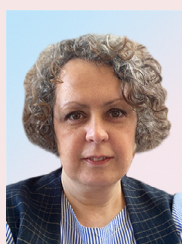


Социально-психологическая поддержка пар при лечении бесплодия (на примере польского исследования)



**Лилия
СУХОЦКАЯ**

Университет имени Яна Кохановского в Кельце
Кельце, Польша
e-mail: liliasuchocka@ibnps.eu
ORCID: 0000-0003-0474-3955



**Малгожата
ПАСЭК**

Государственная высшая профессиональная школа в Тарнове
Тарнов, Польша
e-mail: malgorzata_pasek@wp.pl
ORCID: 0000-0002-5638-5582



**Магдалена
БЛИХАЖ**

Негосударственное медицинское учреждение ООО «Ремедиум»
Новы-Сонч, Польша
e-mail: blicharzmagda95@gmail.com



**Галина Валентиновна
ЛЕОНИДОВА**

Вологодский научный центр Российской академии наук
Вологда, Российская Федерация
e-mail: galinaleonidova@mail.ru
ORCID: 0000-0003-0361-2099; ResearcherID: I-7139-2016

Для цитирования: Социально-психологическая поддержка пар при лечении бесплодия (на примере польского исследования) / Л. Сухоцкая, М. Пасэк, М. Блихаж, Г.В. Леонидова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2021. Т. 14. № 2. С. 188–200. DOI: 10.15838/esc.2021.2.74.12

For citation: Suchocka L., Pasek M., Blicharz M., Leonidova G.V. Social and psychological support of couples in treating infertility (case study of the Polish research). *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*, 2021, vol. 14, no. 2, pp. 188–200. DOI: 10.15838/esc.2021.2.74.12

Аннотация. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, около 60–80 миллионов пар в мире страдают бесплодием, не способны зачать ребенка без медицинской помощи. Бесплодие является актуальной медико-социальной, социально-психологической, а также демографической проблемой, которая негативно влияет на демографическую ситуацию в мире. В связи с этим на помощь приходят вспомогательные репродуктивные технологии. Диагностика и лечение бесплодия – очень долгий и утомительный процесс, во время которого пациентам необходима социально-психологическая поддержка. Целью исследования является анализ ситуации с лечением бесплодных пар с помощью вспомогательных репродуктивных технологий в Республике Польша и Российской Федерации в контексте восприятия оказываемой парам социально-психологической поддержки (на примере польского исследования). Использованы социологические методы, в частности разработанный авторами опросник и тестовая психологическая методика Р. Шварцера и У. Шульца, предназначенная для оценки субъективного восприятия социально-психологической поддержки респондентов. В исследовании приняли участие 39 пар, лечившихся от бесплодия. Большая часть респондентов состояла в браке (27 пар; 69%). Большинство опрошенных женщин (32 человека, 82%) и мужчин (31 человек, 79%) не имели детей. Результаты показали, что женщины нуждаются в поддержке больше мужчин: по шкале «поиск поддержки» женщины набрали больше статистически значимых баллов, чем мужчины. Высокие оценки получила поддержка семьи и непосредственно партнера. Выявлено, что социально-психологическая поддержка при бесплодии приводит к положительному эффекту, который выражается в принятии болезни (бесплодия), снижении стресса и чувства потери. Следует отметить, что социально-психологическая поддержка оказывает значительное влияние на профилактику психических расстройств у людей, лечущихся от бесплодия. Сделан вывод о важности социально-психологической поддержки пациентов с соответствующей проблемой.

Ключевые слова: бесплодие, лечение бесплодия, восприятие поддержки, социальная поддержка.

Введение. Демографический аспект проблемы

Развитые страны переживают в настоящее время устойчивую тенденцию, выражающуюся в росте количества бесплодных семей. Распространенность бесплодия в европейских странах в среднем составляет около 14%. В современных реалиях эта проблема приобретает все большую актуальность и предстает перед исследователями, скорее, как демографическая, чем медико-социальная и социально-психологическая. Ее демографическое наполнение заключается в том, что бесплодие обуславливает общее снижение рождаемости, уменьшение народонаселения в целом и трудовых ресурсов в частности.

Суммарный коэффициент рождаемости в Республике Польша составляет 1,45 (2020 г.), тогда как в конце XX века он равнялся 2,28 (1980 г.). В странах Европейского союза – 1,61. В России показатель равен 1,489 (2020 г.), демонстрируя снижение по отношению к предыдущим пяти годам (1,76 в 2016 г.) и практический возврат к значениям середины 90-х гг. XX века.

Как для Польши, так и для России характерна тенденция к повышению возраста рождающих (смещение в сторону возрастных категорий женщин 25–29 и 30–34 лет) [1]. Отнесение планирования первой беременности на третью-четвертую декаду жизни женщины является одной из основных причин развития нарушений фертильной функции и снижения рождаемости.

Ухудшение репродуктивных характеристик населения в XXI веке достигло уровня, способного ограничить рождаемость в обществе. По оценке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 60–80 млн пар в мире не способны зачать ребенка без медицинской помощи. В Польше эта проблема затрагивает 1,2–1,3 млн пар [2; 3], в России 15–18% (примерно 4,5–5,0 млн)¹. Высокую долю бездетных пар необходимо рассматривать как «резерв рождения желанных детей», а также как возможность «увеличения репродуктивного

¹ Овсепян Н. Основы вымирания: почему в России растет число бесплодных пар. URL: <https://www.ridus.ru/news/287438> (дата обращения 15.04.2021).

потенциала населения»². Такая ситуация становится проблемной для многих индустриальных государств и выступает одной из приоритетных задач национальных программ. Смена традиционного типа воспроизводства населения современным актуализирует проблему, связанную с реализацией индивидуальных репродуктивных возможностей [4, с. 69]. Она выходит сегодня на первый план демографической политики многих стран. В этих условиях мерой, способствующей росту рождаемости, становится использование потенциала бесплодных пар путем лечения бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (например, экстракорпорального оплодотворения).

Целью исследования является анализ ситуации с лечением бесплодных пар с помощью вспомогательных репродуктивных технологий в Республике Польша и Российской Федерации в контексте восприятия оказываемой парам социально-психологической поддержки (на примере польского исследования).

Социально-психологический и медико-социальный аспекты проблемы лечения при бесплодии

Согласно методологическому подходу Всемирной организации здравоохранения, бесплодием считается отсутствие наступления беременности в течение года при регулярной половой жизни [5].

В зависимости от времени возникновения конкретных причин выделяются разные типы бесплодия. Учитывая время, когда женщина не может забеременеть, бесплодие делят на первичное и вторичное. Первичное бесплодие обозначает отсутствие беременности или трудности с зачатием. Вторичное же бесплодие возникает, когда женщина не может забеременеть после рождения первого ребенка. Еще один тип классификации: женское, мужское, комбинированное, а также идиопатическое бесплодие³ [6; 7].

Причинами бесплодия являются, в частности, хронические заболевания или «болезни цивилизации», например онкология, социальные

и культурные изменения. Все больше женщин откладывает начало материнства на более поздний срок, что также может снизить шансы на рождение детей. К другим важным факторам относятся нездоровый образ жизни и привычки: неправильное питание, малая физическая активность или неспособность справиться со стрессом и напряжением [7; 8].

Женское бесплодие, на которое влияет, в том числе, психонейроэндокринная система, заключается в невозможности забеременеть или выносить ребенка до срока [2]. Учитывая этиологию, женское бесплодие может быть вызвано эндокринными (различные органические и функциональные нарушения), анатомическими, шеечными (воспалительные заболевания, иммунологическое бесплодие) факторами и фактором неясного генеза.

Мужское бесплодие может быть связано с идиопатическими (неясного генеза), эндокринными, инфекционными факторами, а также обтурационными и другими причинами [7]. Мужское бесплодие можно разделить на врожденное и приобретенное [8; 9].

Всего ВОЗ выделяет 22 фактора женского и 16 факторов мужского бесплодия. При этом имеет место и сочетанное действие факторов физического нездоровья, социального и психологического неблагополучия [10].

Диагноз «бесплодие» — чрезвычайно трудный опыт для супружеской пары, который можно сравнить с кризисной или травматической ситуацией, особенно для женщин. В последние годы в психологических и медицинских исследованиях активно изучаются стратегии поведения женщин, страдающих бесплодием. Их можно классифицировать следующим образом:

1. Переживание бесплодия как критической жизненной ситуации. Процесс переживания этой проблемы включает в себя четыре типа критических ситуаций (стресс, фрустрация, конфликт, кризис). «Для многих супружеских пар бесплодие является одним из главных жизненных кризисов и психологически стрессовым событием» [9]. Стресс от бесплодия негативно влияет на личную жизнь каждого партнера, сохранность семейных отношений, усиливает чувство тревоги и вины, снижает самооценку и настроение в целом. Американские исследо-

² Социальные аспекты бесплодия. URL: <https://www.uroweb.ru/article/db-article-sotsialnye-aspekty-besplodiya> (дата обращения 15.04.2021).

³ Идиопатическое бесплодие — это неспособность пары зачать ребенка при невыясненных причинах нарушения фертильности.

ватели выяснили, что для женщин характерны такие виды переживания, как избегание разговоров о бесплодии, поиск скрытых смыслов в этой ситуации, погружение в свои собственные переживания, стремление разделить с кем-нибудь груз проблемы [10].

2. *Преодоление неблагоприятных последствий стресса (копинг-стратегии, используемые женщинами при переживании бесплодия)* [13]. Базисными копинг-стратегиями, согласно теории копинг-поведения Р. Лазаруса и С. Фолкман [14; 15], выступают «разрешение проблем», «поиск социальной поддержки», «избегание»⁴.

Из-за неудачных попыток завести детей все больше пар обращается за медицинской помощью. Лечение бесплодия ради беременности и рождения здорового ребенка начинается с тщательной диагностики и зависит от диагностируемой причины бесплодия [16]. В лечении бесплодия также очень важны здоровый образ жизни, правильное питание, оптимальный индекс массы тела (ИМТ), отказ от курения, снижение потребления алкоголя и кофеина. В случае эндокринных проблем крайне важно сбалансировать уровень гормонов.

Увеличивается потребность во вспомогательных репродуктивных технологиях (ВРТ). В современной медицине их достаточно много: экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), ИКСИ (инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита (яйцеклетки)), криоконсервация половых клеток, эмбрионов и тканей репродуктивных органов, использование донорских эмбрионов, суррогатное материнство и т. д. Наиболее эффективным методом вспомогательной репродукции является ЭКО с последующим переносом эмбриона (ПЭ) [6].

Доступность ВРТ оценивается количеством их циклов на 1 млн человек населения. В Европе сегодня этот показатель составляет в среднем 1500 циклов ЭКО на 1 млн человек населения (в Дании – 3000, в Чехии – 2500 и т. д.), в результате которых возникает 3–6% от общего числа беременностей.

Эффективность таких технологий по 26 европейским странам в среднем составляет 36,5% (для сравнения, в мире 15–20%). При этом в Польше – 29%, что несколько ниже общеевро-

⁴ Encyklopedia Zdrowia, PWN, Warszawa, 2011.

пейской статистики⁵, в России, согласно данным отчета регистра ВРТ Российской ассоциации репродукции человека (РАРЧ) за 2016 год, 38,5%.

Социально-психологическая поддержка при лечении бесплодия

Бесплодие становится все более распространенной и серьезной проблемой. Это связано с хроническими и цивилизационными болезнями, загрязнением окружающей среды и социокультурными изменениями. Неспособность иметь ребенка – это биологическая, психологическая и социальная проблема [2]. Многие авторы говорят об отчуждении бесплодных людей и его последствиях, например стигматизации, которая приводит к депрессии и изоляции [2; 17; 18; 19], в связи с чем неспособность иметь детей может обуславливать снижение самооценки, ощущение потери, отсутствие принятия и чувство бессмысленности, ухудшение отношений между партнерами и с другими людьми. Все это, в свою очередь, повышает уровень тревоги, депрессии и стресса. В исследованиях отмечается, что женщины и мужчины по-разному реагируют на новости о своем бесплодии и по-разному относятся к лечению. Общими симптомами для женщин и мужчин являются повышенная тревожность и склонность к депрессии, а также пониженная самооценка. Более того, такие пациенты, как правило, испытывают потерю своей идентичности; они чувствуют, что не способны нормально жить и строить отношения [20].

Именно поэтому тех, кто лечится от бесплодия, следует рассматривать как людей, переживающих кризис и нуждающихся в серьезной поддержке и профессиональной помощи [21; 22]. Лечение бесплодия – это комплексный, длительный и сложный процесс, в ходе которого пары испытывают сильные эмоции. Исследования, проведенные различными авторами, показывают, что социальная поддержка играет важную роль в профилактике посттравматического стрессового расстройства и последствий хронического стресса у пациентов с бесплодием [23].

⁵ Неудовлетворенный спрос // Здоровоохранение: тематическое приложение к газете «Коммерсантъ». № 189 от 16.10.2018. С. 16. URL: file:///C:/Users/gwl/AppData/Local/Temp/KOM_189_161018.PDF (дата обращения 28.03.2021).

Чрезвычайно важны в лечении бесплодия общение между партнерами, их готовность понять друг друга. Искренняя поддержка и взаимопонимание повышают удовлетворенность отношениями, а также положительно влияют на успешность зачатия. Ключевую роль играет социальная и эмоциональная поддержка. Она уменьшает стресс и тревогу, которые могут негативно повлиять на фертильность или поддержание беременности.

Помимо диагностических и лечебных мероприятий, крайне нужна поддержка, оказываемая медицинским персоналом, т. к. психическое состояние обоих партнеров может сильно влиять на эффективность, продолжительность и перспективы лечения [23].

В литературе часто отмечается, что бесплодие воспринимается не как болезнь, а как отсутствие желаемого состояния. Следовательно, у бесплодия существует социальная сторона, и оно становится причиной стрессовой ситуации для тех, кто столкнулся с проблемой. Благодаря оказываемой поддержке бесплодные пары могут ощутить сочувствие и понимание со стороны родственников и получить профессиональную помощь от специалистов [23].

Социальная поддержка — это многомерное понятие, поэтому попытки ее определения часто основаны на конкретных составляющих ее элементах. На практике под этим обычно понимается поддержка человека в трудной, стрессовой или критической ситуации со стороны близких людей (родственников, знакомых, друзей), общества (работников организаций, например медицинских), рабочего коллектива (коллег по работе) и т. д., социальных предприятий (фондов, профсоюза, НКО и т. п.). Социальная поддержка включает материальную, информационную, психологическую или эмоциональную помощь [24; 26].

Психологическая помощь осуществляется в рамках репродуктивной психологии, одно из направлений которой составляет проблематика, связанная с использованием вспомогательных репродуктивных технологий⁶.

⁶ Филиппова Г.Г. Репродуктивная психология: психологическая помощь бесплодным парам при использовании вспомогательных репродуктивных технологий // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. 2014. № 3 (5). С. 6. URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения 31.03.2021).

Наиболее часто выделяемый тип поддержки — эмоциональная помощь. Она включает проявление сочувствия, понимания, сохранение и поддержание спокойствия либо выражение беспокойства и зависит от характера отношений между индивидом и его окружением [27; 28].

Информационная (когнитивная) поддержка помогает человеку понять сложную ситуацию. Она заключается в предоставлении информации или рекомендаций, которые могут помочь решить проблему, а также информации о том, как, куда и к кому стоит обратиться за помощью [28].

Материальный вид поддержки подразумевает возможность осуществления процедуры ЭКО в рамках ОМС (например, в России такая мера действует с 2013 года).

Эффективность психологической помощи для женщин и пар, имеющих трудности с зачатием, подтверждена многими научными исследованиями в разных странах. Важность данной проблемы поддерживается и на наднациональном уровне. Так, в составе Европейского общества репродукции человека и эмбриологии (ESHRE) действует Секция по психологии и консультированию. Ее основными целями являются повышение знаний специалистов о потребностях пациентов в психологической помощи и решение их психосоциальных проблем. В ряде европейских стран внедрена система психологической поддержки пациентов в программах ЭКО. Например, в Великобритании часть такой помощи включена в стандарт лечения, что достоверно улучшает его результаты.

В России до недавнего времени превалировал преимущественно медицинский подход к лечению бесплодия⁷. Однако сегодня практически во всех репродуктивных клиниках работают психологи. Об эффективности психологической поддержки свидетельствуют российские исследования [29]. В ходе обследования более 350 россиянок, обратившихся в Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени

⁷ Соловьева Е.В. Об эффективности психологической помощи при лечении бесплодия (обзор исследований). URL: www.psymama.ru/biblioteka/stati/drugoe/ob-effektivnosti-psihologicheskoy-pomoshhi-pri-lechenii-besplodiya-obzor-issledovaniij/ (дата обращения 15.04.2021).

акад. В.И. Кулакова для проведения ЭКО, было выявлено, что при психокоррекции у пациенток снижается уровень эмоциональных переживаний и достоверно улучшаются результаты лечения. Так, в группе женщин, посещавших занятия с психологами, частота наступления беременности оказалась выше, чем в контрольной группе: 39% против 26 соответственно. То есть грамотная психокоррекционная работа позволяет не только достичь улучшения в эмоциональной сфере пациенток, но и повысить частоту наступления беременности.

Аналогичные результаты получены и в польском исследовании, проведенном А. Малиной и Д. Сувальской-Баранцевич [30] на группе из 98 респондентов с проблемой бесплодия. Оно свидетельствует, что чем выше уровень воспринимаемой социальной поддержки, тем выше статистически значимый показатель психического благополучия пациентов со стороны разных его аспектов (акцептация себя, личностное развитие, жизненная цель, автономия, контроль над окружающей средой и позитивные отношения с другими людьми). Это исследование дополнительно выявило зависимость психического благополучия респондентов, проходящих лечение, от эмоциональной поддержки: чем выше ее уровень, тем лучше психологическое состояние человека.

Важность поддержки для благополучия беременных женщин из группы высокого риска отмечают в аналогичном обследовании польские ученые И. Косс, А. Рудник, М. Бидзан [31].

Материалы и методы

Для оценки восприятия социальной поддержки авторами сформулированы следующие гипотезы:

Г. 1. Пары, лечатся от бесплодия, высоко ценят поддержку со стороны своей семьи, партнера и чувствуют ее.

Г. 2. Уровень поддержки, получаемой от медицинского персонала, оказывает важное влияние на то, как она воспринимается.

Г. 3. Женщины нуждаются в поддержке больше, чем мужчины.

Г. 4. Пары различаются по степени вовлечения в поиск поддержки.

Мы использовали следующие исследовательские инструменты:

1) индивидуальный опросник и анкету-опросник, разработанные авторами;

2) *Берлинские шкалы социальной поддержки (БШСП)* Р. Шварцера и У. Шульца [26].

Исследование проводилось среди пар, лечившихся от бесплодия. Диагностические онлайн-тесты размещались на интернет-форумах, посвященных поддержке бесплодных пар. Респонденты были проинформированы о том, как пройти тесты, анонимности исследования и использовании результатов лишь в исследовательских целях. В исследовании приняли участие 39 пар детородного возраста. В зависимости от возраста респонденты были разделены на четыре группы (*табл. 1*).

Большинство респондентов женского пола (41%) моложе 30 лет, вторую по количеству группу составили люди в возрасте 30–35 лет (14 женщин, 36%). Пять женщин (13%) – в возрасте 36–40 лет, четыре (10%) – старше 40 лет.

В группе мужчин-респондентов большинство (17 человек, 44%) – в возрасте 30–35 лет, люди моложе 30 лет составили 28% (11 респондентов). Пяти респондентам (12%) было 36–40 лет, а шестерым (15%) – больше 40 лет.

Большинство пар, участвовавших в исследовании, состояли в браке (27 пар, 69%).

В *таблице 2* приведены данные о наличии у респондентов до начала лечения бесплодия детей. У большинства пациентов женского (82%) и мужского (79%) пола не было детей до начала

Таблица 1. Распределение респондентов в зависимости от возраста

Возраст, лет	Женщины		Мужчины	
	Чел.	%	Чел.	%
< 30 лет	16	41,03	11	28,21
30–35	14	35,90	17	43,59
36–40	5	12,82	5	12,38
> 40 лет	4	10,26	6	15,38
Общее	39	100	39	100

Источник здесь и далее: данные исследования, проведенного в Республике Польша (N = 78 чел.).

Таблица 2. Наличие у респондентов детей до начала лечения бесплодия

Предыдущие дети	Женщины		Мужчины	
	Чел.	%	Чел.	%
Да	7	17,95	8	20,51
Нет	32	82,05	31	79,49
Общее	39	100	39	100

лечения бесплодия. Примерно пятая часть как женщин (18%), так и мужчин (21%) уже имели детей.

Результаты

Результаты исследования показали, что большинство пар (24 пары, 62%) в исследуемой группе страдали бесплодием от 1 до 5 лет, одна треть респондентов (28%) – более пяти лет. Самая короткая продолжительность бесплодия (менее шести месяцев) отмечена у четырех пар (10%). Ни одна исследуемая пара не указала период от шести месяцев до одного года (табл. 3).

Другим важным аспектом анализа является определение причины бесплодия (табл. 4). Итоги обследования супружеских пар свидетельствуют, что у большинства респондентов наблюдается идиопатическое бесплодие (31%). Следует отметить, что в современном обществе,

в условиях высоких стрессогенных факторов, плохой экологии, проблема идиопатического бесплодия, то есть бесплодия неясной этиологии, весьма актуальна. Оно диагностируется после прохождения супружеской парой полного обследования и невозможности установить причины проблемы.

На втором месте, согласно результатам опроса, находится женское бесплодие (28%), следом бесплодие мужское (26%). Меньшая доля пар, принявших участие в исследовании (15%), лечилась от бесплодия обоих партнеров.

Как было сказано ранее, лечение бесплодия – это длительный процесс, занимающий от нескольких месяцев до более чем десятка лет (например, в среднем 0,5–15 лет для женщин и 0,5–12 лет для мужчин) [26]. В таблице 5 представлены данные о продолжительности лечения бесплодия у обследованных пар.

Таблица 3. Длительность бесплодия в исследуемой группе

Длительность бесплодия	Кол-во пар	%
До 6 месяцев	4	10,26
От 6 месяцев до 1 года	0	0,00
От 1 до 5 лет	24	61,54
Более 5 лет	11	28,21
Общее	39	100

Таблица 4. Диагноз супружеских пар в исследуемой группе

Причина бесплодия	Кол-во пар	%
Мужское бесплодие	10	25,64
Женское бесплодие	11	28,21
Бесплодие обоих партнеров	6	15,38
Идиопатическое бесплодие	12	30,77
Общее	39	100

Таблица 5. Продолжительность лечения бесплодия

Продолжительность лечения	Кол-во пар	%
До 6 месяцев	12	30,77
От 6 месяцев до 1 года	8	20,51
От 1 до 5 лет	18	46,15
Более 5 лет	1	2,56
Общее	39	100

Исследование показало, что 18 пар лечились от бесплодия от одного до пяти лет (46%). Самый короткий период лечения бесплодия (до шести месяцев) характерен для 12 пар (31%). Восемь пар (21%) лечились от бесплодия от шести месяцев до одного года. Самый длительный период лечения бесплодия (более 5 лет) был отмечен у одной пары (3%).

Для лечения бесплодия большинство пар (56%) в исследуемой группе прибегало к такой вспомогательной репродуктивной технологии, как ЭКО-ИКСИ. В остальных случаях (44%) использовалась внутриматочная инсеминация.

Исходя из результатов исследования, можно констатировать, что 62% респондентов женского пола и 64% мужского убеждены в том, что экстракорпоральное оплодотворение является инновационным и эффективным методом лечения бесплодия (табл. 6). Примерно треть женщин и столько же мужчин (33% в каждой группе) считают, что ЭКО эффективно, но спорно. Только две женщины (5%) и один мужчина (3%) признают его инновационным методом, который противоречит их убеждениям.

Исследование показывает (табл. 7), что более трети респондентов высоко оценивают поддержку семьи при лечении бесплодия (31% женщин и 28% мужчин дали оценку 5 баллов из 5 возможных). Еще 16 человек (7 женщин и

9 мужчин) оценили ее как высокую четыремя баллами (18 и 23% соответственно). Суммированная оценка положительного восприятия – 49% у женской половины респондентов и 51% у мужской.

Средний уровень поддержки отметили 26% женщин и 41% мужчин, а низкие баллы были выставили 18% респондентов женского и 5% мужского пола. При этом 8% женщин и 3% мужчин заявили, что не получают никакой поддержки от семьи.

Сравнивая уровень восприятия поддержки семьи в мужской и женской группах, можно сделать вывод о том, что большинство женщин (31%) отмечает очень высокий уровень поддержки от семьи (5 баллов), в то время как 41% мужчин воспринимают его как средний (3 балла). Это свидетельствует о гендерных особенностях восприятия поддержки: мужчины, испытывая переживания, как правило, пытаются сдерживать их, стремясь самостоятельно справиться с проблемой.

На основе полученных результатов можно утверждать, что поддержка очень важна для каждого партнера, переживающего сложную ситуацию лечения бесплодия. Недостаточная или слабая поддержка может увеличить уровень стресса, чувство неуверенности и ощущение неэффективности лечения (табл. 8).

Таблица 6. Отношение респондентов к экстракорпоральному оплодотворению

Суждения об ЭКО	Женщины		Мужчины	
	Чел.	%	Чел.	%
Это инновационный и эффективный метод лечения бесплодия	24	61,54	25	64,10
Это эффективный, но спорный метод лечения бесплодия	13	33,33	13	33,33
Это инновационный метод, но он противоречит моим убеждениям	2	5,13	1	2,56
Общее	39	100	39	100

Таблица 7. Восприятие поддержки семьи

Уровень поддержки	Женщины		Мужчины	
	Чел.	%	Чел.	%
1 – отсутствует	3	7,69	1	2,56
2 – низкий	7	17,95	2	5,13
3 – средний	10	25,64	16	41,03
4 – высокий	7	17,95	9	23,08
5 – очень высокий	12	30,77	11	28,21
Общее	39	100	39	100

Таблица 8. Восприятие поддержки партнера

Уровень поддержки	Женщины		Мужчины	
	Чел.	%	Чел.	%
1 – отсутствует	0	0,00	0	0,00
2 – низкий	5	12,82	0	0,00
3 – средний	5	12,82	6	15,38
4 – высокий	7	17,95	13	33,33
5 – очень высокий	22	56,41	20	51,28
Общее	39	100	39	100

Большинство респондентов (56% среди женщин и 51% среди мужчин) заявили об очень высоком уровне поддержки партнера (5 баллов). Семь женщин (18%) и 13 мужчин (33%) назвали уровень поддержки партнера высоким (4 балла). Только пять женщин (13%) и шесть мужчин (15%) утверждали, что уровень поддержки партнера оказался средним (3 балла), в то время как пять женщин (13%) оценили его как низкий (2 балла).

Уровень и качество поддержки партнера, который является самым близким человеком, чрезвычайно важны, особенно в случае лечения бесплодия. Они формируют чувство безопасности и уверенности, тем самым позволяя лучше справляться со стрессом от лечения. Отсутствие поддержки или слабая поддержка усиливают чувство стресса и беспомощности.

Проведенный анализ, основанный на указанных в *таблице 9* результатах, относится к субъективному восприятию поддержки, полученной от медицинского персонала. 11 женщин (28%) и 15 мужчин (38%) оценили уровень этой поддержки как очень высокий, тогда как 12 женщин (31%) и 13 мужчин (33%) – как просто высокий. О среднем уровне помощи и поддержки со стороны медицинского персонала сказали 12 женщин (31%) и девять мужчин (23%). Двое мужчин (5%) низко оценили

уровень поддержки медицинского персонала, четыре женщины (10%) заявили, что не получили никакой поддержки.

Большинство пар, принявших участие в исследовании, замечают и ценят поддержку, которую им оказывают. Однако некоторые люди не замечают ее или преуменьшают ее значение. Доверие к медицинскому персоналу и медицинским процедурам, используемым при лечении бесплодия, позволяет пациентам принять ситуацию и повышает их уверенность в том, что они способны справиться с проблемой [31]. Медсестры, акушерки и врачи, ухаживающие за лечющимися от бесплодия парами, должны обращать внимание на качество оказываемой помощи и поддержки, так как это влияет на чувство безопасности пациента и его лечение [25].

Результаты исследования свидетельствуют (*табл. 10*), что среднее значение оценки потребности в поддержке в группе респондентов-мужчин составило 10,93 (мин. = 7, макс. = 14), в то время как у респондентов-женщин – 12,43 (мин. = 7, макс. = 14). Следовательно, женщины больше нуждаются в поддержке в трудной жизненной ситуации, что подтверждает выдвинутую гипотезу.

Преыдушие выводы дополнены в *таблице 11*, где указана значимость результатов для потребности в поддержке у респондентов

Таблица 9. Восприятие респондентами поддержки со стороны медицинского персонала

Уровень поддержки	Женщины		Мужчины	
	Чел.	%	Чел.	%
1 – отсутствует	4	10,26	0	0,00
2 – низкий	0	0,00	2	5,13
3 – средний	12	30,77	9	23,08
4 – высокий	12	30,77	13	33,33
5 – очень высокий	11	28,21	15	38,46
Общее	39	100	39	100

Таблица 10. Потребность в поддержке в оценке мужчин и женщин, проходящих лечение от бесплодия

Переменная	Т-тест для зависимых образцов (рабочий лист 83) Заметные различия существенны, когда $p < 0,05000$				
	Среднее значение	Стандартное отклонение	Существенное отклонение	Разница	Разница в стандартном отклонении
Потребность в поддержке у мужчин	10,92308	2,144572			
Потребность в поддержке у женщин	12,43590	2,149601	39	-1,51282	2,683986
Источник: расчеты авторов.					

Таблица 11. Потребность в поддержке у мужчин и женщин, статистическая значимость

Переменная	Т-тест для зависимых образцов (рабочий лист 83) Заметные различия существенны, когда $p < 0,05000$				
	t	df	p	Уверенность -95,000%	Уверенность + 95,000%
Потребность в поддержке у мужчин и женщин	-3,51997	38	0,001139 **	-2,38287	-0,642773
Источник: расчеты авторов.					

Таблица 12. Поиск поддержки во время лечения бесплодия среди женщин и мужчин

Пара переменных	Т-тест для зависимых образцов (рабочий лист 83) Заметные различия существенны, когда $p < 0,05000$			
	N Значимость	T	Z	P
Поиск поддержки у мужчин и женщин	32	149,5000	2,141029	0,032272 *
Источник: расчеты авторов.				

в зависимости от пола. На основе статистического анализа выявлено, что респонденты женского пола, по сравнению с мужчинами показали значительно более высокую потребность в поддержке как со стороны семьи и партнера, так и со стороны медицинского персонала во время лечения бесплодия ($p = 0,001$).

В таблице 12 представлены данные о поиске поддержки во время лечения бесплодия в исследуемой группе.

Статистический анализ показывает, что женщины-респонденты более склонны обращаться за поддержкой к семье, партнеру и медицинскому персоналу ($p = 0,03$).

Обсуждение и выводы

Законы демографии говорят о том, что каждый случай бесплодия – это потери потенциальных рождений. Это проблема не только семьи, но и общества в целом [33], поэтому инвестиции во вспомогательные репродуктивные технологии становятся одним из способов улучшения демографической ситуации в странах.

Результаты исследований показали, что пары, лечившиеся от бесплодия, высоко оценивают поддержку со стороны своей семьи и партнера и ощущают ее. Можно также сделать вывод о том, что уровень поддержки, получаемой от медицинского персонала, существенно влияет на ее восприятие.

В такой сложной ситуации, как лечение бесплодия, женщины-респонденты показывают статистически более высокую потребность в поддержке ($p = 0,001$), чем мужчины, чаще пользуются социальной поддержкой. Это связано с тем, что женщины склонны чаще ее замечать.

Пары, участвующие в исследовании, различаются и по степени вовлеченности в поиск социальной поддержки. Женщины-респонденты ищут ее значительно чаще ($p = 0,03$). Анализ исследований и литературы показывает, например, что степень поиска поддержки у пар, получающих лечение от бесплодия ($M = 13,96$), ниже, чем у онкологических больных ($M = 15,34$) [23]. Это может быть связано с тем, что женщины чувствуют больше ответственности за решение

проблемы бесплодия, чем их партнеры. С другой стороны, именно женщины зачастую привлекают больше внимания со стороны тех, кто оказывает поддержку. К тому же именно женщин чаще изучают ученые, рассматривающие потребности пар, которые лечатся от бесплодия [19; 24; 25]. Репродуктивное здоровье – важнейшая составляющая здоровья общества в целом [34], в связи с чем требуется своевременно выявлять и оперативно решать существующие в этой сфере проблемы.

Подводя итог, следует отметить, что социальная поддержка оказывает значительное влияние на профилактику психических расстройств у людей, лечащихся от бесплодия. Она позволяет бесплодным парам принять диагноз и примириться с ним, что, в свою очередь, облегчает лечение. Следовательно, крайне важно, чтобы пациентам оказывалась социальная поддержка, а медицинский персонал устанавливал с ними терапевтический контакт [17].

Литература

1. Kashnitsky I., Schöley J. Regional population structures at a glance. *The Lancet*, 2018, 392 (10143), pp. 209–210.
2. *Rodzina Wobec Niepłodności. Przegląd Metod i Analiza Zagadnienia w Świetle Współczesnej Medycyny Prokreacyjnej*. Instytucja rodziny wczoraj i dziś Perspektywa interdyscyplinarna. Volume 2. Politechnika Lubelska, Lublin, 2012.
3. Jaroszewicz K., Dominik I. (red.) *Jak tu Począć?* Wydawnictwo Agora, Warszawa, 2015.
4. Русанова Н.И. Вспомогательные репродуктивные технологии в России: история, проблемы, демографические перспективы // Журнал исследований социальной политики. 2013. Т. 11. № 1. С. 69–86.
5. *WHO Definition of Health*. New York: Official Records of the World Health Organization, 1948, 2: 100.
6. Niewiadomska A. Najczęstsze przyczyny niepłodności. *Raport – Niepłodność*, 2005, vol. 1, pp. 38–40.
7. Orzeszyna J. *Teologiczno-Moralny Aspekt Niepłodności w Matżeństwie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie, Kraków, 2005.
8. Stanowisko zespołu ekspertów polskiego. Towarzystwa ginekologicznego dotyczące diagnostyki i metod leczenia endometriozu. *Ginekol Pol*, 2012, 11 (83), pp. 871–876.
9. Wiśniewska-Roszkowska K. *Zbudować Matżeńskie Szczęście*. Michaelinum, Marki, 1995.
10. Ланцбург М.Е., Крысанова Т.В., Соловьева Е.В. Исследования психосоматических аспектов гинекологических и андрологических заболеваний и бесплодия: обзор современных зарубежных исследований // Современная зарубежная психология. 2016. Т. 5. № 2. С. 67–77.
11. Olivius C., Friden B., Borg G. et al. Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertil Steril*, 2004, vol. 81, pp. 258–261.
12. Davis D.C., Dearman C.N. Coping strategies of infertile women. *J. of Obstetrics, Gynecological and Neonatal Nursing*, 1991, vol. 20, no. 3, pp. 221–228.
13. Адамян Л.В., Филиппова Г.Г., Калинская М.В. Переживание бесплодия и копинг-стратегии женщин фертильного возраста // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2012. № 3. С. 101–105.
14. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York, Springer Publishing Company, 1984.
15. Folkman S. Stress: Appraisal and coping. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, 2013, pp. 1913–1915. DOI: 10.1007/978-1-4419-1005-9_215
16. Bączkowski T., Kurzawa R. Diagnostic and treatment of infertility in outpatient clinic. *Przewodnik Lekarza/Guide for GPs*, 2012, no. 15 (1), pp. 154–158.
17. Jastrzębska J. Psychologiczne aspekty niepłodności z perspektywy różnic międzyplciowych i uwarunkowań kulturowych. Problematyka płodności i prokreacji. *Kwartalnik Naukowy*, 2017, vol. 1 (29), pp. 227–239.
18. Bielanoska-Batorowicz E. *Psychologiczne Aspekty Prokreacji*. Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice, 2005.
19. Makara-Studzińska M., Wdowiak A., Bakalczuk G., Bakalczuk S., Kryś K. Problemy emocjonalne wśród par leczonych z powodu niepłodności. *Seksuologia Polska*, 2012, vol. 10 (1), pp. 28–35.
20. Deka K., Sarma S. Psychological aspects of infertility. *BJMP*, 2010, vol. 3 (3), pp. 336.

21. Szlachta E. Problemy definicyjne wsparcia społecznego. *Przegląd Psychologiczny*, no. 2009, 52 (4), pp. 433–451.
22. Dembińska A. Rola nadziei w pomocy psychologicznej kobietom leczącym niepłodność. *Sztuka Leczenia*, 2013, vol. 1–2, pp. 9–20.
23. Jarzabek-Bielecka G., Radomski D., Nowaczyk A., Sowińska-Przepiera E., Warchoń-Biedermann K., Paluszkiwicz A. Analiza stężeń prolaktyny u dziewcząt bez cech endokrynopatii z zaburzeniami miesiączkowania i stresem w wywiadzie. *Ginekol. Prakt.*, 2010, vol. 18(1), pp. 46–53.
24. Łuszczynska A., Kowalska M., Mazurkiewicz M., Schwarzer R. Berlin Social Support Scales (BSSS): Polish version of bass and preliminary results on its psychometric properties. *Studia Psychologiczne*, 2006, vol. 44, pp. 17–27.
25. Przybył I. Naznaczanie społeczne i samonaznaczanie osób niepłodnych (Blaski i cienie życia rodzinnego). *Roczniki Socjologii Rodziny*, 2003, vol. XV, pp. 47–61.
26. Szadowska-Szlachetka Z., Janczaruk M., Dziurko J., Starosławska E., Stanisławek A. Analiza zapotrzebowania na wsparcie oraz wsparcia otrzymanego przez kobiety z rakiem piersi. *Journal of Education, Health and Sport*, 2015, vol. 5 (2), pp. 246–259.
27. Filipiak G. *Funkcja Wsparcia Społecznego w Rodzinie*. Wydawnictwo UAM, Poznań, 2010.
28. Kasperczyk A. *Wsparcie Społeczne w Instytucjach Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 2006.
29. Опыт работы психотерапевтических групп для женщин, страдающих психологическим бесплодием / Ж.Р. Гарданова [и др.] // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2018. № 11. С. 39–43.
30. Malina A., Suwalska-Barancewicz D. The importance of social support for the mental well-being of people being treated for infertility. In: *Polish Psychological Forum*, 2020, vol. 25, no. 4, pp. 417–430. DOI: 10.14656/PFP20200403
31. Koss J., Rudnik A., Bidzan M. *Experiencing Stress and Getting Support Social Problems Caused by High-Risk Pregnant Women*. Preliminary reports. *Family Forum*, 2014, pp. 183–201.
32. Żuralska R., Sein Anand J., Majkowicz M., Rózyk D. Spostrzeganie wsparcia społecznego przez studentów II roku Pielęgniarstwa Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. *Przegląd Lekarski*, 2013, vol. 70 (8), pp. 569–571.
33. Бесплодный брак: версии и контраверсии / под ред. чл.-корр. РАН В.Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и дополн. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 421 с.
34. Шабунова А.А., Калачикова О.Н. Репродуктивное здоровье как фактор качества воспроизводства населения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2009. № 3 (7). С. 73–81.

Сведения об авторах

Лилия Сухоцкая – PhD психологии, профессор, ассистент преподавателя, Университет имени Яна Кохановского в Кельце (25-029, Польша, г. Кельце, ул. Краковская, д. 11; e-mail: liliasuchocka@ibnps.eu)

Малгожата Пасэк – PhD медицины, профессор, ассистент преподавателя, Государственная высшая профессиональная школа в Тарнове (33-100, Польша, г. Тарнов, ул. Мицкевича, д. 8; e-mail: malgorzata_pasek@wp.pl)

Магдалена Блихаж – магистр медицины, Негосударственное медицинское учреждение ООО «Ремедиум» (33-300, Польша, г. Новы-Сонч, ул. Понятовского, д. 2; e-mail: blicharzmagda95@gmail.com)

Галина Валентиновна Леонидова – кандидат экономических наук, доцент, ведущий научный сотрудник, заведующий лабораторией, Вологодский научный центр Российской академии наук (160014, Российская Федерация, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а; e-mail: galinaleonidova@mail.ru)

Suchocka L., Pasek M., Blicharz M., Leonidova G.V.

Social and Psychological Support of Couples in Treating Infertility (Case Study of the Polish Research)

Abstract. According to the World Health Organization (WHO), nearly 60–80 million couples worldwide struggle with infertility – inability to conceive a child without medical assistance. Infertility is a relevant medical, social, socio-psychological, and demographic problem that negatively affects the demographic situation across the world. In this regard, assisted reproductive technologies help. Infertility diagnosis and treatment is a lengthy and burdensome process, and patients need socio-psychological support while going through it. The purpose of the study is to analyze the situation with the treatment of infertile couples using assisted reproductive technologies in the Republic of Poland and the Russian Federation in the context of the perception of socio-psychological support provided to couples (case study of the Polish research). We used sociological methods: in particular, the author’s own questionnaire and R. Schwarzer and U. Schulz’s test psychological methodology for assessing a respondent’s subjective perception of socio-psychological support. The study involved 39 couples treated for infertility. The majority of respondents (27 couples; 69%) were married. Most female (32 women; 82%) and male (31 men; 79%) respondents did not have children. The results showed that women need more support than men: women received more statistically significant points on the “support-seeking” scale. According to the study, support of a family and a partner were assessed highly. It was revealed that social and psychological support during infertility leads to a positive effect that provides acceptance of the disease (infertility) and reduces stress and a feeling of a loss. Moreover, social and psychological support has a significant impact on the prevention of mental disorders among people treated for infertility. We conclude that socio-psychological support is important for patients diagnosed with this problem.

Key words: infertility, infertility treatment, perception of support, social support.

Information about the Authors

Lilia Suchocka – PhD in Psychology, Professor, Teacher Assistant, Jan Kochanowski University of Kielce (11, ul. Krakowska, Kielce, 25-029, Poland; e-mail: liliasuchocka@ibnps.eu)

Małgorzata Pasek – PhD in Medicine, Professor, Teacher Assistant, University of Applied Sciences in Tarnow (8, ul. Mickiewicza, Tarnow, 33-100, Poland; e-mail: malgorzata_pasek@wp.pl)

Magdalena Blicharz – Master of Medicine, Non-Government Medical Institution OOO “Remedium” (2, ul. Poniatowskiego, Nowy Sącz, 33-300, Poland; e-mail: blicharzmagda95@gmail.com)

Galina V. Leonidova – Candidate of Sciences (Economics), Associate Professor, Leading Researcher, Head of Laboratory, Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences (56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation; e-mail: galinaleonidova@mail.ru)

Статья поступила 28.01.2021.