

mgr Mateusz Barłów

*doktorant - Uniwersytet Jagielloński w Krakowie*

mgr Marlena Stradomska

*doktorantka - Uniwersytet Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie*

## **Samoocena i inteligencja emocjonalna jako indywidualne predykatory postaw względem bezpłodności własnej oraz partnera, a także wobec metody in vitro**

### **Wprowadzenie**

W XXI wieku zmiany cywilizacyjne można zaobserwować nie tylko w perspektywie globalnej, ale i w lokalnej, a także w najmniejszej jednostce społecznej jaką jest rodzina. Rodzina jest grupą społeczną, która jest ważna dla człowieka w ciągu całego życia, jest ona niezbędna dla prawidłowego rozwoju dziecka (Szewczuk, 1998, s. 734). Zmienia się coraz częściej spostrzeżenie kwestii dotyczącej struktury, wieku wchodzenia w związki partnerskie czy kwestia posiadania dzieci, których liczba maleje nieprzerwanie od lat 90-tych XX wieku (Waligórska i in., 2015, s. 33-36). To tylko niektóre przykłady transformacji, które można zaobserwować w codziennym życiu. Jednakże pomimo wielu przeobrażeń społeczno-gospodarczych zachowanie gatunku w dalszym ciągu jest najbardziej podstawowym instynktem, wynikającym m.in. z czynników biologicznych i ewolucyjnych, a także podstawowych zadań rozwojowych jednostki (Gurba, 2011, s. 287-311, Kalat, 2007, s. 14-19). Możliwość posiadania potomstwa jest pożądana przez większość społeczeństwa (Cohen, 2011, s. 117-125). Z natury człowieka wynika, że jest on istotą rodzinną. Brak najbliższych i trwałych kontaktów rodzinnych może powodować osamotnienie, trudności w adaptacji, wyobcowanie, stereotypowe postrzeganie, poczucie nieumiejętności realizacji zadań rozwojowych, czy też brak poczucia sensu życia (Gurba, 2011, s. 287-311, Yalom 2008, s. 1-503). Niemniej jednak należy zaznaczyć, że ludzkość wytworzyła różne formy życia małżeńsko-rodzinnego, które w subiektywnej opinii gwarantują: poczucie bezpieczeństwa, przynależności czy akceptacji (Kuwala, 2007, s. 5-7).

Na przekroju wieków można zaobserwować różnorodne zmiany w tym zakresie. Ponadto współczesna medycyna, ginekologia i możliwości technologiczne XXI wieku pozwalają na różnorodne formy wspomagania ludzi pragnących potomstwa. W związku z powyższym specjaliści oferują szerokie spektrum leczenia niepłodności w sposób farmakologiczny, jak i zabiegowy. Statystyki pokazują, że jest

to temat coraz bardziej powszechny, a więc staje się powoli problemem społecznym (Jakimiuk, Issat, 2014, s. 258-270; Kurkiewicz, 2014, s. 103-157).

W związku z powyższym postanowiono przeprowadzić badanie dotyczące związku zmiennych psychologicznych (poczucia własnej wartości oraz inteligencji emocjonalnej) z postawą względem bezpłodności i skutków z tym się wiążących.

### 1. Problem bezpłodności

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje niepłodność jako niemożność zajścia w ciążę pomimo regularnego współżycia płciowego (3–4 razy w tygodniu), utrzymywanego powyżej 12 miesięcy, bez stosowania jakichkolwiek środków zapobiegawczych (The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2006, s. 228). Diagnozowanie i leczenie niepłodności jest złożonym procesem, który wymaga cierpliwości, uwagi i dużego zaangażowania zarówno pacjentów, jak i lekarza. Wielu specjalistów zostaje zaangażowanych w proces diagnozy jak i leczenia, w tym lekarzy ginekologów, urologów, endokrynologów, internistów i radiologów. Najnowsze przeobrażenia, odkrycia i postęp w dziedzinie farmakologii, embriologii i technologii znacznie zwiększyły prawdopodobieństwo posiadania potomstwa przez niepłodną parę (*American Society for Reproductive Medicine*, 2012; s.1-19, *Centers for Disease Control and Prevention*, 2014; s. 1-20; Dada i in. 2011, s. 42-56; Eyer i in. 2015, s. 1-14; Meniru, 2004; s. 1-28; Nana i in. 2015, s. 35-38 Jungwirth i in., 2015, s. 1-33 Lunenfeld, 2013, s. 13-22).

Niepłodność stanowi jeden z poważniejszych problemów nowoczesności – wiele osób zabsorbowanych jest karierą, rozwojem osobistym, pracą zawodową – aktywności te często nie są kompatybilne z rozwojem życia rodzinnego, prowadząc w ostatnich latach do opóźnienia czasu narodzin pierwszego dziecka w rodzinie (Waligórska i in., 2015, s. 40). Wraz z upływem lat część ludzi zaczyna odczuwać pewne braki, niedosyt spowodowany zaniedbaniem podstawowych zadań rozwojowych, do których należy założenie rodziny wraz z potomstwem (Gurba, 2011, s. 287-311). Niniejsze rozczarowania mogą doprowadzić do wielu problematycznych, niebezpiecznych dla zdrowia aspektów. Konsekwencje związane z odczuwaniem negatywnych emocji, stresu, frustracji mogą być różnorodne. Wśród podstawowych kategorii konsekwencji wyróżniamy te natury zdrowotnej, emocjonalnej oraz zmian w zachowaniu (Ogińska-Bulik, 2006, s. 62). Z badań wynika, że istnieją czynniki moderujące poziom odczuwanych negatywnych emocji. Wśród tych zmiennych znajduje się samoocena oraz inteligencja emocjonalna, a więc zmienne uwzględniane w niniejszym badaniu. Zmienne te mają związek z poziomem odczuwania negatywnych emocji, czy stresu, co potwierdzają badania (Barłóg, Stradomska, 2015, s.159-171, Ogińska-Bulik, 2006, s. 88-108).

XXI wiek charakteryzuje się olbrzymim postępowaniem dotyczącym kwestii związanych z prokreacją. Naukowcy zgromadzili wiedzę dotyczącą fizjologii rozrodu człowieka, zrozumienia przyczyn niepłodności, rozwoju metod leczenia ale również kwestii psychologicznych związanych z niniejszą tematyką. (Kuczyński, 2005, s.7-10). Liczne dyskusje etyczne prowadzone na różnych płaszczyznach generują dwie fundamentalne różnice dotyczące prokreacji. Pierwszy to taki, który uznaje domenę ludzkiej wolności (liberalny), a drugi tradycjonalistyczny, który sprzeciwia się ingerencji człowieka w kreację nowego życia (konserwatywny) (Różyńska, 2013, s.237-344). Warto jednak zaznaczyć, że współcześnie jedno na pięćdziesięcioro dzieci na świecie rodzi się dzięki zastosowaniu metod pozaustrojowych. (Paszkowski, Wrona, 2006, s. 21).

Przewiduje się, że w krajach wysokorozwiniętych od 10 do 15% par w wieku prokreacyjnym cierpi na niepłodność. Opracowane przez Główny Urząd Statystyczny najnowsze prognozy demograficzne do roku 2050 są wyjątkowo niepokojące. Otóż, poważnym zagrożeniem cywilizacyjnym jest notorycznie spadający przyrost naturalny, który jest główną przyczyną wyludniania się kraju. Zgodnie z przewidywaniami Głównego Urzędu Statystycznego do końca 2050 r. ludność Polski osiągnie 34 mln osób, co w porównaniu do lat poprzednich np. 2013 r. oznacza spadek liczby ludności o prawie 5 milionów osób. Główną przyczyną zmniejszenia się populacji jest starzejące się społeczeństwo, a także spadek liczby narodzin. Warto zaznaczyć, że w 2013 r. w Polsce urodziło się 370 tys. dzieci, ale prognozuje się, że liczba ta spadnie do 255 tys. Co w tym przypadku jest bardzo niepokojącą różnicą, ponieważ niska dzietność przekłada się na ujemny przyrost naturalny. Współczynnik dzietności utrzymuje się od blisko dwudziestu lat na niskim poziomie, który w 2013 r. wynosił 1,26. W statystyce tej Polska uplasowała się na przedostatnim miejscu w Europie pod względem dzietności (Waligórska i in., 2015, s. 46)

Istnieją także przypadki, w których para pomimo starań nie posiada potomstwa, a podstawowe badania diagnostyczne nie przynoszą odpowiedzi, na pytanie o przyczyny trudności. Jeżeli nie można znaleźć jednoznacznej przyczyny pochodzenia niepłodności to mówi się o niepłodności idiopatycznej (Kuczyński i in., s.149-154).

Dodatkowo można wyróżnić niepłodność pierwotną (*sterilitas primaria*), gdy kobieta nigdy nie była w ciąży, oraz niepłodność wtórną (*sterilitas secundaria*), kiedy kobieta była już w ciąży, jednakże nie jest zdolna ponownie zająć w ciążę. Niepłodność wtórna może mieć miejsce niezależnie od skutków (poród, poronienie, sztuczne bądź naturalne). Kolejnym kryterium bezpłodności jest stopień jej uleczalności (*infertilitas*), często jest ona nieuleczalna (Maśliński, Ryżewski, 2002, s. 489-852). Bezpłodność może być opisywana ze względu na płeć. Jeśli przyczyną niepłodności w związku są problemy związane z mężczyzną jest to niepłodność

męska, jeśli zaś z kobietą to niepłodność kobieca. Natomiast w przypadku problemów dotyczących obojga partnerów mówi się o niepłodności partnerskiej (Radwan, 2011, s. 11-14). Częstość występowania niepłodności zwiększa się znacząco wraz z wiekiem kobiety, nawet do 35%, gdy kobieta jest w wieku 40 lat. Komórki jajowe stają się coraz bardziej odporne na zapłodnienie i wzrasta częstość występowania anomalii chromosomalnych, co zwiększa prawdopodobieństwo wczesnej utraty ciąży.

Leczenie niepłodności jest dość wyjątkowe w medycynie, ponieważ lekarz leczy dwóch pacjentów jednocześnie. W ciągu ostatnich dwóch dziesięcioleci, nastąpił znaczący postęp w zapobieganiu, rozpoznawaniu i leczeniu niepłodności. *American Society of Reproductive Medicine* prowadziło kampanię informującą pacjentów o przyczynach, ale także sposobach zapobiegania niepłodności. Analizy badań dostarczają coraz to nowych informacji o możliwościach pomocy niepłodnym parom. Wiele kobiet personalnie odczuwa piętno związane ze stygmatyzacją społeczną dotyczącą niepłodności, mimo, że problem ten uznawany jest jako trudność pary (Bidzan, 2006, s. 69-74). Przestano interesować się niektórymi przeprowadzonymi w przeszłości badaniami, a zajęto się eksploracją kolejnych możliwości (Radwan, 2011, s. 10-14). Nastąpiła także znaczna poprawa diagnostyki obrazowej, która pozwoliła lekarzom lepiej diagnozować i rozumieć stan kliniczny pacjenta. Poprawa w zakresie technologii, produktów farmaceutycznych, wsparcia par próbujących powiększyć rodzinę zrewolucjonizowały leczenie niepłodności. Dodatkowo udoskonalenie sal operacyjnych pozwala chirurgom korzystać z mniej inwazyjnych technik i uzyskać coraz to lepsze wyniki. Terapia farmakologiczna poprawiła zdolność do leczenia zaburzeń jajczkowania i endometriozy, czyli choroby narządów płciowych kobiety. Tradycyjnie diagnostyka niepłodności polega na kompleksowej ocenie różnych układów, których właściwe współdziałanie pozwala osiągnąć sukces w złożonym procesie rozrodu. Obszar badań obejmuje ruchliwość nasienia, ocenę śluzu szyjkowego, błony śluzowej jamy macicy, jajowodów, jajników i jamy otrzewnej. Podstawowe badania niepłodności trwają zwykle od 2 do 3 miesięcy. Często zdiagnozowany zostaje więcej niż jeden problem mogący prowadzić do niepłodności (Cohen, 2011, s. 117-125).

## 2. Metoda badań własnych

Przebadano 100 osób w wieku 21-29 lat ( $x=24,18$ ;  $SD=3,27$ ), w tym 66 kobiet i 34 mężczyzn. Wśród badanych jest 36 osób pozostających w związku oraz 64 singli. W badaniu założono następujące hipotezy:

H1 Istnieje związek pomiędzy poczuciem własnej wartości a postawą wobec bezpłodności własnej;

- H2 Istnieje związek pomiędzy poczuciem własnej wartości a postawą wobec bezpłodności własnej;
- H3 Istnieje związek pomiędzy poczuciem własnej wartości a postawą wobec in vitro;
- H4 Istnieje związek pomiędzy poziomem inteligencji emocjonalnej a postawą wobec bezpłodności własnej;
- H5 Istnieje związek pomiędzy poziomem inteligencji emocjonalnej a postawą wobec bezpłodności partnera;
- H6 Istnieje związek pomiędzy poziomem inteligencji emocjonalnej a postawą wobec in vitro.

W celu weryfikacji hipotez zastosowano następujące metody badawcze:

Skala Samooceny SES M. Rosenberga w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek, M. Łaguny z 2008 roku.

Skala SES jest narzędziem składającym się z 10 pozycji diagnostycznych. Badany dokonuje wyboru odpowiedzi na skali 1-4, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie zgadzam się”, natomiast 4 „zdecydowanie nie zgadzam się”. Skala posiada polskie normy dla badanych w wieku od 14 do 75 lat. Wyniki testu pozwalają opisać osobę badaną pod względem poziomu ogólnej, jawnej samooceny. Metoda posiada bardzo dobre właściwości psychometryczne, dla przykładu rzetelność mierzona współczynnikiem alfa Cronbacha wynosi 0,83 (Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna, 2008, s.61-64).

Skala Inteligencji Emocjonalnej INTE, której autorami są N.S. Schutte, J.M. Malouff, L. E. Hall, D. J. Haggerty, J. T. Cooper, Ch. J. Gloden, L. Dornheim. Polska adaptacja A. Ciechanowicz, A. Jaworowskiej i A. Matczak składa się z 33 pozycji kwestionariuszowych, do których badany odnosi się wybierając odpowiedzi na skali od 1 do 5 (Jaworska, Matczak, 2008, s. 61-63).

Kwestionariusze własne oparte na dyferencjale semantycznym, gdzie badany odnosił się do pytań na skali 1-10. Stworzono 3 skale, im wyższy wynik osiągnięty w skali tym bardziej negatywna postawa względem badanej kwestii. Zastosowano następujące skale:

- 1) Skala postawy względem bezpłodności własnej

Składająca się z 17 pytań odnoszących się do stosunku badanego do swojej bezpłodności oraz do oczekiwanej reakcji partnera na bezpłodność badanego. Przykładowe pozycje skali:

Gdyby okazało się, że jestem bezpłodny:

1. Załamałbym/łabym się;
2. Czułbym/łabym się niespełniona jako mężczyzna/kobieta;
3. Nie chciałoby mi się żyć;
4. Partner by się ze mnie śmiał;
5. Partner zaakceptowałby to.

## 2) Skala postawy względem bezpłodności partnera

Składająca się z 8 pozycji, określających reakcję na informację o bezpłodności partnera osoby badanej. Przykładowe pozycje skali:

1. Zaakceptowałbym to bez problemu;
2. Z czasem i trudem bym to zaakceptował;
3. Szczerze bym poinformował, że jest to powód rozstania;
4. Rozstałbym się podając inne powody rozpadu związku;
5. Uważałbym go za gorszego od siebie.

## 3) Skala postawy względem in vitro

Pozycje skali odnoszą się do postawy badanych do kwestii in vitro. Zawarto w niej 9 stwierdzeń. Przykładowe pozycje:

1. In vitro to zło;
2. Uważam, że dzieci poczęte metodą in vitro są takie same jak poczęte naturalnie;
3. Uważam że zabieg in vitro ma wpływ na rozwój dzieci;
4. Dzieci z in vitro są częściej chore i słabsze od dzieci poczętych naturalnie;
5. Dzieci z in vitro to twór bogaczy.

### 3. Analiza wyników badań własnych

W celu weryfikacji hipotez zastosowano test korelacji r-Pearsona. Samoocena koreluje z postawą względem in vitro. Im wyższy poziom poczucia własnej wartości, tym bardziej pozytywna postawa do kwestii zastosowania in vitro ( $r = -0,180$ ;  $p = 0,073$ ). Korelacja ta ma jednak przeciętny charakter, a sama korelacja jest na poziomie tendencji statystycznej. Na podobnym poziomie tendencji statystycznej ujawnia się słaby związek pomiędzy poczuciem własnej wartości, a postawą względem własnej bezpłodności. Wraz ze wzrostem poczucia własnej wartości widoczny jest bardziej negatywny stosunek do możliwości własnej bezpłodności ( $r = 0,036$ ;  $p = 0,076$ ). Osoby o wyższym poczuciu własnej wartości są zatem gorzej nastawione do perspektywy bycia osobą bezpłodną.

Tabela nr 1. Samoocena a skale

	R	P
Skala nr 1	0,036	0,076
Skala nr 2	-0,141	0,162
Skala nr 3	-0,180	0,073

1. *Skala postawy względem bezpłodności własnej*

2. *Skala postawy względem bezpłodności partnera*
3. *Skala postawy względem in vitro*

Poziom inteligencji emocjonalnej koreluje z *postawą względem bezpłodności partnera* ( $r=-0,194; p=0,05$ ). Wysoki poziom tej zmiennej wiąże się z większym zrozumieniem dla bezpłodności partnera.

Inteligencja emocjonalna nie wykazuje natomiast związku z *postawą względem bezpłodności własnej* ( $r=-0,3; p=0,769$ ). Poziom inteligencji emocjonalnej nie koreluje także z *postawą względem In Vitro* ( $r=-0,072; p=0,476$ ).

Tabela nr 2. Inteligencja emocjonalna a skale

	R	P
Skala nr 1	-0,30	0,769
Skala nr 2	-0,194	0,053
Skala nr 3	-0,072	0,476

1. *Skala postawy względem bezpłodności własnej*
2. *Skala postawy względem bezpłodności partnera*
3. *Skala postawy względem in vitro*

Tabela nr 3. Relacja między poszczególnymi postawami względem tematyki bezpłodności

	Skala nr 1		Skala nr 2		Skala nr 3	
Skala nr 1	-	-	0,320	0,001	0,359	0,001
Skala nr 2	0,320	0,001	-	-	0,520	0,001
Skala nr 3	0,359	0,001	0,520	0,001	-	-

1. *Skala postawy względem bezpłodności własnej*
2. *Skala postawy względem bezpłodności partnera*
3. *Skala postawy względem in vitro*

Dodatkowe analizy pokazują, iż *postawa względem bezpłodności własnej* koreluje z *poziomem postawy względem bezpłodności partnera* ( $r=0,320; p=0,001$ ). Osoby bardziej akceptujące prawdopodobieństwo swojej bezpłodności są również bardziej wyrozumiali względem możliwości bezpłodności partnera. Badani o takiej postawie, mają również bardziej pozytywną postawę względem metody in vitro ( $r=0,359; p=0,001$ ).

Osoby akceptujące bezpłodność własną mają również bardziej pozytywne nastawienie względem metody in vitro ( $r=0,359; p<0,001$ ). Wyższy poziom zrozumienia bezpłodności partnera wiąże się także z większą otwartością na metodę in vitro ( $r=0,486; p<0,001$ ).

#### 4. Dyskusja wyników

Wielość zjawisk związanych z funkcjonowaniem rodziny w XXI wieku uniemożliwia sprecyzowanie jej dalszych losów. Ciągłe zmiany dokonujące się w społeczeństwie modyfikują podstawowe funkcje rodziny. Niektóre z nich ulegają częściowej redukcji lub zanikają, natomiast inne stają się ważniejsze i bardziej wartościowe (Bryniewicz, 2015, s. 229-261). Na współczesny stan i poziom funkcjonowania rodzin mają niekiedy wpływ poglądy, opinie, rzadziej teorie pochodzące z różnych źródeł, które prowadzą do wielu problemów, stereotypizacji, nie są one wolne od współcześnie pojawiających się zagrożeń (Rostowski, Rostowska, s. 229-245).

Wyniki niniejszego badania pokazują, że zarówno samoocena oraz inteligencja emocjonalna mają związek z nastawieniem do problematyki bezpłodności oraz postawy względem in vitro. Analiza tychże wyników świadczy o kilku ważnych zagadnieniach. Samoocena oraz inteligencja emocjonalna mogą być czynnikami mającymi znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania w rodzinie i związku, postawie względem swoich zalet, wad i ułomności, postawy względem możliwości bezpłodności. Z drugiej strony zmienne te mogą kształtować związek poprzez oczekiwania względem swojego partnera. Wyniki pokazują, iż wraz ze wzrostem inteligencji emocjonalnej spada negatywny stosunek do bezpłodności partnera. Zatem badani o wyższym poziomie inteligencji emocjonalnej cechują się także wyższym poziomem wyrozumiałości względem możliwości bezpłodności u swojego partnera. Analiza wyników jest zatem potwierdzeniem dotychczasowej wiedzy. Samoocena oraz inteligencja emocjonalna mogą stanowić bufor przed negatywnymi emocjami, pomagać w radzeniu sobie ze stresem, czy to w domu, czy w pracy (Barłóg, Stradomska, 2015, s. 159-171; Ogińska-Bulik, 2006, s. 88-108). Zmienne te korelują także z innymi ważnymi w funkcjonowaniu społecznym zmiennymi, jak kompetencje społeczne.

Ważnym zagadnieniem jest także nastawienie badanych względem in vitro. Okazuje się, że bezpłodność może wiązać się z postawą względem in vitro. Wydaje się zatem, że dla osób mogących się zmagać się z problemem braku potomstwa metoda ta staje się ważną alternatywą realizacji swoich zadań rozwojowych i satysfakcji w związku. Metoda ta może mieć też związek z kształtowaniem się funkcjonowania nie tylko związku, ale i psychicznym funkcjonowaniem jednostki. W badaniu osoby o wyższym poczuciu własnej wartości cechowały się bardziej pozytywnym nastawieniem do zastosowania metody in vitro.

W artykule pt. *„Samoocena i inteligencja emocjonalna jako indywidualne predykatory gotowości do tworzenia rodziny zastępczej, rodziny adopcyjnej oraz postawy względem pomocy społecznej”* zamieszczonym w tym numerze Kwartalnika



przedstawiono nastawienie badanych względem innych form zaspokojenia potrzeby posiadania potomstwa, takich jak rodziny adopcyjne, czy zastępcze. Okazuje się, że badani braliby pod uwagę możliwość zastosowania metody *in vitro* nawet w przypadku, gdy są osobami wierzącymi, przy świadomości, że jest to poważne naruszenie norm moralnych.

Można zatem stwierdzić, że niepłodność jest poważnym problemem w wieloaspektowym rozumieniu. Wpływa ona na co najmniej kilka aspektów w funkcjonowaniu rodzinnym, jednostkowym, ale i w wymiarze społecznym. Posiadanie lub brak potomstwa jest jednym z czynników kształtujących satysfakcję związku. Do subiektywnych czynników, które warunkują trwałość rodziny czy małżeństwa można zaliczyć:

- szacunek i wzajemnie uznanie,
- dobre współżycie seksualne,
- wzajemna wierność,
- posiadanie dzieci,
- współudział w wykonywaniu obowiązków domowych i rodzinnych,
- zgodność poglądów religijnych,
- wspólne zainteresowania i zamiłowania o charakterze pozareligijnym,
- podobne pochodzenie społeczne,
- odpowiednie warunki mieszkaniowe,
- odpowiednie warunki materialne (Kawula, 2000, s. 133).

Istnieją także ustrukturyzowane czynniki, które mogą doprowadzić do rozpadu rodziny czy małżeństwa bądź podwyższają to ryzyko:

- brak szacunku w rodzinie,
- niezadawalające życie seksualne,
- brak miłości w małżeństwie, znudzenie wzajemnym pożyciem,
- niezgodność charakteru,
- niewierność, zdrada,
- niemożność lub niechęć posiadania dzieci,
- niezgodność co do liczby dzieci,
- trudności wynikające z trudnych warunków mieszkaniowych,
- trudności wynikające z niesprzyjającej sytuacji materialnej (tamże, s.136).

Podsumowując - dla wielu osób posiadanie potomstwa jest głównym celem planu życiowego, stanowiącego wyraz wzajemnej miłości, jedności, zrozumienia, budowania poczucia bezpieczeństwa czy przynależności. Osoby cierpiące z powodu bezpłodności mają prawo skorzystania z wielu możliwości i metod leczniczych,

które zwiększają szansę na poczęcie potomstwa (Trzakuś, Zdończyk, 2016, s. 164-177)<sup>1</sup>.

W związku z wieloma problemami dotyczącymi przyrostu naturalnego, zdrowie prokreacyjne nabiera priorytetowego znaczenia dla rozwoju całego kraju, w wymiarze społecznym, jak i ekonomicznym (Skrzypulec, 2015, s. 11).

### **Bibliografia:**

- American society for reproductive medicine* (2012). *Infertility: An Overview: A Guide for Patients*.
- Barłóg M., Stradomska M., (2015). *Stres zawodowy w grupie wolontariuszy klinik medycznych w Lublinie*, (w:) *Wsparcie wczesnorozwojowe dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych*, K. Barłóg (red.) (s.159-171), Rzeszów: UR.
- Bidzan, M. (2006). *Nieplodność w ujęciu bio-psycho-społecznym*, Kraków: Impuls.
- Bryniewicz. W. (2005) *Przeobrażenia we współczesnej polskiej rodzinie*, (w:) *Człowiek u progu trzeciego tysiąclecia. Zagrożenia i wyzwania*, M. Płopa (red.) (s. 229-261), Elbląg; Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Centers for Disease Control and Prevention. National Public Health Action Plan for the Detection, Prevention, and Management of Infertility*, Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; June 2014
- Cohen S., (2011). *Przegląd kliniczny: nieplodność*, (w:) *Radiologia interwencyjna w leczeniu chorób kobiet*, R. Andrews, M. Brodie, K. Chwalisz (red.) (s. 117-125), Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Dada, R. Thilagavathi, J. Venkatesh, S. Esteves, S.C., Agarwa, A. Genetic (2011), *Testing in Male Infertility. The Open Reproductive Science Journal*, 3, pp. 42-56.
- Dzwonkowska I., Lachowicz- Tabaczek K., Łaguna M. (2008), *Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M.Rosenberga*. Warszawa: PTP.
- Eyer K., Katharina Root K, Verboket P.E, Dittrich P.S. (2015), *Detection of Infertility-related Neutralizing Antibodies with a Cell-free Microfluidic Method. Scientific Reports*, number 5, article number: 16551, pp. 1-12.
- Główny Urząd Statystyczny (2015). *Dzieci w Polsce w 2014 roku. Charakterystyka demograficzna*. Warszawa: GUS.
- Gurba E. (2011). *Wczesna dorosłość*, (w:) *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.) (s. 287-311), Warszawa: PWN.

<sup>1</sup> *Przypis redakcji* – Prawo skorzystania z możliwości i metod leczniczych zakłada także, ale i przede wszystkim, konieczność uwzględniania norm moralnych istotnych w zakresie wspomaganie prokreacji, a więc norm respektujących godność każdej istoty ludzkiej i jej prawo do istnienia.

- Jakimiuk A., Issat T. (2014). *Niepłodność w Polsce i Europie*, (w:) *Sytuacja demograficzna Polski*, A. Potrykowska, (red.) (s. 258-270). Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Jaworska A., Matczak A. (2008). *Kwestionariusz inteligencji emocjonalnej INTE*. Warszawa: PTP.
- Jungwirth A. (Chair), Diemer T., Dohle G.R., Giwercman A., Kopa Z., Krausz C., Tournaye H. (2015). *Guidelines on Male Infertility*. European Association of Urology.
- Kalat J.W. (2007). *Biologiczne podstawy psychologii*. Warszawa: PWN.
- Kawula S. (2000). *Rodzina o skumulowanych czynnikach patogennych*, (w:) *Pedagogika rodziny*, S. Kawula, J. Bragiel, A.W. Janke (red.), (s. 153-170), Toruń: Wydawca Adam Marszałek.
- Kawula S. (2007). *Kształty rodziny współczesnej*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Kuczyński W. (2005), Techniki wspomaganie rozrodu – problemy prawne i ich konsekwencje. *Ginekologia Praktyczna*, nr 86 (5), s. 7-10.
- Kuczyński W., Kurzawa R., Oszukowski P., Pawelczyk L., Poręba R., Radowicki S., Szamatowicz M., Wołczyński S. (2012), Rekomendacje dotyczące diagnostyki i leczenia niepłodności. *Ginekologia Polska*, nr 83, s. 149-154.
- Kurkiewicz J. (2014). *Urodzenia i płodność*, (w:) *Sytuacja demograficzna Polski*, A. Potrykowska (red.) (s. 103-157). Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Lunenfeld, B. (2013), Management of Infertility: Past, Present and Future (from a personal perspective). *Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology*, sonderheft 1, 13-22.
- Maśliński S., Ryzewski J., (2002). *Patofizjologia. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Meniru I.G. (2004). *Cambridge guide to infertility management and assisted reproduction*. Cambridge: University Press.
- Nada A.M., Hassan F.M, Al-Azhary N.H. (2015), Detection of Chlamydia Trachomatis in patients with unexplained infertility: A case control study, *Egyptian Journal of Medical Microbiology*, Volume 24, No. 2, 35-38.
- Ogińska-Bulik, N. (2006). *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Źródła – konsekwencje – zapobieganie*. Warszawa: Difin.
- Paszkowski T., Wrona W. (2006). *Miejsce technik wspomaganego rozrodu w medycynie*, (w:) B. Chyrowicz (red.), *Metody wspomaganiej prokreacji: sukces czy porażka?* (s. 19-29). Lublin: KUL.
- Radwan J. (2011). *Epidemiologia niepłodności*, (w:) *Niepłodność i rozród wspomagany*, J. Radwan, S. Wołczyński (red.) (s. 11-14). Poznań: Termedia.

- Rostowski J., Rostowska T. (2005). *Matżeństwo – wczoraj, dzisiaj i jutro – w perspektywie psychologicznej*, (w:) *Człowiek u progu trzeciego tysiąclecia. Zagrożenia i wyzwania*, M. Płopa (red.) (s. 229-261). Elbląg; Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Różyńska J. (2013). *Etyka i wspomagana prokreacja*, (w:) *Bioetyka*, J. Różyńska, W. Chańska (red.) (s. 327-345). Warszawa: Wolters Kluwer SA.
- Skrzypulec-Plinta V. (2015). *Prognozy demograficzne, polityka zdrowotna i ludnościowa w Polsce w aspekcie niepłodności*, Wspieramy płodność, Raport Koalicji na rzecz Kompleksowej Terapii Niepłodności. s. 11-15, Warszawa (Pobrano: [http://wspieramyplodnosc.pl/Wspieramy\\_Plodnosc.pdf](http://wspieramyplodnosc.pl/Wspieramy_Plodnosc.pdf) 10.02.2017 g.10.00)
- Szewczuk W. (red.) (1998). *Encyklopedia Psychologii*, Wyższa Szkoła Społeczno-Ekonomiczna, Warszawa: Fundacja Innowacja.
- Trzakuś P.K., Zdończyk S.A. (2016). *Psychospołeczne aspekty medyczne wspomaganej prokreacji*, (w:) *Bioetyka*, P. Szczepańczyk (red.) (s. 164-177). Siedlce: Wydawnictwo Unitas.
- The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Definition of "infertility", (2006), *Fertility and Sterility*, nr 86, (4), s. 156-160.
- Yalom I.D. (2008). *Psychoterapia egzystencjalna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Waligórska M., Kostrzewa Z., Potyra M., Rutkowska L. (2014). *Prognoza ludności na lata 2014-2050*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, Studia i Analizy Statystyczne.
- Waligórska M., Kostrzewa Z., Potyra M., Rutkowska L. (2014). *Prognoza ludności na lata 2014-2050*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, Studia i Analizy Statystyczne.