologicznych doświadczania niepłodności w etapie 1 – jakościowym. Na podstawie etapu pierwszego postawiono pytania badawcze i hipotezy dla etapu drugiego – ilościowego, m.in. o:

- zależności pomiędzy nadzieją jako stanem emocjonalnym a czasem leczenia niepłodności oraz pozostałymi kosztami psychologicznymi

- zależności pomiędzy nadzieją jako cechą a kosztami psychologicznymi.

### Grupa badana

W etapie pierwszym grupę badaną stanowiło 10 kobiet leczących się z powodu niepłodności. Dobór do niej był celowy metodą kuli śnieżnej. W etapie drugim – ilościowym dobór osób badanych także miał charakter celowy. Przyjęto za kryterium włączenia do badania kobiety będące w trakcie leczenia niepłodności. Literatura przedmiotu wskazuje, iż doświadczanie niepłodności u kobiet i u mężczyzn jest inne. Badaniami objęto 312 kobiet. Grupa badana stanowiły kobiety w przedziale wiekowym od 20-45 lat (z przewagą kobiet między 30 r.ż. a 40 r.ż.). Średnia wieku kobiet biorących udział w badaniu to 31,79 lat.

Kobiety biorące udział w badaniu poddawane były różnym procedurom medycznym związanym z leczeniem niepłodności. Był to zarówno etap diagnozowania i leczenia farmakologicznego jak i korzystanie z metod wspomaganego rozrodu (ART) – inseminacji oraz in vitro i ICSI. Spośród grupy leczącej się za pomocą ART uwzględniono także grupę badanych korzystających z dawców komórek (nasienia i komórki jajowej, oraz adopcje zarodka).

Tabela 1. Metody leczenia niepłodności w badanej grupie

		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	Leczenie farmakologiczne	100	32,1	32,1	32,1
	Inseminacja	78	25,0	25,0	57,1
	ART.	134	42,9	42,9	100,0
	Ogółem	312	100,0	100,0	

Źródło: badania własne

Z danych zamieszczonych w tabeli 1 wynika, że:

(1) 100 kobiet (co stanowi 32,1%) jest na etapie diagnozowania i leczenia farmakologicznego

(2) 78 kobiet (co stanowi 25 %) poddaje się inseminacji

(3) 134 kobiet (co stanowi 42,9 %) korzysta z metod wspomaganego rozrodu IVF lub ISCI

Warto w tym miejscu dodać, że spośród kobiet poddających się inseminacji oraz IVF/ICSI grupa 28 kobiet (co stanowi 9%) korzysta w metodach wspomaganego rozrodu z dawców komórek.

### **Metoda i narzędzia**

W etapie pierwszym jakościowym zastosowano analizę hermeneutyczną narracji. Na potrzeby wywiadu przygotowano autorski Przewodnik po dialogu o doświadczeniu niepłodności, który koncentrował się wokół następujących zagadnień:

1. Uczucia, emocje, doznania cielesne, refleksje, myśli, przekonania, wyobrażenia, opinie związane z doświadczeniem niepłodności i jej leczenia za pomocą metod wspomaganego rozrodu.

2. Zdarzenia, sytuacje życiowe, które towarzyszą przeżyciom związanym z doświadczeniem 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. Konkretny sposób realizacji rzeczy ważnych dla osoby.

5. Uczucia, myśli, przekonania pojawiające się podczas realizacji lub braku realizacji rzeczy ważnych dla osoby.

Jako uzupełnienie stanowiła metoda projekcyjna „Konfrontacja z własnym życiem” (Widera-Wysoczańska, 2000 s. 89). Dzięki uzupełnieniu dialogu hermeneutycznego o metodę zwaną „Konfrontacją z własnym życiem” istnieje możliwość uzyskania zgodności z kryterium triangulacyjnym / kontekstowym, będącym jednym z warunków uprawomocnienia poznania w badaniach jakościowych. Polega ono na wykorzystaniu więcej niż jednego źródła danych w stosunku do konkretnego tematu. (Straś-Romanowska, 1997; Widera-Wysoczańska, 1995; Flick 2010; 2013).

„Konfrontacja z własnym życiem” to metoda oparta na dialogu. Skoncentrowana jest 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 towarzyszące temu uczucia. Każdy uczestnik rysuje trzy takie wykresy kołowe: jeden dla przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. Określa hierarchię rzeczy ważnych na powierzchni poszczególnych „rzeczy” w stosunku do pozostałych.

Spotkanie z osobą badaną rozpoczynało się od techniki projekcyjnej. Dzięki niej osoba badana rzutowała na materiał testowy jej prywatny świat znaczeń. Technika projekcyjna ujawnia nie tylko to, co wyparte, ale przede wszystkim treści doświadczenia emocjonalnego i sposoby jego poznawczej strukturyzacji, a pozostające w różnym stopniu poza

werbalną i świadomą kontrolą jednostki. Na postawie etapu pierwszego zaplanowano etap drugi – ilościowy. Zbudowano model badawczy, postawiono pytania badawcze i hipotezy, zbudowano autorskie kwestionariusze. W etapie tym zastosowano:

- a) autorski Kwestionariusz Kosztów Psychologicznych w Kryzysie Życiowym (Dembińska 2011)
- b) Kwestionariusz Nadziei Podstawowej BHI-12 (Trzebiński Zięba, 2003 b)
- c) autorska Skala postaw wobec problemów bioetycznych w niepłodności (Dembińska 2012).

### **Wyniki**

W wyniku analizy hermeneutycznej narracji utworzono Model doświadczania niepłodności którego metaforyczną nazwą jest „W wahadle nadziei”, ponieważ na doświadczenie niepłodności należy spojrzeć właśnie przez pryzmat nadziei. Nadzieja jako stan emocjonalny jest kluczem do zrozumienia psychologicznych problemów (nazywanych tu kosztami psychologicznymi) w leczeniu niepłodności. Jest ona obawą, że będzie gorzej, ale i pragnieniem by było lepiej. Nadzieja jest dwuwartościowa, rozciąga się między radością a smutkiem. Gdy pragnienie zdobycia wymarzonego celu osiąga pewność, nadzieja przeradza się w radość, natomiast gdy realizacja marzenia się oddala nadzieja staje się rozpaczą. Podobnie kryzys psychologiczny jest dwuwartościowy jest zarówno szansą na rozwój jak i jego zagrożeniem.

W doświadczaniu niepłodności nadzieja jako stan emocjonalny jest w nieustannej zmianie. Leczące się z powodu niepłodności kobiety żyją w nieustannie zmieniającym się „wahadle nadziei”. Bardzo duża labilność

nadziei sama w sobie jest kosztem psychologicznym. W trakcie jednej rozmowy widać jej zmiany, w zależności od poruszanych przez badaną wątków tematycznych. O wahanii nadziei jako stanu kobiety opowiadają także w perspektywie miesięcznej – każdy nowy cykl miesięczny, wiąże się dla kobiet leczących się z ogromnym oczekiwaniem na rozwiązanie ich problemu, natomiast gdy cykl kończy się niepowodzeniem owo oczekiwanie przeraża się w rozpacz i żałobę po wyobrażonym dziecku; ale także w perspektywie wielomiesięcznej czy nawet wieloletniej - każdy etap diagnozowania i leczenia niepłodności wiąże się z ogromnym wzrostem nadziei, które potem wraz z rozwojem sytuacji podlega spadkowi. Dzieje się tak, ponieważ wzrost nadziei jako stanu na powodzenie leczenia wiąże się z wzrostem intensywności marzeń o przyszłym dziecku. Nierzadko nadzieja jako stan ta staje się nierealistyczną, zbyt dużą wiarą w sukces leczenia. Kobiety zaczynają żyć w nierealistycznym świecie marzeń. Przyjmują wtedy prawie stuprocentową skuteczność leczenia, która w rzeczywistości jest znacznie niższa. Każde odchylenie „wahadła nadziei” w którąś ze stron generuje zmiany w przeżywaniu kosztów psychologicznych. Zanalizowano to zagadnienie także statystycznie - przyjrano się związkowi pomiędzy labilnością nadziei jako stanu z pozostałymi rodzajami kosztów psychologicznych oraz zmienną uboczną – czasem leczenia.

Tabela 2. Wartości testu Kruskala-Wallisa dla labilności nadziei jako stanu a czas leczenia niepłodności

	2. Jak długo Pani się leczy?	N	Średnia ranga
Labilność nadziei jako stanu emocjonalnego	Czas leczenia do 2 lat (1)	79	137,48
	Czas leczenia 2- 5 lat (2)	126	149,90
	Czas leczenia powyżej 5 lat (3)	107	178,31
	Ogółem	312	

Źródło: badania własne

Tabela 3. Statystyki testu Kruskala- Wallisa dla labilności nadziei jako stanu a czas leczenia niepłodności a,b

	Labilność nadziei jako stanu emocjonalnego.
Chi-kwadrat	11,355
Df	2
Istotność asymptotyczna	,003

Źródło: badania własne

a. Test Kruskala-Wallisa

b. Zmienna grupująca: 2. Jak długo Pani się leczy?

Analizując labilność nadziei jako stanu z perspektywy czasu leczenia niepłodności stwierdza się istotne statystycznie różnice ( $\chi^2 = 11,355$ ;  $p < 0,01$ ) pomiędzy kobietami leczącymi się do 2 lat oraz kobietami leczącymi się 2-5 lat oraz kobietami leczącymi niepłodność długo, powyżej 5 lat. Im dłuższy czas leczenia niepłodności tym większa labilność nadziei jako stanu.

Natomiast analiza labilności nadziei jako stanu emocjonalnego, będącego jednym z rodzajów kosztów psychologicznych wykazała istotne statystycznie różnice w poziomie poszczególnych rodzajów kosztów psychologicznych pomiędzy kobietami nie doświadczającymi labilności nadziei jako stanu emocjonalnego a kobietami doświadczającymi

labilności nadziei jako stanu:

A. im większa labilność nadziei jako stanu tym bardziej odczuwany dany rodzaj kosztu psychologicznego.

B. im większa labilność nadziei jako stanu tym bardziej odczuwany dany rodzaj kosztu psychologicznego z zastrzeżeniem: kobiety oceniające labilność nadziei jako stanu emocjonalnego na umiarkowanym poziomie (2) mniej odczuwają dany rodzaj kosztu niż kobiety oceniające labilność nadziei jako małą (1).

C. kobiety deklarujące, że nie doświadczają labilności nadziei jako stanu (0) mają wyższy poziom danego rodzaju kosztu od kobiet deklarujących małą labilność nadziei jako stanu(1).

Tabela 4. Poziom poszczególnych rodzajów kosztów psychologicznych z perspektywy labilności nadziei jako stanu

A	B	C
lęk, smutek, poczucie osamotnienia, huśtawka nastrojów, gniew i złość, wstyd, poczucie winy, utrata pewności siebie	poczucie dezorganizacji życia, poczucie zagrożenia finansowego, poczucie zmęczenia, obsesyjne myślenie o chęci posiadania dziecka, utrata satysfakcji z życia seksualnego, pogorszenie relacji w małżeństwie, utrata poczucia godności	poczucie naruszenia norm boskich i Kościoła katolickiego odczuwanie dylematów moralnych

Bardzo istotnym kosztem psychologicznym w leczeniu niepłodności, jest poczucie dezorganizacji życia oraz utrata wiary w sprawiedliwość i kontrolowalność świata. Tak według Trzebińskiego (2003 a; 2003 b) jest rozumiana nadzieja podstawowa. Zatem w leczenie niepłodności poza labilnością nadziei jako stanu, istotna jest także struktura poznawcza, jaką jest nadzieja podstawowa. Kwestia utraty poczucia kontroli nad własnym życiem, brakiem sprawiedliwości była bardzo często poruszana w rozmowach z osobami badanymi podczas wywiadu hermeneutycznego. Staje się to interesującym aspektem, który wymagał doprecyzowania w badaniu ilościowym.

Jak wskazuje analiza statystyczna istnieje związek pomiędzy kosztami psychologicznymi a nadzieją podstawową. Mierzony współczynnikiem korelacji związek między nimi jest ujemny (-0,369, na poziomie istotności  $p < 0,01$ ). Oznacza to, że im wyższy jest poziom nadziei podstawowej tym mniejszy poziom kosztów psychologicznych. Koszty

są impulsem dla procesów zaradczych i decydują o zarządzaniu „zasobami”, wpływając na efektywność procesu radzenia sobie a tym samym zwrotnie minimalizowane są koszty. Natomiast nadzieja podstawowa będąc zasobem jednostki w trakcie procesu zaradczego także zwrotnie staje się źródłem minimalizacji kosztów psychologicznych.

Analiza statystyczna poziomu nadziei podstawowej względem poszczególnych rodzajów kosztów psychologicznych wykazała ciekawe zależności – można podzielić je na trzy grupy:

1. istotne statystycznie różnice w poziomie nadziei podstawowej, najwyższy poziom występuje u kobiet, które w ich odczuciu nie ponoszą danego rodzaju kosztu, najniższy u kobiet, których dany rodzaj kosztu dotyczy w stopniu największym. Im wyższa nadzieja podstawowa tym mniej odczuwany dany rodzaj kosztu. Tymi rodzajami kosztów psychologicznych są: lęk przed przyszłością, przygnębienie, smutek gdy spotyka kobietę w ciąży, huśtawka nastrojów, zmęczenie,

poczucie winy, oddalenie od przyjaciół, dezorganizacja życia, lęk o utratę pracy.

2. istotne statystyczne różnice w poziomie nadziei podstawowej, najwyższy poziom występuje nie u kobiet deklarujących brak danego rodzaju kosztu, a u kobiet których dany koszt dotyczy w małym stopniu. Tymi rodzajami kosztów psychologicznych są: nadzieja jako stan emocjonalny, lęk związany z leczeniem niepłodności, złość, samotność w walce z problemem niepłodności, poczucie obciążenia finansowego.

3. brak istotnych statystycznie różnic w poziomie nadziei podstawowej, w grupach kobiet podzielonych ze względu na deklarowany poziom rodzaju kosztu. Są nimi: utrata satysfakcji z życia seksualnego, pogorszenie relacji małżeńskich, obsesyjne myślenie o chęci posiadania dziecka, utrata poczucia godności, utrata pewności siebie, dylematy moralne, podporządkowanie życia leczeniu niepłodności, wstyd.

*Tabela 5. Poziom nadziei podstawowej a poszczególne rodzaje kosztów psychologicznych*

A	B	C
Lęk przed przyszłością Przygnębienie Smutek gdy widzi kobietę w ciąży Huśtawka nastrojów Zmęczenie Poczucie winy Oddalenie od przyjaciół Dezorganizacja życia Lęk o utratę pracy	Nadzieja jako stanem emocjonalnym Lęk związany z leczeniem niepłodności Lęk od czasu leczenia niepłodności Złość Samotność w walce z problemem niepłodności Poczucie obciążenia finansowego	Utrata satysfakcji z życia seksualnego Pogorszenie relacji małżeńskich Obsesyjne myślenie o chęci posiadania dziecka Utrata poczucia godności Utrata pewności siebie Dylematy moralne Podporządkowanie życia Wstyd

*Źródło: badania własne*

## Dyskusja

Analizy zarówno jakościowe jak i ilościowe wskazują na bardzo istotną rolę nadziei rozumianej zarówno jako stan emocjonalny jak i rolę nadziei podstawowej traktowanej jako cecha w doświadczaniu leczenia niepłodności przez kobiety.

Labilność nadziei jako emocji została wyróżniona jako jeden z rodzajów kosztów. Metaforyczna nazwa modelu doświadczania niepłodności powstałego w wyniku badań me-

todą hermeneutyczną to „W wahadle nadziei” obrazuje stan labilności emocjonalnej. Jest ona obawą, że będzie gorzej, ale i pragnieniem by było lepiej (Lazarus, 1994). Nadzieja jest stanem emocjonalnym rozpostartym pomiędzy radością a smutkiem i lękiem. Wraz ze zmianami w poziomie nadziei jako stanu następują zmiany w odczuwaniu pozostałych kosztów psychologicznych. Kiedy jest ona duża, koszty psychologiczne są doświadczane w małym stopniu. Potwierdzają to badania

statystyczne – istnieją statystyczne różnice pomiędzy kobietami nie deklarującymi doświadczenia utraty nadziei a tymi, które to deklarują, zarówno w odczuwaniu wszystkich pozostałych rodzajów kosztów psychologicznych traktowanych oddzielnie, jak i ogólnego poziomu kosztów. Duża nadzieja jako stan wiąże się z radosnym oczekiwaniem. Natomiast jej spadek pociąga ze sobą nasilenie odczuwania pozostałych rodzajów kosztów. Warto zwrócić tu uwagę na fakt, że analiza statystyczna wykazała, iż kosztami psychologicznymi, w których szczególnie widać tą zależność są: lęk, smutek, poczucie osamotnienia, huśtawka nastrojów, złość, wstyd, poczucie winy, utrata pewności siebie. Biorąc pod uwagę czas leczenia niepłodności zmiany w odczuwaniu nadziei jako stanu, a co za tym idzie w odczuwaniu kosztów psychologicznych stają się dotkliwsze. Im dłuższy czas leczenia niepłodności tym większa utrata nadziei jako stanu i większe koszty psychologiczne. Kobiety na początku leczenia niepłodności każdy kolejny cykl witają z ogromną nadzieją, że uda się począć dziecko i każdy z tych nieudanych cykli żegnany jest rozpaczą i żalobą po wyobrażonym dziecku, które się nie poczęło. Wahania nadziei jako stanu tworzą sinusoidę, gdzie wraz z rozpoczęciem nowego cyklu rośnie w górę, do osiągnięcia punktu szczytowego w okolicach połowy cyklu, czyli owulacji, wkrada się lęk i niepewność w powodzenie, nadzieja powoli zaczyna spadać. Pojawienie się menstruacji, która przekreśla powodzenie starań równoznaczna jest z nagłą i głęboką utratą nadziei jako emocji. Na początku diagnozowania i leczenia niepłodności wahania nadziei jako emocji są bardzo częste, ponieważ każdy kolejny cykl niesie szansę na powodzenie. Jednak wraz

z wydłużaniem się czasu leczenia, kobiety bardziej sceptycznie podchodzą do sukcesu terapii medycznych, dłuższe i głębsze stają się okresy utraty nadziei jako stanu, a co za tym idzie nasilają się koszty psychologiczne. Wzrost nadziei jako emocji mogą wtedy pobudzać np. nowa diagnoza, nowa terapia medyczna dająca szansę na ciążę. Kobiety doświadczone jednak wcześniejszymi wzrostami i spadkami nadziei starają się kontrolować ten stan. Jak wskazują opowiadające kobiety w I etapie badań, w przypadku niepowodzenia odczuwane skutki spadku nadziei jako stanu są jeszcze dotkliwsze. Dlatego też rozmówczynie często wspominały „o próbach nie robienia sobie większych nadziei”, po to by łatwiej znieść ewentualne rozczarowania. Przykładowo wysoko cenią lekarzy, którzy bardzo racjonalnie i „bez robienia nadziei i zwodzenia” podchodzą do problemu niepłodności; kobiety uważają to za przejaw ich kompetencji. Wnioskować można, że nawet sam moment spadku nadziei jako stanu jest bardzo trudnym do zniesienia stanem. Próba kontroli nadziei jako stanu przez nieplodne kobiety jest jednym ze sposobów radzenia sobie z sytuacją kryzysową.

Nadzieja jako stan emocjonalny poprzez swoje związki z pozostałymi kosztami psychologicznymi można potraktować jako swoisty „barometr” emocjonalny dla przebiegu procesu zaradczego pacjentek leczących niepłodność. Identyfikacja jej zmian daje możliwość dokonywania prób przewidywania nasilenia lub obniżenia kosztów psychologicznych leczenia niepłodności.

Przeprowadzone badanie pozwala wysunąć wniosek, że kolejną ceną wskazówką dla konstruowania strategii terapeutycznych jest kwestia nadziei podstawowej (Trzebiński,



Zięba, 2003 a; 2003 b). Człowiek stosując strategię zaradcze sięga do swoich zasobów. Jednym z bardzo istotnych zasobów człowieka może być właśnie nadzieja podstawowa. Daje ona jednostce w kryzysie przeświadczenie, że można i warto budować nowy ład. Pozwala oczekiwać, że w świecie, w którym buduje ład, istnieje porządek. Jednostka może mieć, nad ważnymi dla siebie działaniami kontrolę poznawczą i pragmatyczną, a skutki tych działań mogą być przewidywalne i zamierzone. Pozwala też oczekiwać, że skoro świat jest przychylny to zamiary potencjalnie są w nim możliwe do zrealizowania i można w nim ocalić najistotniejsze wartości. W takim ogólnym przeświadczeniu można uruchomić strategię zaradcze. Wiara w sens, sprawiedliwość i kontrolowalność świata może sprzyjać efektywniejszemu procesowi zaradcemu w kryzysie. Sytuacja niepłodności będąc sama w sobie wysoce niekontrolowaną i niepewną, powoduje, że kobieta w radzeniu sobie z nią poszukuje sensu, którego poczucie kontroli sprzyja tym poszukiwaniom. Należałoby pacjentkom leczącym niepłodność pomóc wzmacniać ich nadzieję podstawową np. poprzez pokazywanie im, że mimo poczucia braku wpływu i poczucia bycia bezwolnym w leczeniu niepłodności ich życie ma wiele obszarów, w których mogą się stawać „Paniami sytuacji”. Bardzo często kobiety nazbyt koncentrują się na leczeniu niepłodności, sprawiając, że staje się ono głównym obszarem aktywności, zainteresowania i głównym celem życia. Zaniedbują przez to te pola życia, które do niedawna sprawiały im przyjemność. Angażując się w leczenie gubią po drodze wszystko co było dla nich wartościowe i dawało radość. A być może i w doświadczeniu niepłodności pacjentka

może odnaleźć głębszy sens. Jedna z badanych w części hermeneutycznej mówi o niepłodności jako „drodze do świadomego macierzyństwa”. Inna mająca potomstwo w wyniku metody *in vitro* przyznała, że gdyby miała dzieci bez leczenia traktowałaby ten fakt jako naturalny i oczywisty etap w życiu. Dopiero problemy uświadomiły jej wagę daru i cudu, jakim jest posiadanie dziecka.

Analizy zależności pomiędzy nadzieją podstawową a kosztami psychologicznymi wykazały 3 grupy zależności (tabela 5): silny związek; słabszy związek oraz brak związku. Należy się zastanawiać, dlaczego występują takie prawidłowości w jakich przypadkach rodzajów kosztów psychologicznych gdzie ten związek jest słabszy? Warto zwrócić uwagę na fakt, że wszystkie z tych pytań w Kwestionariuszu Kosztów Psychologicznych poddanych analizie zawierają w sobie słowo „niepłodność”. Wnioskuje, dzięki badaniom hermeneutycznym, że wszystkie z tych kosztów są szczególnie dotkliwymi, trudnymi czy wręcz wstydlivymi dla kobiet. Zatem można zadać pytanie czy owo „przesunięcie wyników” gdzie najwyższy poziom nadziei podstawowej mają nie kobiety deklarujące brak danego kosztu a te które deklarują odczuwanie go w bardzo małym stopniu, nie jest wyrazem mechanizmu obronnego? Przyznanie się w kwestionariuszu czy nawet przed samą sobą, że np. „miewam chwile utraty nadziei, że zostanę matką” jest poniekąd dopuszczeniem do świadomości istnienia możliwości niepowodzenia terapii medycznych w niepłodności. Kobiety doświadczające niepłodności w rozmowach często powtarzały, że nie chcą nawet myśleć o tym co będzie, jeśli leczenie się nie powiedzie i nie będą miały dziecka, często też padało sformułowanie, że nie wyobrażają so-

bie przyszłości bez dziecka. Biorąc pod uwagę złość wobec losu czy Boga jest to także wstydliva emocja, do której niełatwo przyznać się przed innymi czy przed sobą. Podobnie jest lękiem związanym z leczeniem niepłodności. Poczucie obciążenia finansowego trudno zaliczyć do wstydlivych emocji; kobiety w rozmowach hermeneutycznych, mówiły o tym problemie bardzo otwarcie, podkreślając jego wagę. Jednak jest to często poważna przeszkoda w podejmowaniu diagnozowania i terapii dotyczących niemożności posiadania dziecka. Natomiast koszty psychologiczne wyróżnione w pierwszej grupie mimo, że bardzo uciążliwe, są takimi, o których kobietom doświadczającym niepłodności łatwiej mówić i traktowane są w poczuciu badanych jako emocje, które otoczenie akceptuje. Smutek, przygnębienie, zmęczenie mogą spotykać się ze zrozumieniem otoczenia społecznego. Huśtawka nastrojów bywa usprawiedliwiana przyjmowanymi lekami hormonalnymi, które jako częsty efekt uboczny dają wahania nastroju.

### **Wnioski**

Dokonane analizy pozwalają stwierdzić iż kwestia nadziei, zarówno w rozumieniu stanu jak i cechy, w leczeniu niepłodności ma podstawowe znaczenie zarówno dla praktyki medycznej jak i psychoterapeutycznej:

1. Nadzieję jako stan emocjonalny można potraktować jako "barometr" emocjonalny dla przebiegu procesu zaradczego w leczeniu niepłodności pozwalający przewidywać stan emocjonalny pacjentki leczącej niepłodność.

2. Nadzieja podstawowa jako cecha jest istotnym zasobem w procesie radzenia sobie z niepłodnością.

### **Streszczenie**

Niepłodność doświadczana przez kobietę jest trudnością, gdzie rozstrzyga się jeden z podstawowych problemów życia jednostki – dążenie do prokreacji. Długotrwały proces diagnozowania i leczenia niepłodności, nie dający gwarancji 100% sukcesu, niesie ze sobą chroniczny stres. Badaniem objęto kobiety w trakcie leczenia niepłodności, używając „mieszanej metodologii” w 2 etapach: 1. metoda jakościowa – wywiad; 2. metoda ilościowa. Nadzieja jako stan jest swoistym wskaźnikiem reakcji emocjonalnej w procesie zaradczym, a wysoki poziom nadziei podstawowej, w procesie radzenia sobie, można potraktować jako zasób, służący redukowaniu negatywnych stanów emocjonalnych. Zarówno nadzieja jako stan jak i nadzieja podstawowa są istotne w procesie udzielania pomocy psychologicznej kobietom leczącym niepłodność.

**Słowa kluczowe:** niepłodność, nadzieja jako stan emocjonalny, nadzieja podstawowa

### **Abstract**

Infertility experienced by a woman is a difficulty in which one of the most fundamental problems of an individual's life is solved i.e. striving for procreation. A long-term process of diagnosing and treating infertility, which does not guarantee 100% success, brings about chronic stress. The study involved women undergoing infertility treatment; „mixed methodology” was used in 2 stages: 1. the qualitative method – interview; 2. the quantitative method. Hope as a state is a specific index of emotional response in a preventive process, whereas a high level of basic hope in the process of coping with infertility can be tre-

ated as a resource serving to reduce negative emotional states. Hope as a emotional state and basic hope are equally important in the process of giving psychological help to women undergoing infertility treatment.

**Key words:** infertility, hope as emotional state; basic hope

Adres do korespondencji:  
Dr Aleksandra Dembińska  
Katedra Psychologii  
Górnśląskiej Wyższej Szkoły Handlowej  
Ul. Harcerzy Września 3  
40-659 Katowice  
e-mail: aleksandra@dembinska.pl

#### Bibliografia:

1. Baor L., Blickstein I. (2005): *Psychosocial aspects of the direct path from infertility to the „instant family”: are all risks known*, Harefuah. May;144(5): 335-40, 382
2. Bielawska-Batorowicz E. (1990): *Psychologiczne aspekty rozpoznawania i leczenia niepłodności*. Ginekol Pol. 61 (12): 629-633.
3. Bielawska-Batorowicz E. (1998): *Niepłodność i jej wybrane psychospołeczne aspekty*. Ginekol Pol. 69 (12): 1116-1125.
4. Bielawska- Batorowicz E. (2006): *Psychologiczne aspekty prokreacji*, Wyd. Śląsk, Katowice
5. Dembińska A. (2011): *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.
6. Dembińska, A. (2012): *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, doi: 10.1136/medethics-2011-100421
7. Flick U. (2010): *Jakość w badaniach jakościowych*. Warszawa PWN
8. Flick U. (2013): *Projektowanie badania jakościowego*. Warszawa PWN
9. Hoff L.A. (1995): *People in crisis. Understanding and helping*. San Francisco, Jossey-Buss Publishers
10. Hoff LA, Hallisay BJ, Hoff M.(2009): *People in crisis: Clinical and Diversity Perspective*. New York.
11. Heszen-Niejodek I. (1995): *Doświadczenie kryzysu – szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń*. Katowice: Wyd. UŚ; 1995.
12. Holas P, Radziwoń M, Wójtowicz M. (2002): *Niepłodność a zaburzenia psychiczne*. Psychiatr Pol. 2002; 36 (4): 557- 566.
13. Lazarus R.S. (1994): *Universal antecedents of emotions* [w:] Ekman P., Davidson R.J. The nature of emotion: Fundamental question (1963-171) New York: Oxford University Press
14. Motyka M., Golańska Z. (1982): *Psychologiczne problemy małżeństw niepłodnych*. Ginekol Pol. 10:713-716.
15. Ratajczak Z. (1989): *Psychologiczne koszty pracy a podmiotowość człowieka*. [w:] Ratajczak Z. (red.). Psychologiczne

- koszty aktywności człowieka. Katowice:  
Wyd. UŚ; 1989: 162- 176.
16. Ratajczak Z. (1998): *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.
  17. Ratajczak Z. (2000): *Stres – koszty psychologiczne – radzenie sobie*. [w:] Heszen-Niejodek I.; Ratajczak Z. (red.) Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego; 65-87.
  18. Ratajczak Z. (2007): *Psychologia pracy i organizacji*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN
  19. Trzebiński J., Zięba M. (2003a): *Nadzieja, strata i rozwój*, Psychologia Jakości Życia, tom 2 nr 1 , s. 5-33
  20. Trzebiński J., Zięba M. (2003b): *Kwestionariusz Nadziei Podstawowej BHI-12*. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa
  21. Widera-Wysoczańska A. (2000): *Rozmowy o przemijaniu. Hermeneutyczna analiza psychologiczna doświadczeń człowieka*. Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego; 89.