

ANNA CZYŻKOWSKA¹
MARTA RAWIŃSKA
MILENA JÓŻWIK
Wydział Psychologii
Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie

**KOMUNIKACJA, RELACJE PARTNERSKIE
ORAZ FUNKCJONOWANIE SEKSUALNE PAR
LECZĄCYCH SIĘ Z POWODU NIEPŁODNOŚCI**

**Communication, partnership and sexual functioning of couples
treated for infertility**

Abstract

The goal of this study was to investigate how infertility changes couples' relations, communication and sexual functioning. In the research participated 50 women during the treatment of infertility and 50 healthy women in the control group. The study confirmed our hypothesis. Couples during the treatment of infertility have more problems in their relationship (in comparison to couples without infertility problem) in following aspects: communication, task accomplishment and role performance, affective expression, affective involvement, values and norms. Communication in both groups (study group as well as control group) correlates with sexual satisfaction, the correlation between couples' relations and sexual satisfaction are higher in healthy women group than in infertile women group.

Key words: infertility, communication, sexual functioning, couple's relationship

WPROWADZENIE TEORETYCZNE

Problem niepłodności oraz proces jej leczenia niosą ze sobą ryzyko negatywnych psychologicznych następstw, w tym tych dotyczących funkcjonowania i relacji pary. Parze towarzyszą często uczucia frustracji, niespełnienia, złości oraz lęk i obniżenie nastroju (Benyamini, Gozlan, Kokia, 2005; Klemetti, Raitanen, Sihvo, Saarni, Koponen, 2010). Badania pokazują, że jest to jedno z bardziej stresujących krytycznych wydarzeń życiowych (Cwikel, Gidron, Sheiner, 2004).

¹ Adres do korespondencji: anna-czyzkowska@wp.pl

Modele obrazujące wpływ stresu na funkcjonowanie pary podkreślają m.in. jego negatywny wpływ na komunikację w parze, co z kolei zwrótnie nasila stres i pogarsza funkcjonowanie. Niepłodność to stresor pojawiający się nagle i niespodziewanie, po czym chronicznie obecny w życiu pary i to w dużym nasileniu (tzw. *major chronic stressor*). Może on nasilać wcześniejsze konflikty pary lub też być główną przyczyną problemów w relacji (Schanz, Reimer, Eichner, Hautzinger, Hafner, Fierlbeck, 2011). Zgodnie z modelem Bodenmanna stres chroniczny osłabia m.in. jakość komunikacji w parze, powodując obustronną alienację, a w efekcie obniżenie satysfakcji z małżeństwa, co może być przyczyną rozwodu (Randall, Bodenmann, 2009). Ciekawe wyniki z ostatnich lat pokazują także, że stres powoduje również problemy seksualne pary, w tym brak pożądania, awersję seksualną, przedwczesny wytrysk (Bodenmann, Ledermann, Blattner-Bolliger, Galluzzo, 2006; Oskay, Beji, Serdaroglu, 2010). Stres wywołany czynnikami zewnętrznymi, sytuacyjnymi (*external stress*) powoduje zwiększenie stresu w parze (*internal stress*), a ten negatywnie wpływa na życie seksualne pary, w tym satysfakcję seksualną (Bodenmann, Ledermann, Bradbury, 2007). Jednakże badania dotyczące stresu nasilonego (*major stress*) prezentowały niejednoznaczne wyniki (Williams, 1995). Różne pary różnie reagują na duży stres. Jedną z hipotez dotyczących tego zjawiska głosi, iż pary prezentują nie tylko różny poziom podatności na stres, ale także różny stopień radzenia sobie z krytycznymi wydarzeniami życiowymi. To, jak para odpowie na stres, zależy od tego jakie wspólnie wykształciła strategie radzenia sobie z problemami (Cohan i Bradbury, 1997). Badania par niepełnych także podkreślają jak ważne są prawidłowe strategie radzenia sobie z problemami (Peterson, Piritano, Block, Schmidt, 2011).

Badania komunikacji par niepełnych pokazują, że posiadanie dzieci jest ważniejsze dla badanych kobiet niż mężczyzn, kobiety więcej energii i uwagi poświęcają staraniom o dziecko i więcej komunikacji z partnerem ze strony kobiet jest skierowane na omawianie problemu niepłodności (Pasch, Dunkel-Schetter, Christensen, 2002). Zgodnie z modelem Pasch niepłodność wpływa negatywnie na funkcjonowanie małżeństwa poprzez pogorszenie komunikacji (m.in. polegające na przepełnieniu jej negatywnym afektem). Jak się okazało, nastawienie mężczyzn do problemu niepłodności znacząco wpływa na jakość komunikacji pary – im bardziej mężczyźni byli zaangażowani w problem, im ważniejsze było dla nich posiadanie dziecka i większa chęć do rozmowy na ten temat z partnerką, tym lepiej para funkcjonowała w obszarze komunikacji i tym bardziej pozytywny był efekt niepłodności na relację w małżeństwie (ocenianej z perspektywy kobiety). Co ciekawe zaangażowanie kobiety w problem niepłodności nie wpływało na jakość komunikacji ani satysfakcję z małżeństwa. Z perspektywy mężczyzny wpływ niepłodności na relację w parze wiązał się jedynie z tym, jak silnie wpłynęło to na samoocenę mężczyzn. W innym badaniu, w którym ujawniono pozytywny wpływ niepłodności na małżeństwo, wykazano związek ze stylem komunikacji mężczyzn, charakteryzującym się konfrontacją z problemem, aktywnym komunikowaniem się, mówieniem o uczuciach, pytaniem innych osób o radę. Z kolei negatywny wpływ miał styl komunikacji, polegający na ukrywaniu problemu niepłodności, trudnościach w rozmowie na ten i inne tematy z partner-

ką. Mężczyźni z tym stylem komunikacji unikali rozmowy na temat niepłodności, kierowali całą uwagę na pracę zawodową, unikali przebywania wśród rodzin z dziećmi (Schmidt, Holstein, Christensen, Boivin, 2005).

PROBLEM, PYTANIA I HIPOTEZY BADAWCZE

1. Czy kobiety niepłodne różnią się od kobiet nieleczących się z powodu niepłodności w zakresie relacji partnerskich (w tym komunikacji w parze)?
2. Czy relacje z partnerem są związane z poziomem satysfakcji seksualnej?

HIPOTEZY

1. Kobiety niepłodne cechują się gorszym funkcjonowaniem w zakresie relacji z partnerem w porównaniu z kobietami nieleczącymi się z powodu niepłodności (w tym: pary niepłodne cechują większe problemy w komunikacji niż pary niemające problemu z płodnością)
2. Istnieje związek pomiędzy relacjami z partnerem (w tym komunikacją) a satysfakcją seksualną (i jej podwymiarami: satysfakcją fizyczną, emocjonalną i związaną z poczuciem kontroli)

METODA

ZASTOSOWANE NARZĘDZIA

Do badania oceny rodziny zastosowano *Kwestionariusz do oceny rodziny*, który powstał na podstawie niemieckiej wersji (autorstwa Manfreda Cierpki i Gabriele Frevort) kanadyjskich kwestionariuszy *Family Assessment Measures (FAM-III)* Skinnera i Steinhauera. Wykorzystano wersję kwestionariusza: kwestionariusz relacji dwuosobowych (ocena relacji w poszczególnych diadach, w tym wypadku diady małżeńskiej). Kwestionariusz ten jest oparty o model procesu funkcjonowania rodziny Skinnera i Steinhauera, w którym wyróżnia się siedem głównych aspektów (wymiarów) funkcjonowania rodziny:

- a) wypełnianie zadań (stopień, w jakim system małżeński jest w stanie zrealizować różnorodne zadania pojawiające się w trakcie życia),
- b) komunikację,
- c) role (czy partnerzy zgadzają się podjąć nadane im role i czy aktywności zgodne są z rodzinną ich definicją),
- d) dostępność emocjonalną (emocjonalnej warstwy komunikacji - wyrażania emocji wprost, jasno i autentycznie),
- e) zaangażowanie (w jakim stopniu związek jest w stanie zapewnić partnerom poczucie bezpieczeństwa, odpowiedzieć na ich emocjonalne potrzeby oraz wspierać ich w autonomicznym działaniu),
- f) kontrolę,
- g) wartości i normy (czy reguły te są jawne czy ukryte, w jakim stopniu partnerzy mogą się im sprzeciwiać i czy ich normy i wartości spójne są z szerszym społecznym kontekstem).

Kwestionariusz zawiera 28 pozycji ocenianych na 4-stopniowej skali. Została zastosowana polska adaptacja kwestionariusza funkcjonująca pod nazwą KOR –

Kwestionariusze do oceny rodziny (Beauvale i in., 2002; Namysłowska i in., 2002). We wszystkich trzech krajach (Kanada, Niemcy, Polska) współczynniki alfa Cronbacha dla skal ogólnych były dostatecznie wysokie (wszystkie powyżej $\alpha = 0,80$); w *Kwestionariuszu relacji dwuosobowych* wynosi on powyżej $\alpha = 0,91$.

Do pomiaru satysfakcji seksualnej w związku zastosowano *Skalę satysfakcji seksualnej (Sexual Satisfaction Scale)* autorstwa Davisa (2006). Jest to kwestionariusz składający się z 21 pozycji oceniających satysfakcję seksualną. Pozycje te przynależą do 3 podskal satysfakcji seksualnej: skali satysfakcji fizycznej, skali satysfakcji emocjonalnej, skali satysfakcji związanej z poczuciem kontroli. Skala satysfakcji fizycznej zawiera realizowanie swoich potrzeb seksualnych, jakość stosunku i możliwości seksualne partnerów. Skala satysfakcji emocjonalnej mówi o satysfakcji związanej z odczuciami wobec partnera i jego zachowań seksualnych. Skala satysfakcji związanej z poczuciem kontroli ocenia zadowolenie z kontroli nad życiem płciowym (kontroli nad częstotliwością i rodzajem stosunków). Badany dokonuje oceny każdej z 21 pozycji na 5-stopniowej skali. Współczynniki alfa Cronbacha wynoszą odpowiednio $\alpha = 0,85$ dla skali satysfakcji fizycznej, $\alpha = 0,84$ dla skali satysfakcji emocjonalnej i $\alpha = 0,75$ dla skali satysfakcji związanej z poczuciem kontroli.

OSOBY BADANE I PROCEDURA BADANIA

Zbadano 100 kobiet, 50 kobiet miało problem z niepłodnością (zdiagnozowano klinicznie niepłodność i objęto te pary leczeniem), 50 kobiet liczyła grupa kontrolna (bez zdiagnozowanych problemów z płodnością). W obydwu grupach znajdowały się kobiety nieposiadające dzieci. Badane z problemem niepłodności znalezione zostały na forach internetowych dotyczących tego tematu oraz w Klinice Leczenia Niepłodności „Novum” w Warszawie. Większość (68%) była w wieku 21-30 lat, miały wykształcenie wyższe (74%) i mieszkały w dużym mieście (64%). Wszystkie były w związku partnerskim trwającym od 2 do 5 lat. 42% z nich próbowała zajść w ciążę od 1-2 lat, prawie równoliczna grupa starała się o dziecko 3-4 lat, a 9 par powyżej 5 lat. Leczenie niepłodności trwało od kilku miesięcy (48%) do kilku lat (52%). Przyczyna niepłodności znaleziona została w 82% przypadków.

Grupa kontrolna to kobiety w podobnym wieku (86% miała 21-30 lat), będące w związku partnerskim (u 46% trwa on 2-4 lata) i niemające problemów z płodnością i nieleczące się z tego powodu. Osoby do tej grupy rekrutowano z populacji ogólnej, biorąc pod uwagę osoby w wieku zbliżonym do grupy badawczej, będące w związku, nieposiadające dzieci i deklaruujące brak problemów z płodnością. Szczegółowy opis grup przedstawia tabela 1.

Tabela 1
Charakterystyka badanych grup

		Kobiety nieplodne		Grupa kontrolna	
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Wiek	≤ 20	1	2	3	6
	21-30	34	68	43	86
	31-40	15	30	4	8
	≥ 41	0	0	0	0
Wykształcenie	Podstawowe	0	0	0	0
	Średnie	13	26	29	58
	Wyższe	37	74	21	42
Pochodzenie	Miasto	32	64	31	62
	Wieś	18	36	19	38
Czas trwania związku	0.5-1 lat	0	0	16	32
	2-4 lat	25	50	23	46
	≥ 5 lat	25	50	11	22
Czas trwania prób poczęcia	1-2 lat	21	42	-	-
	3-4 lat	20	40	-	-
	≥ 5 lat	9	18	-	-
Przyczyna niepłodności (czy jest znana)	Tak	41	82	-	-
	Nie	9	18	-	-
Czas trwania leczenia niepłodności	Kilka miesięcy	24	48	-	-
	1 rok	5	10	-	-
	2 lata	14	28	-	-
	Kilka lat	7	14	-	-

WYNIKI

Tabela 2

Porównanie kobiet nieplodnych i kobiet nieleczących się z powodu niepłodności w zakresie relacji z partnerem, w tym komunikacji

	Kobiety nieplodne (<i>N</i> = 50)		Grupa kontrolna (<i>N</i> = 50)		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Wypełnianie zadań	5,38	2,16	3,32	1,74	5,24**
Zachowanie ról	4,10	1,87	1,78	1,69	6,49**
Komunikacja	3,72	1,80	2,58	2,03	2,69*
Emocjonalność	3,66	1,76	2,60	1,75	3,01*
Emocjonalny odbiór związku	2,60	1,93	1,06	1,64	4,28**
Kontrola	2,78	2,12	2,36	1,86	1,05
Wartości i normy	3,54	2,03	1,64	1,72	5,04**

Adnotacja. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Wszystkie aspekty funkcjonowania związku (oprócz aspektu kontroli) prezentują się znacząco gorzej w grupie kobiet niepełnych (w tym także komponenta komunikacji).

Tabela 3

Porównanie – korelacje pomiędzy relacjami z partnerem, poziomem potrzeb i reakcji seksualnych oraz poziomem satysfakcji seksualnej w grupie kobiet niepełnych oraz w grupie kobiet nie leczących się z powodu niepełności (N = 100)

Kobiety niepełne			
	Satysfakcja fizyczna	Satysfakcja emocjonalna	Satysfakcja związana z poczuciem kontroli
Relacje między partnerami			
Wypełnianie zadań	-0,32*	-0,25	-0,41**
Zachowanie ról	-0,32*	-0,20	-0,39**
Komunikacja	-0,31*	-0,08	-0,27
Emocjonalność	-0,23	-0,06	-0,16
Emocjonalny odbiór związku	-0,43**	-0,37**	-0,43**
Kontrola	-0,15	-0,03	-0,08
Wartości i normy	-0,34**	-0,25*	-0,38**
Grupa kontrolna			
	Satysfakcja fizyczna	Satysfakcja emocjonalna	Satysfakcja związana z poczuciem kontroli
Relacje między partnerami			
Wypełnianie zadań	-0,48**	-0,23	0,09
Zachowanie ról	-0,47**	-0,38**	-0,22
Komunikacja	-0,54**	-0,40**	-0,18
Emocjonalność	-0,51**	-0,14	-0,05
Emocjonalny odbiór związku	-0,51**	-0,17	-0,18
Kontrola	-0,49**	-0,12	-0,04
Wartości i normy	-0,31**	-0,12	-0,01

Adnotacja. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (istotność jednostronna).

Związki pomiędzy relacjami z partnerem a poziomem satysfakcji seksualnej są silniejsze w grupie kobiet niemających problemu niepełności niż u kobiet niepełnych. Funkcjonowanie komunikacji w parze koreluje z satysfakcją seksualną we wszystkich trzech jej komponentach (najmocniej z satysfakcją seksualną – fizyczną).

PODSUMOWANIE I DYSKUSJA

Badanie potwierdziło obydwie hipotezy. Pary niepełne cechuje pogorszenie funkcjonowania relacji partnerskiej w porównaniu z parami nieleczącymi się z powodu niepełności w aspektach: komunikacji, wypełniania zadań (stopień, w jakim system małżeński jest w stanie zrealizować różnorodne zadania pojawiające się

w trakcie życia), wypełniania ról (czy partnerzy zgadzają się podjąć nadane im role i czy aktywności zgodne są z rodzinną ich definicją), emocjonalności (emocjonalnej warstwy komunikacji – wyrażania emocji wprost, jasno i autentycznie), zaangażowania emocjonalnego (w jakim stopniu związek jest w stanie zapewnić partnerom poczucie bezpieczeństwa, odpowiedzieć na ich emocjonalne potrzeby oraz wspierać ich w autonomicznym działaniu), wyznawanych wartości i norm (czy reguły te są jawne czy ukryte, w jakim stopniu partnerzy mogą się im sprzeciwiać i czy ich normy i wartości spójne są z szerszym społecznym kontekstem). Widać zatem jak szeroko zaznacza się wpływ problemu niepłodności na relację partnerską w każdym z jej aspektów. W przypadku problemów z poczęciem dziecka jest to nie tylko silny stresor, ale także sytuacja stawiająca pod znakiem zapytania dalszy cel i sens bycia razem, zwłaszcza jeśli główną wartością dla partnerów i celem tworzenia wspólnoty było w perspektywie posiadanie dziecka.

Jakość komunikacji w parze koreluje z satysfakcją seksualną (w obydwu badanych grupach). Najsilniejszy związek z satysfakcją seksualną (oprócz komunikacji) ma aspekt wypełniania zadań, zachowania ról, emocjonalnego odbioru związku oraz wartości i norm. Życie erotyczne pary opiera się nie tylko na libido, pożądanie jest funkcją relacji pomiędzy partnerami (Leiblum, Rosen, 2006).

Zgodnie z opisanym wcześniej modelem Pasch (2002) przepełnienie komunikacji partnerskiej negatywnym afektem w wyniku stresu związanego z niepłodnością ma związek także z problemami seksualnymi pary. Zadowoleniu z seksu nie sprzyja sytuacja silnej i nadmiernej koncentracji na poczęciu, do tego problemy małżeńskie także mają związek z niską satysfakcją seksualną. Być może większość komunikacji w parze niepłodnej koncentruje się na trudnościach z poczęciem i niemożności podjęcia roli rodzicielskiej, co nasila problemy małżeńskie wraz z obniżeniem satysfakcji z kontaktów seksualnych. Lęk, napięcie, stres, konflikty nie sprzyjają atmosferze swobody, radości, spontaniczności, a prawidłowe funkcjonowanie seksualne tego by wymagało. Podporządkowanie życia seksualnego wyłącznie prokreacji oznacza zmuszanie siebie i/lub partnera do kontaktów seksualnych w określone dni, a nacisk na kontakty seksualne wbrew własnym potrzebom i potrzebom partnera sprzyja powstawaniu dysfunkcji seksualnych. Problemy w komunikacji dodatkowo pogarszają trudną sytuację partnerów – zahamowana lub wroga komunikacja nasila spiralę niechęci i prowadzi do eskalacji konfliktów, podczas gdy prawidłowa komunikacja prowadzi do szukania konstruktywnych rozwiązań problemu niepłodności.

BIBLIOGRAFIA

- Beauviale, A., de Barbaro, B., Namysłowska, I., Furgał, M. (2002). Niektóre psychosomatyczne własności Kwestionariuszy do oceny rodziny. *Psychiatria Polska*, XXXVI, 1, 29–40.
- Benyamini, Y., Gozlan, M., Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and Sterility*, 2, 275–283.
- Bodenmann, G., Ledermann, T., Bradbury, T. N. (2007). Stress, sex, and satisfaction in marriage. *Personal Relationships*, 14, 407–425.

- Bodenman, G., Ledermann, T., Blattner-Bolliger, D., Galluzzo, C. (2006). The association between everyday stress, critical life events, and sexual dysfunction. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 494–501.
- Cohan, C. L., Bradbury, T. N. (1997). Negative life events, marital interactions and the longitudinal course of newlywed marriage. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 114–128.
- Cwikel, J., Gidron, Y., Sheiner, E. (2004). Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 117, 126–131.
- Davis, D., Shaver, P. R., Widaman, K. F., Vernon, M. L., Follette, W. C., Beitz, K. (2006). “I can’t get no satisfaction”: Insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. *Personal Relationships*, 13, 465–483.
- Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S., Koponen, P. (2010). Infertility, mental disorders and well-being – a nationwide survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 89, 677–682.
- Leiblum, S. R., Rosen, R. C. (2006). *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Namysłowska, I., Paszkiewicz, E., Siewierska, A., de Barbaro, B., Furgał, M., Drożdżowicz, L., Józefik, B. (2002). Kwestionariusze Manfreda Cierpki do oceny rodziny, *Psychiatria Polska*, 36, 17–28.
- Oskay, U., Beji, N., Serdaroglu, H. (2010). The issue of infertility and sexual function in Turkish women. *Sexual Disability*, 28, 71–79.
- Pasch, L., Dunkel-Schetter, C., Christensen, A. (2002). Differences between husbands’ and wives’ approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and Sterility*, 6, 1241–1247.
- Peterson, B. D., Piritano, M., Block, J. M., Schmidt, L. (2011). Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. *Fertility and Sterility*, 5, 1759–1763.
- Randall, A.K., Bodenmann, G. (2009). The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clinical Psychology Review*, 29, 105–115.
- Schanz, S., Reimer, T., Eichner, M., Hautzinger, M., Hafner, H-M., Fierlbeck, G. (2011). Long-term life and partnership asisfaction in infertile patients: a 5-year longitudinal study. *Fertility and Sterility*, 2, 416–421.
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counseling*, 59, 244–251.
- Schmidt, L., Tjornhoj-Thomsen, T., Boivin, J., Andersen, A.N. (2005). Evaluation of a communication and stress management training programme for infertile couples. *Patient Education and Counseling*, 59, 252–262.
- Williams, L.M. (1995). Association of stressful life events and marital quality. *Psychological Reports*, 76, 1115–1122.