

Zakład Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego AM w Lublinie
Kierownik: Prof. dr hab. n. med. Henryk Wiktor

ARTUR WDOWIAK, EDYTA WDOWIAK, HENRYK WIKTOR

Ocena potrzeb członków rodzin poddanych terapii niepłodności

Światowa Organizacja Zdrowia głosi, że „Zdrowie zaczyna się w rodzinie.” Jest to wyznacznik dla działań zdrowotnych na rzecz rodziny. Pojęcie potrzeb zdrowotnych to zagadnienie, które w procesie leczniczym pacjentów poddanych terapii niepłodności, niejednokrotnie odsuwane jest na dalszy plan. Oczekiwania pacjentów podczas leczenia nie dotyczą wyłącznie efektu, jakim może być uzyskanie ciąży. Wdrożenie wysoko-zaawansowanych technik wspomaganego rozrodu i duży przepływ pacjentów, nasila zjawisko odizolowania lekarza od leczącej się pary. Dobre samopoczucie pacjenta i realizacja jego potrzeb mają nie mniejsze znaczenie od wykonywanych działań diagnostycznych i terapeutycznych. Opinia pacjentów należy do ważnych wskaźników jakości świadczeń medycznych. Pojęcie „zdrowia populacji jako pełni dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego” (WHO) stwarza zapotrzebowanie na badania psychospołeczne w medycynie.

W świetle powyższych faktów niezwykle istotnym problemem terapii niepłodności staje się wielokierunkowa pomoc rodzinie w okresie starań o potomstwo. Praca ta stara się wyjaśnić, czy posiadanie dziecka jest jedyną potrzebą zdrowotną dwojga ludzi, którzy mają problemy z zajściem w ciążę.

Praca ta powstała w celu określenia, jakie potrzeby dominują wśród par poddanych terapii niepłodności.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza ankiety wśród 120 par leczonych z powodu niepłodności małżeńskiej w Poradni Przyklinicznej SPSK-1 w latach 2000-2004. Ankietowani byli w wieku od 20 do 45 lat. Badani pacjenci nie byli obciążeni innymi chorobami, które mogłyby wpływać na obniżenie samooceny ich stanu zdrowia. Leczenie nie przekraczało okresu 1 roku.

Ankieta była anonimowa i składała się z 2 części:

- pierwsza zawierała pytania zamknięte dotyczące danych demograficzno – społecznych na temat badanej osoby tj.: wiek, miejsce zamieszkania i wykształcenie;
- druga część zawierała pytanie: Jakie potrzeby oprócz posiadania potomstwa są obecnie dla Państwa najważniejsze?

Wyniki poddano analizie statystycznej.

WYNIKI BADAŃ

Potrzebę poprawy stanu psychicznego deklarowało 38% badanych rodzin. Potrzebę większej dostępności do zaawansowanych technik wspomaganego rozrodu-ART (z przyczyn finansowych) deklarowało 24% ogółu. 19% badanych oczekiwało większego zainteresowania swoją sytuacją zdrowotną ze strony personelu medycznego. 9% badanych pragnęło normalizacji życia seksualnego. Pozostałe odpowiedzi stanowiły 8 % ogółu i zostały określone jako inne (nie mogły zostać poddane analizie statystycznej). 2% badanych stwierdziło, że obecnie nie ma innych potrzeb(Ryc.1).

Badane pary ze względu na wiek podzielono na trzy grupy: pierwsza ze średnią wieku małżonków poniżej 30 roku życia, druga pomiędzy 31 a 38 rokiem życia, trzecia – starsi. Podczas analizy wpływu wieku na charakter udzielanych odpowiedzi, stwierdzono istnienie znamienności statystycznej na

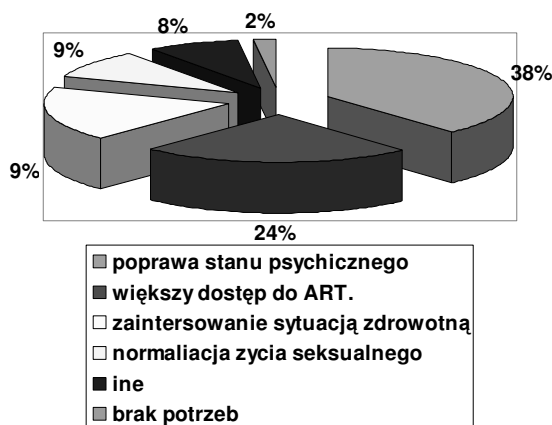
poziomie $p < 0,05$ w zakresie potrzeby poprawy stanu psychicznego. Odpowiedzi tej najczęściej udzielały osoby z drugiej (35,2 %) i trzeciej (34,8%) grupy wiekowej. Najrzadziej odpowiedź ta była wybierana w pierwszej grupie wiekowej. Wykształcenie nie miało istotnie statystycznego wpływu na wybór potrzeby poprawy stanu psychicznego ($p > 0,05$). Miejsce zamieszkania również nie miało statystycznie istotnego wpływu na wybór tej odpowiedzi.

Potrzebę większej dostępności do technik wspomaganego rozrodu deklarowali istotnie statystycznie częściej mieszkańcy wsi niż mieszkańcy miast ($p < 0,05$). Również częściej odpowiedź ta była wybierana przez osoby z najmłodszej grupy wiekowej ($p < 0,05$). Nie stwierdzono znamienności statystycznej pomiędzy poziomem wykształcenia a wyborem tej odpowiedzi ($p > 0,05$).

Podczas badania zależności pomiędzy potrzebą większego zainteresowania swoją sytuacją zdrowotną a cechami, takimi jak: wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania, nie stwierdzono zależności istotnych statystycznie ($p > 0,05$).

Normalizacji życia seksualnego, istotnie częściej ($p < 0,05$) oczekiwały osoby w najmłodszej grupie wiekowej (48,3%), a w mniejszym stopniu osoby w średniej grupie wiekowej (32%) i najstarsze (19,7%). Cecha taka jak wykształcenie i miejsce zamieszkania nie wywierała statystycznie istotnego wpływu na charakter udzielonej odpowiedzi ($p > 0,05$).

Wybór odpowiedzi o braku posiadania innych potrzeb nie miał istotnie statystycznego związku z wiekiem, wykształceniem ani miejscem zamieszkania ($p > 0,05$).



Ryc. 1 Potrzeby rodzin poddanych terapii niepłodności

DYSKUSJA

Ocena potrzeb zdrowotnych, zarówno indywidualnych, jak i zbiorowych, zawsze jest zadaniem skomplikowanym. Trudno jest bowiem w sposób jednoznaczny ocenić, w jakim stopniu deklarowane, czy nawet udokumentowane fachową diagnozą, schorzenia są dokuczliwe w codziennym funkcjonowaniu respondenta i jego bliskich. Ocena potrzeb jest zagadnieniem wysoce subiektywnym i uwarunkowanym wieloma czynnikami, toteż badanie zależności pomiędzy nią a innymi czynnikami środowiskowymi powinno mieć nie tyle charakter ilościowy, co jakościowy (14,15). Porównanie wyników badań publikowanych przez innych autorów przysparza wiele trudności z powodu niemożności użycia identycznych grup badanych.

Dla badacza określającego potrzeby socjo-medyczne zbiorowości ważne są różnorodne czynniki. Pierwszym z nich jest realnie istniejący stan zdrowia zbiorowości. O ile wyraźnie zaznacza się korelacja pomiędzy sytuacją materialną (im lepsza, tym mniej chorób) a wiekiem i zachowaniami zdrowotnymi (im osoba starsza i zachowania mniej prozdrowotne, tym więcej schorzeń), o tyle trudno jest jednoznacznie zinterpretować, na ile ujawnione zmiany zależą od innych parametrów socjo-medycznych. Nikt i nic nie funkcjonuje w izolacji. Niektóre potrzeby zdrowotne wynikają z obserwowanej rzeczywistości i jej porównania z powszechnie przyjętymi standardami (15).

W literaturze światowej istnieje wiele doniesień na temat samooceny stanu zdrowia i uwarunkowań tego zjawiska. Samoocena stanu zdrowia ma ścisły związek z potrzebami zdrowotnymi jednostki

i może z nich wynikać. Zależność pomiędzy potrzebami a samooceną stanu zdrowia pozwala zatem porównywać uwarunkowania jednego i drugiego zjawiska.

W literaturze światowej stosowane są trzy, cztero oraz pięć stopniowe skale samooceny jako miernik stanu zdrowia (3,4,8). Wydaje się, że stosowanie różnych skal ocen własnego stanu zdrowia powinno być dobierane indywidualnie, zależnie od rodzaju badania, wykształcenia oraz płci respondentów.

Osoby z wykształceniem wyższym, pomaturalnym lub średnim w literaturze lepiej oceniają swój stan zdrowia w porównaniu ze swoimi rówieśnikami znajduje potwierdzenie w piśmiennictwie (3,4,8,13,14), które udowadnia, że częstość pozytywnych samoocen zdrowia wzrasta z poziomem wykształcenia. W naszych badaniach wykształcenie nie miało wpływu na charakter udzielanych odpowiedzi

Wyniki badań uzyskanych przez Bartosińską i wsp. oraz Wójcika i wsp. (2,14) sugerują, że wiek ma duży wpływ na samoocenę pacjenta. Badania nasze wykazały również, że wiek ma istotny wpływ na stan psychiczny pacjentów oraz ściśle z nim związaną sferę życia erotycznego.

Badania nasze wykazały, że stan zdrowia i wynikające z niego potrzeby mają ścisły związek z możliwością społeczeństwa (potrzeba dostępu do ART). Do podobnych wniosków doszli badacze z Banku Światowego.[16]

Walijski Urząd Promocji Zdrowia w swoich badaniach wykazał, że jedną z istotnych potrzeb zdrowotnych młodych ludzi jest właściwy rozwój psycho-seksualny oraz polityka promująca i chroniąca zdrowie.[16] Podobne zależności wykazaliśmy w naszej pracy.

Porównanie wyników naszych badań, z innymi doniesieniami nie może mieć charakteru ilościowego, lecz jedynie jakościowy. Wydaje się, że ogólne tendencje w tym zakresie są podobne we wspomnianych doniesieniach.

WNIOSKI

1. Mężczyźni przyjmujący hormonalną terapię zastępczą w postaci pochodnych testosteronu lepiej oceniają swój stan zdrowia w porównaniu z osobami nie poddanymi terapii.
2. Samoocena stanu zdrowia ma związek z wykształceniem mężczyzn.

PIŚMIENNICTWO

1. Bartosińska M., Tukalska-Parszuto M.: Subiektywna ocena stanu zdrowia pracowników zakładu ceramicznego i jej uwarunkowania. *Problemy Medycyny Społecznej* Nr 31, 1997: 116-124
2. Chrzanowski R.: Ochrona jakości w opiece zdrowotnej – zalecenia dla menadżerów., *Antidotum* Nr 7/8, 1994, 37-41
3. Góralczyk-Modzelewska M., Indulski J.: Subiektywna ocena stanu zdrowia pracowników przemysłu i jej uwarunkowania. *Zdrowie Publiczne*, 1982, 94, 9,8.
4. Grębowski R., Kryszpiniuk A.: Potrzeby i zachowania zdrowotne pracowników Hajnowskich Zakładów Przemysłu Drzewnego. *Zdrowie Publiczne* 1980, 91, 4: 237-242
5. Marcinowicz L., Chlabicz S., Grębowski R., Borzuchowska A., Sarul H.:Zadowolenie pacjentów ze świadczeń udzielanych przez lekarzy rodzinnych w Gizycku, *Problemy Medycyny Społecznej* Nr 32, 1997: 178-181
6. Montinho L.:*Problems in Marketing. Analysis and Applications.*, Paul Chapman Publishing Ltd., London, 1991, 153-156
7. Palmer H.R., Donabedian A., Povar G.J.: *Striving for quality in health care.*, An Inquiry into Policy and Practice, Health Administration Press, Michigan 1991
8. Rojek A., Gdulewicz T., Kaczmerczyk-Chałas K., Szadkowska-Stańczyk I.: Samoocena stanu zdrowia dorosłej ludności m. Łodzi. *Zdrowie Publiczne*, 1982, 93, 10, 425
9. Sokołowska M.: *Socjologia medycyny.* PZWL, Warszawa 1986
10. Titkow A.: *Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby.* Studium warszawskie, PWN, Warszawa 1983
11. Warchoń-Sławińska E., Wdowiak L.: Wybrane elementy stanu zdrowia osób z chorobami układu krążenia przebywających na rehabilitacji uzdrowiskowej (Cz.II). Samoocena stanu zdrowia osób rehabilitowanych w uzdrowisku Nałęczów. *Problemy Medycyny Społecznej* Nr31, 1997, 78-86

12. Wdowiak L.: Uwarunkowania określające korzystanie z usług medycznych badanej grupy przewlekłe chorych mieszkańców Lublina. Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 1984
13. Wojewódzka J., Radwańska A.: Anamneza a subiektywna ocena stanu zdrowia. Człowiek, Populacja, Środowisko. Prace Dolnośląskiego Centrum Diagnostyki Medycznej - DOLMED – we Wrocławiu, tom III, nr 13, Wrocław 1986, 145.202
14. Wójcik M., Wdowiak A. subiektywna ocena stanu zdrowia pacjentów po zabiegu wszczepienia stymulatora serca (WSS)-badanie pilotażowe. Dni Medycyny Społecznej 21-23 X 99 Rawa Mazowiecka.
15. Zachowania zdrowotne. Praca zbiorowa pod redakcją Andrzeja Gniazdowskiego. IMP, Łódź, 1990.
16. Zdrowie Publiczne pod redakcją Macieja Latalskiego 1999.