

Nazwa zadania: *Opracowanie programu pomocy psychologicznej w zakresie zdrowia prokreacyjnego w ramach Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska, zawierającego plan skutecznych, bezpiecznych i uzasadnionych działań, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie zdefiniowanych celów.*

SPIS TREŚCI

1. Nazwa zadania.....	2
2. Okres realizacji zadania	2
3. Miejsce realizacji zadania	2
4. Charakterystyka zadania	2
5. Opis problemu	3
6. Uzasadnienie potrzeby realizacji zadania	7
7. Grupa docelowa zadania.....	9
Populacja zadania – szacowanie	9
Kryteria udziału	9
Sposób rekrutacji - tryb zapraszania do programu	10
8. Zakładane cele Programu	10
9. Oczekiwane efekty Programu.....	11
10. Opis działań – organizacja Programu.....	11
11. Zasoby konieczne do realizacji zadania	17
Warunki niezbędne do realizacji programu	17
Kompetencje psychologów świadczących usługi zdrowotne	17
12. Spodziewane rezultaty, wynikające z realizacji zadania	17
13. Monitorowanie i ewaluacja zadania	18
14. Kosztorys realizacji zadania	19
15. Źródło finansowania.....	20
Literatura.....	20

Opracowanie programu pomocy psychologicznej w zakresie zdrowia prokreacyjnego zawierającego plan skutecznych, bezpiecznych i uzasadnionych działań, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie zdefiniowanych celów w ramach „Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017-2020” (na podstawie Uchwały nr XL/1117/17 Rady Miasta Gdańska z dnia 5 czerwca 2017r.) w ramach Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020 (Uchwała nr XXXIII/914/17 Rady Miasta Gdańska z dnia 12 stycznia 2017r.)

2. OKRES REALIZACJI ZADANIA

grudzień 2017- grudzień 2020

3. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

Świadczenie usług psychologicznych gwarantowanych w programie może być realizowane przez podmioty, określone w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916 ze zm.), to jest: podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego, określonymi w art. 2 pkt. 2,3,4 i 9 w/w ustawy, w tym organizacje pozarządowe i podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. 2016r. poz. 1817 i 1948 oraz 2017r. poz. 60 i 537). Osoby/ośrodki do sprawowania opieki psychologicznej dla uczestników programu zostaną wyłonione w konkursie otwartym.

4. CHARAKTERYSTYKA ZADANIA

Opracowanie programu pomocy psychologicznej w zakresie zdrowia prokreacyjnego w ramach Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska, zawierającego plan skutecznych, bezpiecznych i uzasadnionych działań, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie zdefiniowanych celów.

Wsparcie prokreacji wymaga systemowego spojrzenia na problem zaburzeń prokreacji. Prokreacja to możliwość realizowania przez jednostkę funkcji rodzicielskich, poprzez wydanie na świat potomstwa.

Niemожność zostania rodzicem jest problemem wielowymiarowym będącym wynikiem interakcji pomiędzy czynnikami biologicznymi, psychologicznymi, społecznymi, osadzonym w konkretnych kulturowych realiach. Jest poważnym problemem społecznym

i zdrowotnym. Może stać się dla jednostki sytuacją kryzysową zaburzającą naturalną homeostazę i wymagającą interwencji zarówno medycznych, niejednokrotnie psychologicznych. Zagrożenie dla zdrowia psychicznego zachodzi bowiem wszędzie tam, gdzie występuje załamanie zdolności adaptacyjnych jednostki z przyczyn psychicznych, biologicznych, społecznych, środowiskowych. W każdej z takich sytuacji niezbędna jest pomoc psychologiczna świadczona przez psychologa.

Zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej oznacza nie tylko tworzenie optymalnych warunków leczenia medycznego, ale też wspieranie pacjentów w radzeniu sobie z psychospołecznymi skutkami zaburzeń zdrowia prokreacyjnego.

Nieemożność realizowania funkcji rozrodczych ma charakter szczególny. Problemy z rozrodem dotyczą ludzi młodych, w wieku produkcyjnym. Starania o wypełnienie funkcji prokreacyjnych, długotrwały brak sukcesu w tym obszarze, niemożność zrealizowania społecznych ról zgodnych z płcią (zostanie matką/ojcem) ma poważne konsekwencje psychologiczne dla jednostki, a to z kolei determinuje jej funkcjonowanie społeczne.

Wczesne rozpoznanie czynników ryzyka powstania problemów psychologicznych i wdrożenie odpowiednich metod zaradczych i profilaktycznych może znacząco poprawić kondycję psychofizyczną pacjentów i sprzyjać pozytywnym результатам leczenia medycznego. Wykazano, iż poprawa funkcjonowania psychicznego i obniżenie stresu przekładają się na wyższą skuteczność terapii medycznej.

Z opieki psychologicznej pacjenci powinni mieć możliwość skorzystania przez cały okres diagnozy i leczenia medycznego, a także wówczas, kiedy starania nie powiodły się m.in. by uzyskać pomoc w zaakceptowaniu sytuacji trwałej niepłodności, wsparcie w żałobie po nienarodzonym dziecku, utracie nadziei na biologiczne potomstwo, pomoc w podjęciu decyzji odnośnie adopcji lub pozostania małżeństwem bezdzietnym, wsparcie w podejmowaniu dalszych decyzji odnośnie kontynuacji leczenia (czy i jak długo) lub zaprzestania dalszych starań. Możliwość korzystania z pomocy psychologicznej powinna być wieloaspektowa i jeżeli będzie taka konieczność, to długoterminowa. Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Reprodukcyjnego Człowieka i Embriologii (ESHRE). Oddziaływanie psychoterapeutyczne na wszystkich etapach postępowania diagnostycznego, leczenia, dostosowane do sytuacji życiowej pacjenta/pary, rodzaju leczenia, czasu trwania leczenia oraz psychologicznych uwarunkowań winno stanowić integralny aspekt postępowania leczniczego w sytuacji zaburzeń prokreacji.

5. OPIS PROBLEMU

Zdrowie prokreacyjne to możliwość podejmowania przez jednostkę funkcji

prokreacyjnych, których celem jest urodzenie zdrowego, żywego dziecka, podjęcie nowej roli społecznej - roli matki, roli ojca.

Nieemożność zostania rodzicem może być rozpatrywana w kontekście silnie stresujących wydarzeń, kryzysu życiowego, szczególnie, gdy potrzeba wypełnienia funkcji prokreacyjnych staje się najważniejszą potrzebą w hierarchii osobistych potrzeb. Im wyżej umieszczona jest potrzeba rodzicielstwa, im większą ma wagę, tym większe negatywne konsekwencje niesie ze sobą niemożność jej zrealizowania.

Trudności prokreacyjne, a szczególnie choroba jaką jest niepłodność, często wykraczają poza granice „standardowej choroby”. Dotyka ona bowiem nie tylko aspektów medycznych, biologicznych, ale też systemu wartości, sfer intymnych i prywatnych, norm moralnych i etycznych. Leczenie jest procesem długotrwałym, zmiennym w swym przebiegu i o niejasnych rokowaniach, obciążonym także wysokimi kosztami finansowymi.

W Polsce ze względu na uwarunkowania kulturowo-religijne, płodność i rodzicielstwo mają deklaratorywnie wysoką wartość. Nieemożność posiadania dzieci jest traktowana jako opresyjne doświadczenie powodujące dyskomfort jednostki bądź problem parterów pozostających w bezdzietnych związkach. Wymagania społeczne stawiane rodzicom są wysokie, a brak dzieci spostrzegany w kategoriach ułomności – emocjonalnej bądź somatycznej. Sytuacji bezdzietności, pomimo deklaracji aprobaty, społeczeństwo w pełni nie akceptuje. Stąd pary pozostające bezdzietnymi są zagrożenie stygmatyzacją, bez względu na przyczynę bezdzietności.

Zaburzenia prokreacji to nie tylko problem wielowymiarowy wymagającym kompleksowego rozwiązania. Szacuje się, że około 15-20% niepłodnych par odczuwa ujemne skutki terapii niepłodności i wymaga opieki psychologicznej. Wielu pacjentów nie radzi sobie z długim okresem diagnostyki i długim leczeniem oraz stanem niepewności, co do rokowań. Około 23% przedwcześnie przerywa leczenie ze względu na postrzegany ciężar leczenia. Około 1/3 pacjentów kończy leczenie bez osiągnięcia ciąży lub żywych urodzeń i przejawia trudności adaptacyjne do swoich niespełnionych celów rodzicielstwa. Zwraca się uwagę, że u większość pacjentów można zaobserwować stosunkowo podobny wzorzec zachowań i reakcji emocjonalnych związanych z niepowodzeniami prokreacyjnymi, rozpoznaniem niepłodności i procesem leczenia. Około 20% pacjentów rozwija klinicznie istotne, specyficzne problemy.

Pomoc psychologiczna w obliczu krytycznego wydarzenia związanego z niemożnością zrealizowania funkcji prokreacyjnych lub ich zrealizowania po długim okresie starań powinna być zróżnicowana i zależna od subiektywnej wagi przypisywanej wydarzeniu przez osoby doświadczające trudności i od zaburzeń zachowania

występujących u tych osób.

Mimo pewnych podobieństw i prawidłowości każda reakcja pacjenta czy pary wymaga indywidualnego podejścia uwzględniającego specyfikę sytuacji, wcześniejsze doświadczenia, oczekiwania, jak również cechy osobowości i preferowane sposoby radzenia sobie z problemami.

Niepowodzenia prokreacyjne czyli niemożność urodzenia zdrowego, żywego dziecka, można podzielić na kilka grup:

1. Niepowodzenia ciążowe

(poronienia samoistne, urodzenie martwego dziecka, rozpoznanie wady letalnej płodu rozumianej jako: (1) zaburzenie rozwojowe prowadzące do poronienia samoistnego, porodu niewczesnego lub zgonu wewnątrzmacicznego; (2) zaburzenie rozwojowe prowadzące do przedwczesnej śmierci żywo urodzonego dziecka, bez względu na zastosowane leczenie; (3) zaburzenie rozwojowe zakwalifikowane do przerwania ciąży zgodnie z obowiązującą ustawą). Niepowodzenia ciążowe są nagłym, nieprzewidywalnym wydarzeniem traumatycznym. Niesomatyczne konsekwencje dla obojga partnerów i ich rodzin mogą przejawiać się w postaci trudności na poziomie: emocjonalnym, behawioralnym i poznawczym będących ostrą reakcją na stres i najczęściej mają charakter przemijający. Z reguły doświadczane są jako wydarzenia kryzysowe związane ze stratą, uruchamiają naturalny proces żałoby. Należy jednak zwrócić uwagę, że przedłużające się reakcje na niepowodzenia ciążowe mogą być wskaźnikiem wystąpienia zaburzeń w funkcjonowaniu psychicznym o długofalowych skutkach psychospołecznych oraz pośrednio wpływać na możliwości prokreacyjne partnerów.

2. Niepłodność

Niepłodność zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia to niemożność zajścia w ciążę po roku utrzymywania regularnych stosunków płciowych w celach koncepcyjnych. Niepłodność jest chorobą długotrwałą, zmienną w swym przebiegu i o niepewnych rokowaniach. Jest chorobą nieplanowaną, niepożądaną i niespodziewaną, a rozpoznanie niepłodności może być jednym z najsilniej stresujących wydarzeń życiowych, szczególnie jeżeli posiadanie dziecka dla partnerów stanowi ważny aspekt ich wzajemnych relacji i priorytet w życiu, może być przeżywana jako strata kogoś bliskiego, strata marzeń, wyobrażeń o rodzinie, o dziecku.

Niepłodność dotyka ludzi młodych, aktywnych, potencjalnie zdrowych, którzy nagle stają przed koniecznością zaakceptowania faktu niepełnej sprawności. Ze względu na rozpowszechnienie uznana została przez WHO za chorobę społeczną.

Dotychczasowe badania psychospołeczne przekonująco wykazują występowanie

negatywnych reakcji emocjonalnych na rozpoznanie niepłodności i leczenie oraz ich wpływ na ogólny poziom satysfakcji z życia, dobrostan psychiczny, samoocenę, relacje rodzinne i społeczne, partnerstwo, satysfakcję z życia seksualnego, życie zawodowe, realizację pozaprokreacyjnych planów życiowych, powodzenie i wolę dalszego leczenia, jak również długoterminową satysfakcję po zakończeniu terapii, także w sytuacji, gdy leczenie jest nieskuteczne i osoby pozostają bezdzietne.

Większość pacjentów w trakcie leczenia doświadcza trudności emocjonalnych (m. in. stresu związanego z leczeniem, presją czasu związaną z tzw. „uciekającym czasem” oraz presją społeczną (ze strony rodziny, znajomych), lęku i depresji, zaburzeń adaptacyjnych w różnym stopniu i nasileniu, nie radzi sobie z długim okresem diagnostyki i terapii oraz niepewności rokowania. Utrata kontroli nad prokreacją, niespełnione potrzeby, brak sukcesu terapeutycznego, brak zrozumienia ze strony przyjaciół, rodziny powodują niejednokrotnie narastanie negatywnych emocji.

Czas doświadczania niepłodności modyfikuje nasilenie objawów depresji, której poziom wg badań jest szczególnie wysoki w 2-3 roku doświadczania niepłodności, a szczególnie nasilony w grupie kobiet leczących się od ponad 7 lat (Ramezandeh, 2004). Reakcje mężczyzny na diagnozę niepłodności mogą być równie silne co kobiety, chociaż nie zawsze demonstrowane w sposób jawny. Mężczyźni znacznie rzadziej korzystają z szerszej pomocy społecznej, dlatego też otoczenie wsparciem psychologicznym jest szczególnie ważne dla niepłodnych mężczyzn (Hammarberg i wsp., 2010).

Jedną z metod leczenia niepłodności są metody wspomaganego rozrodu. Propozycja leczenia wspomaganego medycznie niesie ze sobą wiele dylematów natury relacyjnej, emocjonalnej, religijnej i etycznej. Dodatkowo niepewność wzbudza pytanie, jaką ostatecznie postać przybiorą regulacje prawne dotyczące leczenia niepłodności w Polsce. Różne formy prowadzenia debaty publicznej na temat zapłodnienia pozaustrojowego powoduje, że część par nie ujawnia swoich problemów najbliższej rodzinie i otoczeniu w obawie przed ostracyzmem, potępieniem i oceną metody poczęć w kategorii „godne – niegodne”, co dodatkowo nasila poczucie izolacji, niezrozumienia i osamotnienia. Decyzja o poddaniu się leczeniu metodą inseminacji czy in vitro może stanowić źródło stresu i lęku. Inną szczególnie trudną emocjonalnie dla pary kwestią może być dawstwo/biorstwo komórek rozrodczych i nasienia. Jeśli któryś z partnerów nie może być dawcą nasienia lub komórki jajowej, to wówczas problemy emocjonalne mogą ulec znacznemu nasileniu.

Niepłodność jest chorobą szczególną, wiąże się z wieloma dylematami dotyczącymi nie tylko leczenia medycznego, ale także kwestii wyznania i przekonań, poprzez kwestie wartości i potrzeb, do kwestii finansowych. Konsekwencje rozpoznania niepłodności jak

i reakcje na diagnozę oraz proces leczenia zawsze powinna być rozpatrywana w kontekście pary partnerów i wpływu trudności prokreacyjnych na związek (dużą rolę odgrywa tu zdiagnozowana przyczyna niepłodności: czy jest to czynnik żeński, czy męski, czy mieszany, czy też etiologia jest nieznaną, a także czas trwania leczenia), ale też w kontekście indywidualnych reakcji.

3. Bezdzielnosc nieplanowana

Bezdzielnosc, jako nastęstwo niepłodności, ma bardzo głęboki aspekt ludzki i stawia jednostkę w niezwykle trudnej sytuacji psychologicznej. Stres, frustracja, kryzys układu partnerskiego, brak poczucia więzi rodzinnej, problemy w sferze seksualnej, utrata celu aktywnego życia zawodowego, niepokój, stany depresyjne, poczucie utraty sensu życia – są to najczęściej postrzegane konsekwencje przymusowej bezdzielnosci.

4. Osobną grupę stanowią pary, po udanym leczeniu zaburzeń prokreacji

Pomimo odniesionego sukcesu (uzyskania ciąży) wiele par, a zwłaszcza kobiet, doświadcza wysokiego poziomu stresu, lęku o ciążę i zdrowie płodu i zdrowie dziecka po porodzie, jak również o swoją relację z dzieckiem. Może skutkować to wystąpieniem depresji poporodowej lub innych zaburzeń adaptacyjnych, a także wpływać na rozwój relacji z dzieckiem (np. wiązać się z nadopiekuńczością). Wiele obaw przyszłych rodziców, których dziecko zostało poczęte z zastosowaniem metod wspomaganego rozrodu, a w szczególności kiedy zastosowano metody leczenia zmieniające więź genetyczną rodziców i potomstwa, dotyczy przyszłości dziecka, ich własnych relacji z dzieckiem, reakcji rodziny, otoczenia.

Nie ma jednego sposobu radzenia sobie z problemem niemożności zostania rodzicem. Im dłużej trwa, tym ma większy wpływ na coraz większą ilość aspektów życia człowieka.

6. UZASADNIENIE POTRZEBY REALIZACJI ZADANIA

Rodzina i macierzyństwo podlegają szczególnej ochronie Państwa. Wynika to z przepisu art. 71 Konstytucji RP. W związku z tym rolą Państwa jest też podjęcie działań mających na celu zapewnienie możliwie jak najszerszego dostępu do świadczeń medycznych o potwierdzonej skuteczności, przewyższających skutki niepowodzeń prokreacyjnych.: Według szacunków, w Polsce problemy z rozrodem ma ponad milion par rocznie. Nie wszystkie pary szukają pomocy medycznej. Dane polskie i światowe są rozbieżne. Według danych ankietowych, w naszym kraju pomocy szuka około 20% par (na świecie 50%). Jest to i tak relatywnie duża grupa, licząca ponad 200 tys. osób. 1 na 10 osób, pomimo rozpoznania trudności prokreacyjnych, nie podejmuje leczenia medycznego,

najczęściej ze względu na:

- na zastrzeżenia etyczne,
- obawy i brak zainteresowania leczeniem,
- powody osobiste,
- problemy relacyjne,
- problemy finansowe,
- psychologiczny ciężar leczenia.

Szacuje się zaś, że około 15-20% niepłodnych par odczuwa ujemne skutki terapii niepłodności i wymaga opieki psychologicznej. Brak danych ile osób rzeczywiście z tej pomocy korzysta. Zwraca się uwagę, że u większość pacjentów doświadczających niepowodzeń prokreacyjnych można zaobserwować stosunkowo podobny wzorzec zachowań i reakcji emocjonalnych mających charakter trudności adaptacyjnych. Około 20% pacjentów rozwija klinicznie istotne, specyficzne problemy wymagające złożonej interwencji.

Zapewniając opiekę psychospołeczną osobom z zaburzeniami prokreacji jako integralną część leczenia, można zaspokoić wspólne potrzeby większości pacjentów. Kompleksowe wsparcie może sprawić, że cała terapia zaburzeń prokreacji będzie bardziej skuteczna, a więc mniej kosztowna, zarówno w wymiarze finansowym, jak i psychicznym, medycznym.

Zgodnie z podanymi do wiadomości publicznej informacjami w finansowanym przez Ministerstwo Zdrowia *Programie Kompleksowej Ochrony Zdrowia Prokreacyjnego w Polsce w latach 2016-2020* zakłada się szeroką pomoc psychologiczną w procesie diagnozy i proponowanym w Programie schemacie leczenia zaburzeń prokreacji. Jednak mieszkańcy Gdańska mają znacznie utrudnioną możliwość zostania beneficjentami Programu, gdyż wyłonione do realizacji programu ośrodki referencyjne są zlokalizowane poza obszarem województwa pomorskiego. Pomoc psychologiczna wymaga regularnych kontaktów z psychologiem/psychoterapeutą w ramach ustalonego kontraktu terapeutycznego (zazwyczaj raz w tygodniu), a najbliższy ośrodek referencyjny znajduje się w Bydgoszczy.

Obecnie w województwie pomorskim realizowane są programy miejskie zapewniające psychologiczną opiekę okołoporodową (np. Macierzyństwo Krok po Kroku), istnieją miejsca zapewniające wsparcie dla par po stracie dziecka czy rozpoznaniu wady letalnej (np. Hospicjum Perinatalne), a komercyjne kliniki leczenia niepłodności oferują swoim pacjentom w ramach leczenia od jednej do kilku nieodpłatnych konsultacji psychologicznych, co z jednej strony w znacznym stopniu pomaga rozpoznać sytuację psychospołeczną par doświadczających problemów prokreacyjnych, i znacząco wspomaga proces powrotu do zdrowia, z drugiej jednak nie zapewnia kompleksowości i systemowego

wsparcia prokreacji.

Pomoc psychologiczna w Polsce, jest w znacznej mierze usługą komercyjną i wciąż pozostaje poza zasięgiem finansowym wielu par. Może to powodować powstawanie zjawiska nierówności w dostępie do pełnej opieki. Wysoki koszt przedmiotowych usług na rynku komercyjnym czyni świadczenia te niedostępnymi dla dużej grupy potrzebujących par. Pomoc psychologiczna w zaburzeniach prokreacji zwiększa szanse na ciążę (wg badań w leczeniu niepłodności o ok. 30%).

Uzasadnionym działaniem jest zapewnienie równego dostępu wszystkim mieszkańcom Gdańska do usług psychologicznych – dofinansowanie, a tym samym zwiększenie możliwości uzyskania wsparcia psychologicznego parom doświadczającym kryzysu życiowego związanego z niemożnością realizowania funkcji prokreacyjnych.

7. GRUPA DOCELOWA ZADANIA

1) Populacja Programu – dane szacunkowe

Do oszacowań wielkości populacji docelowej kwalifikującej się do programu, wykorzystano szacunki wielkości populacji kobiet w wieku 20-40 r.ż zamieszkałych w Gdańsku (72tys.), dane COBOS z 2016r mówiące że 84% par w wieku produkcyjnym stara się o dziecko oraz dane z badań mówiące, że 92% par starających się o dziecko w ciągu 2 lat osiągnie zamierzony efekt. U 8% par wystąpią trudności prokreacyjne. Z kolei dane WHO i ESHRE szacują, że 15-20% par zmagających się z zaburzeniami zdrowia prokreacyjnego doświadcza trudności emocjonalnych i wymaga specjalistycznej pomocy.

Biorąc pod uwagę powyższe, na podstawie populacji kobiet w wieku 20-40 r.ż. zamieszkałych w Gdańsku (ok.72 tys.) oszacowano liczbę par w populacji gdańskiej kwalifikującą się do uzyskania pomocy psychologicznej - potencjalną populację docelową oszacowano na około 725 par.

2) Kryteria udziału

1. Beneficjentami modułu psychologicznego wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska mogą być wszyscy mieszkańcy Gdańska zmagający się z trudnościami w prokreacji:

- po niepowodzeniach położniczych (poronienia, rozpoznanie wady letalnej płodu, zgony dziecka w okresie płodowym i okołoporodowym)
- z rozpoznaniem niepłodności - na każdym etapie leczenia (w tym także diagnozy), niezależnie od stosownych metod leczenia (Techniki Naturalnej Prokreacji - Naprotechnologia, Metody Wspomagane Rozrodu)

- po zakończonym leczeniu zaburzeń prokreacji niezależnie od uzyskanych efektów
 - przymusowo bezdzietni
2. Pozostający w związku partnerskim/małżeńskim
1. Program skierowany jest przede wszystkim do osób poszukujący pomocy psychologicznej samodzielnie, jak i ze wskazań lekarza - warunkiem koniecznym jest wyrażenie dobrowolnej i świadomej zgody beneficjenta na korzystanie z pomocy psychologicznej.
1. Udział w module psychologicznym nie jest w żadnym stopniu uzależniony od udziału w pozostałych modułach gdańskiego Programu wsparcia prokreacji.
2. **Warunkiem koniecznym kwalifikacji do Programu jest w dniu kwalifikacji zamieszkanie na terenie Gdańska.**

3) Sposób rekrutacji - tryb zapraszania do programu

W ramach akcji informacyjnej podjęte zostaną przez organizatora programu działania mające na celu dotarcie z właściwą informacją na temat programu do potencjalnych pacjentów poprzez informacje w:

- lokalnej prasie,
- lokalnych stacjach radiowych,
- internecie (strona Urzędu Miasta Gdańska), portalach społecznościowych

Rekrutacja pacjentów będzie prowadzona w lokalizacji realizatorów Programu. Realizator Programu ustala we własnym zakresie sposób rekrutacji.

Tryb zapraszania do Programu powinien być jasno określony (sposób kwalifikacji, wymagane dokumenty, sposób rejestracji, forma kontaktu – telefoniczna, mailowa). Ze względu na specyfikę kliniczną problemu realizator powinien zapewnić możliwość uzyskania świadczenia w trybie pilnym.

Informacja o realizowaniu modułu psychologicznego Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska powinna być dostępna na stronach internetowych oraz w lokalizacji realizatora Programu.

8. ZAKŁADANE CELE ZADANIA

CELE:

- Nadrzędnym celem Programu jest zwiększenie dostępu dla mieszkańców Gdańska zmagających się z problemami zdrowia prokreacyjnego do świadczeń psychologicznych.
- Osiągnięcie korzystnych trendów demograficznych oraz zminimalizowanie

niekorzystnych skutków społecznych przymusowej bezdzietności

CELE SZCZEGÓŁOWE PROGRAMU:

Cele szczegółowe Programu sformułowano zgodnie z koncepcją SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound). Cele powinny być:

- sprecyzowane,
- mierzalne,
- osiągalne,
- istotne dla chorego,
- zaplanowane w czasie.

Zgodnie z powyższą koncepcją cele szczegółowe zdefiniowano jako:

- zapewnienie mieszkańcom Gdańska dostępu do kompleksowego leczenia niepowodzeń prokreacyjnych obejmujących oprócz procedur medycznych, usługi psychologiczne.
- eliminowanie lub ograniczenie psychicznych i społecznych skutków długoterminowej utrudnionej prokreacji, (zmniejszenie odsetka osób doświadczających zaburzeń psychicznych związanych ze stresem lub problemami adaptacyjnymi, prewencja wykluczenia społecznego, prewencja zaburzeń psychicznych okołoporodowych, prewencja psychospołecznych skutków wymuszonej bezdzietności),
- zwiększenie skuteczności terapii medycznej ,
- poprawa jakości życia i funkcjonowania społecznego par doświadczających problemów z prokreacją
- obniżenie odsetka par przerywających leczenie z powodów psychospołecznych
- obniżenie kosztów ponoszonych przez pacjentów,

9. OCZEKIWANE EFEKTY

Do spodziewanych efektów programu należy eliminowanie bądź ograniczenie somatycznych, psychicznych i społecznych skutków zaburzeń zdrowia prokreacyjnego wśród mieszkańców Gdańska, pośrednio zwiększenie odsetka osób podejmujących leczenie zaburzeń prokreacji, a w efekcie zmniejszenie odsetka par bezdzietnych w populacji Gdańska.

10. OPIS DZIAŁAŃ - Organizacja programu

Zagrożenie dla zdrowia psychicznego zachodzi wszędzie tam, gdzie występuje załamanie zdolności adaptacyjnych jednostki. W każdej z takich sytuacji niezbędna jest pomoc psychologiczna świadczona przez psychologa.

Nieemożność realizowania funkcji prokreacyjnych przez jednostkę/parę może wymagać interwencji psychologicznych.

Program wsparcia prokreacji mieszkańców Gdańska, w ramach modułu psychologicznego, obejmuje finansowanie różnych form wsparcia i opieki psychologicznej dla par/kobiet/mężczyzn przeżywających niepowodzenia prokreacyjne.

Zakłada się indywidualizowany dobór form oddziaływań psychologicznych, zależny przede wszystkim od aktualnego etapu starań o potomstwo, subiektywnej wagi przypisywanej wydarzeniu kryzysowemu, sytuacji psychospołecznej danej pary, indywidualnych doświadczeń, zgłaszanego problemu, potrzeb, aktualnego stanu emocjonalnego, nasilenia przeżywanego stresu i metod radzenia sobie, dynamiki reakcji pacjenta/pary na sytuację niepowodzeń ciążyowych/ diagnozę niepłodności i proponowane formy leczenia. Możliwość korzystania z pomocy psychologicznej powinna być wieloaspektowa i jeżeli będzie taka konieczność, to długoterminowa. Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Reprodukcyjnego Człowieka i Embriologii (ESHRE) postępowanie psychoterapeutyczne winno stanowić integralny aspekt postępowania leczniczego w sytuacji zaburzeń prokreacji. W Polsce nie ma jednoznacznie określonych algorytmów postępowania w zakresie zdrowia psychicznego w przypadku diagnozy zaburzeń prokreacji. Procedury postępowania opierają się na rekomendacjach ESHRE, Kodeksie Etyki Psychologów oraz zasadach obowiązujących w psychoterapii.

Psychologiczne świadczenia zdrowotne powinny być dostępne dla każdego beneficjenta Programu bez konieczności uzyskania skierowania od lekarza. Warunkiem podstawowym do wykonania psychologicznego świadczenia zdrowotnego jest dobrowolna zgoda pacjenta na poddanie się oddziaływaniom psychologicznym, np. konsultacji. Pacjent powinien być poinformowany o celu oddziaływań psychologa (np. diagnozy) i zapoznany z jej końcowym rezultatem. **Z opieki psychologicznej pacjenci powinni mieć możliwość skorzystania przez cały okres zmagania się z problemem zdrowia prokreacyjnego: od momentu doświadczenia pierwszych niepowodzeń położniczych do roku po podjęciu decyzji o zakończeniu starań, niezależnie czy ciąża kliniczna została osiągnięta czy nie.**

Przy planowaniu działań psychologicznych dla osób długo starających się o potomstwo należy wziąć pod uwagę, że są to oddziaływania skierowane przede wszystkim

do osób zdrowych, ale przeżywających kryzys życiowy, trudności przystosowawcze lub borykających się z innymi problemami wynikającymi z aktualnej sytuacji życiowej – niepowodzeń prokreacyjnych.

Wczesne rozpoznanie czynników ryzyka powstania problemów psychologicznych i wdrożenie odpowiednich metod zaradczych i profilaktycznych może znacząco poprawić kondycję psychofizyczną pacjentów i sprzyjać pozytywnym rezultatom leczenia i realizowania funkcji prokreacyjnych. Pomoc psychologiczna w obliczu krytycznego wydarzenia związanego z niemożnością zrealizowania funkcji prokreacyjnych lub ich zrealizowania po długim okresie starań powinna być zróżnicowana i zależna od subiektywnej wagi przypisywanej wydarzeniu przez osoby doświadczające trudności i od zaburzeń zachowania występujących u tych osób.

Mimo pewnych podobieństw i prawidłowości każda reakcja pacjenta czy pary wymaga indywidualnego podejścia.

Celem pomocy psychologicznej jest stworzenie warunków do:

- właściwej oceny stanu emocjonalnego partnerów i rozpoznanie czynników ryzyka,
- poprawy funkcjonowania psychicznego pacjentów,
- odzyskania przez pacjentów równowagi emocjonalnej, odzyskania przekonania o możliwości wpływu na własne życie i poszukiwania potrzebnych do tego umiejętności,
- odzyskania możliwości korzystania ze wsparcia społecznego, wsparcia bliskich, co przyczynia się do złagodzenia skutków niepowodzeń prokreacyjnych,
- radzenia sobie z emocjami i trudną psychologicznie sytuacją
- zwiększenie możliwości realizowania pozaprokreacyjnych planów i zadań
- wsparcie i pomoc w podejmowaniu dalszych decyzji odnośnie kontynuacji leczenia (czy i jak długo) lub zaprzestania dalszych starań
- jeżeli para podejmie decyzję o bezdzietności, wówczas szczególnie ważne jest wsparcie i rozbudzenie motywacji do poszukiwania i budowania celów na przyszłość oraz aktywizacji w często zaniedbywanych- w wyniku długotrwałego leczenia- obszarach życia.
- konsultacje psychologiczne dotyczące adopcji
- pomoc psychologiczna po leczeniu zakończonym sukcesem (uzyskaniem ciąży) może zwiększyć możliwości radzenia sobie ze stresem, lękiem i obawami przed utratą ciąży szczególnie kiedy wcześniej para doświadczyła straty nienarodzonego dziecka, zapobiec depresji poporodowej, a także wspierać proces przygotowania się do zmieniającej się sytuacji życiowej (budowanie pozytywnych więzi z poczętym dzieckiem, wzmocnienie kompetencji do podjęcia roli rodzicielskiej), szczególnie, kiedy zastosowano metody

leczenia zmieniającą więź genetyczną rodziców i potomstwa oraz przeciwdziałanie nadopiekuńczości wobec potomka poczętego z zastosowaniem metod wspomaganego rozrodu).

Proponowane formy psychologicznych świadczeń zdrowotnych:

Porada psychologiczna (kod 94.49 *)

Porada psychologiczna jest specjalistycznym świadczeniem zdrowotnym nastawionym na rozwiązanie zgłaszanego przez pacjenta problemu. Czas trwania : 60 minut

Porada obejmuje:

- wstępną rozmowę
- wywiad i obserwacje,
- określenie problemu, zaplanowaniu konkretnych, realistycznych działań i sposobu ich realizacji, określenia możliwości psychologicznych pacjenta do osiągnięcia celu.
- zakończenie kontaktu poprzez przekazanie psychologicznych obserwacji i wyjaśnień lub/i skierowanie do odpowiedniej dla niego formy leczenia.

Wczesne rozwiązywanie problemów poprzez porady, zapobiega zaostrzeniu się stanu psychicznego i rozwojowi niekorzystnych zmian psychicznych.

**według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych*

Konsultacja psychologiczna (kod 94.09)

Konsultacja psychologiczna jest psychologicznym świadczeniem zdrowotnym, które dotyczy badania stanu psychicznego pacjenta metodami psychologii klinicznej. **Celem jest** rozpoznanie potrzeb pacjenta i zrozumienie natury zgłaszanych problemów. Zakończeniem konsultacji jest rekomendacja dotycząca dalszego postępowania – jakie formy pomocy psychologicznej mogą okazać się skuteczne w konkretnym przypadku.

Podczas konsultacji może okazać się, że konieczne jest skierowanie do innego specjalisty np. psychiatry lub lekarza innej specjalizacji. Zwykle aby ustalić optymalną dla danej osoby formę współpracy, wystarczy jedno spotkanie, choć zdarza się, że potrzebne są 2-3 wizyty.

Czas trwania: minimum 90 minut

Terapia psychologiczna

Terapia psychologiczna jest specjalistycznym świadczeniem zdrowotnym udzielanym przez psychologa, której celem jest osiągnięcie przez pacjenta optymalnego poziomu funkcjonowania. Może mieć charakter indywidualny bądź grupowy. Obejmuje złożony proces różnorodnych oddziaływań psychologicznych, nastawiony na pomoc osobie w:

- zrozumieniu i akceptacji sytuacji w jej aktualnej, zmieniającej się postaci,
- wytwarzaniu właściwej motywacji do różnych form aktywności,

- dokonywaniu niezbędnych na skutek zaistniałej sytuacji zmian w funkcjonowaniu społecznym,
- akceptacji życia z dysfunkcją,
- utrzymaniu i rozwijaniu kontaktów społecznych.

Terapię psychologiczną zwykle winna poprzedzać porada psychologiczna i/lub konsultacja psychologiczna. Terapia psychologiczna jest podstawową, zwyczajowo pierwszą formą pomocy psychologicznej. Może poprzedzać psychoterapię. Terapia psychologiczna może być zakończona orzeczeniem o konieczności dalszych oddziaływań psychologicznych, bądź o ich zakończeniu.

Czas trwania - 1 sesja 60 minut.

Terapia psychologiczna może być:

- krótkoterminowa od 2 do 6 spotkań, częstotliwość: 1-2 razy w tygodniu.
- długoterminowa - do 26 tygodni

O przedłużeniu terapii lub zaleceniu ponownej serii spotkań decyduje psycholog prowadzący.

Psychologiczna interwencja w kryzysie

Specjalistyczne świadczenie zdrowotne polegające na udzielaniu pomocy w psychologicznym kryzysie rozumianym jako przejściowe załamanie się mechanizmów adaptacyjnych wywołane nagłym nieprzewidywalnym wydarzeniem (np. poronienie, urodzenie martwego dziecka, rozpoznanie wady letalnej płodu, diagnoza niepłodności). W stanie ostrego kryzysu potrzebna jest natychmiastowa, dyrektywna pomoc trwająca aż do ustąpienia objawów.

Czas interwencji kryzysowej : 180-300 min. lub od 3 do 6 spotkań

Psychoterapia

Jeśli psychologiczne skutki niepowodzeń prokreacyjnych utrwaliły się na tyle, że stały się jednym z czynników sprzyjających utrzymywaniu się symptomów zaburzeń zdrowia psychicznego, to metodą z wyboru jest psychoterapia:

Psychoterapia indywidualna (kod 94.3) –to specjalistyczne świadczenie zdrowotne nastawione na przepracowanie podstawowych problemów i trudności pacjenta. Czas trwania jednej sesji : 60 minut. Czas trwania terapii: krótkoterminowa - do 20 sesji, długoterminowa - do 120 sesji.

Psychoterapia podtrzymująca (kod 94.38) - indywidualna oferowana dla pacjentów, którzy skorzystali w poprzednim leczeniu z psychoterapii, ale w związku z utrzymującymi się jeszcze trudnościami lub /i/ symptomami wymagają profesjonalnego wsparcia, aby móc wprowadzić w życie i utrzymać korzyści wyniesione z leczenia. Czas trwania terapii - 10-12 sesji w okresie 6 miesięcy.

Psychoterapia pary (94.4)- specjalistyczne psychologiczne świadczenie zdrowotne dotyczące przepracowania problemów pary małżeńskiej/partnerskiej.
Może być prowadzona przez jednego bądź dwóch psychoterapeutów.
Czas trwania jednej sesji - 60-90 minut , czas trwania terapii : 10 sesji.

O przedłużeniu każdej formy psychoterapii lub zaleceniu ponownej serii spotkań decyduje psychoterapeuta prowadzący pacjenta.

Wsparcie w żałobie i stracie

Żałoba to stan nie wymagający interwencji specjalistycznej – osoby doświadczające niepowikłanej żałoby potrzebują pomocy i wsparcia głównie ze strony bliskich i przyjaciół czy (w przypadku wierzących) osób duchownych. W przypadku braku powyższych źródeł wsparcia lub w przypadku żałoby w przebiegu szczególnie traumatycznych utrat pomocny może być udział w odpowiednich grupach wsparcia (np. dla osób, które utraciły dziecko) lub indywidualna pomoc psychologa.

U części osób doświadczających utraty, straty, żałoba może przebiegać w sposób powikłany lub powodować rozwój epizodu depresyjnego, z którym wiążą się takie same zagrożenia, jak z depresją niezwiązaną z żałobą. Sytuacja taka wymaga wówczas specjalistycznego, zindywidualizowanego postępowania, często różnicowej diagnozy psychiatrycznej.

Psychoedukacja i psychoprophylaktyka zdrowia prokreacyjnego

(jako osobna forma oddziaływań psychologicznych lub jako element porady, terapii czy psychoterapii). Polega na przekazywaniu zgodnych z najnowszą wiedzą informacji i wiedzy psychologicznej, dotyczące sytuacji, w której się osoba/para znalazł/a i/lub możliwych konsekwencji psychospołecznych związanych z niemożnością zostania rodzicem. W ramach psychoedukacji należy zapewnić wsparcie informacyjne w postaci możliwości konsultacji ze specjalistami innych specjalności (np. dietetyk, psychiatra, androlog, ginekolog, seksuolog). Psychoedukacja może mieć charakter indywidualny lub grupowy (grupy psychoedukacyjne).

Psychoprophylaktyka zdrowia prokreacyjnego (może mieć charakter indywidualny i być częścią poradnictwa lub psychoterapii, może też mieć charakter grupowy)

Treningi kompetencji osobistych (np. radzenia sobie ze stresem, z napięciem psychofizycznym – treningi relaksacyjne, trening komunikacji, trening kompetencji rodzicielskich – jako osobne formy oddziaływań psychologicznych, lub element poradnictwa, terapii psychologicznej).

11. ZASOBY KONIECZNE DO REALIZACJI ZADANIA

1) Warunki niezbędne do realizacji Programu

Świadczenie usług psychologicznych gwarantowanych w Programie może być realizowane w lecznictwie otwartym, zamkniętym (np. szpital) i formach pośrednich. Psychologiczne świadczenie zdrowotne powinno być wykonywane w samodzielnym pomieszczeniu zapewniającym dyskrecję, wyposażonym odpowiednio do specyfiki wykonywanych przez psychologa czynności. Miejsce udzielania porad przez psychologa powinno gwarantować klientowi spokój, poczucie bezpieczeństwa i komfort psychiczny. Standard psychologicznego świadczenia zdrowotnego nie ulega zmianie w lecznictwie otwartym, zamkniętym i formach pośrednich. Różnice dotyczyć mogą czasu i intensywności działań psychologa oraz wielości form oddziaływań.

2) Kompetencje psychologów świadczących usługi zdrowotne

1. Wymagania niezbędne i podstawowe:

- dyplom magistra psychologii, optymalnie specjalizacja z psychologii klinicznej
- minimum 3-letnie udokumentowane doświadczenie zawodowe w obszarze psychologii zdrowia, w miarę możliwości w obszarze psychologii prokreacji.
- spełnienie warunków określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. Nr 73, poz. 763) oraz przestrzeganie zasad etyki zawodowej psychologa zgodnie z kodeksem etyczno-zawodowym psychologa.
- świadczenie zdrowotne w formie psychoterapii może być udzielane przez psychologa posiadającego certyfikat lub licencję psychoterapeutyczną. Dopuszcza się także możliwość prowadzenia psychoterapii (pod nadzorem superwizora) przez absolwenta (bez certyfikatu) lub psychologa pozostającego w trakcie szkolenia rekomendowanego przez polskie towarzystwa psychoterapii (m.in. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne) prowadzącego do uzyskania certyfikatu lub licencji psychoterapeuty.

12. SPODZIEWANE REZULTATY, WYNIKAJĄCE Z REALIZACJI ZADANIA

Do spodziewanych efektów programu należy eliminowanie lub ograniczenie psychicznych i społecznych skutków długoterminowej utrudnionej prokreacji, (obniżenie odsetka par bezdzietnych, zmniejszenie odsetka osób doświadczających zaburzeń psychicznych związanych ze stresem lub problemami adaptacyjnymi), poprawa jakości życia par doświadczających problemów z prokreacją.

13. MONITOROWANIE I EWALUACJA ZADANIA

W ramach oceny efektywności programu przewiduje się monitorowanie następujących wskaźników:

- monitorowanie wskaźnika ciężarów klinicznych u osób leczących się z niepłodności i jednocześnie korzystających z usług psychologicznych ,
- monitorowanie liczby pacjentów z zaburzeniami prokreacji decydujących się na korzystanie z usług psychologicznych, z podziałem na:
 - - płeć/pary
 - - doświadczających niepowodzeń ciąży
 - - leczących się z niepłodności
 - - decydujących się na pozostanie bezdzietnymi
 - - pacjentów z uzyskaną ciążą kliniczną po niepowodzeniach prokreacyjnych
- monitorowanie poszczególnych obszarów funkcjonowania psychospołecznego oraz nasilenia objawów psychopatologicznych (depresji, lęku, złości) u par/kobiet/mężczyzn korzystających z modułu psychologicznego za pomocą narzędzi psychometrycznych:
 - - polskiej wersji Kwestionariusza do badania jakości życia osób dotkniętych niepłodnością (FERTIQoL International)
 - Szpitalnej Skali Lęku i Depresji HADS-M (załącznik nr 1).

Do ewaluacji zadania proponuje się użycie wyżej wymienionych kwestionariuszy. Analiza oceny poziomu jakości życia oraz nasilenia objawów psychopatologicznych charakterystycznych dla sytuacji kryzysowych na początku Programu i na zakończenie udziału w Programie będzie miarodajnym wskaźnikiem ewaluacyjnym.

Kwestionariusz FertiQoL International - pierwsze narzędzie opracowane przez międzynarodowy zespół ekspertów we współpracy z Europejskim Towarzystwem Reprodukcyjnym i Embriologii Człowieka (ESHRE) z Amerykańskim Towarzystwem Medycyny Rozwojowej (ASRM) i Merck-Serono SA Genewa-Szwajcaria (Oddział Merck KGaA Darmstadt, Niemcy), które służy do badania wpływu niepłodności na różne obszary życia chorych:

- ogólny stan zdrowia;
- samoocenę;
- emocje;
- partnerstwo;
- relacje rodzinne i społeczne;
- życie zawodowe;
- przyszłe plany życiowe.

Kwestionariusz FertiQoL International składa się z 36 elementów:

- 24 itemów stanowiących jądro FertiQoL odnoszące się do sfery emocjonalnej, sfery ciała i umysłu, sfery relacji małżeńskich/partnerskich i sfery społecznej.
- 10 itemów związanych z leczeniem,
- 2 itemy stanowiące ogólne informacje o stanie zdrowia i zadowolenia z życia, które nie są wliczane do ogólnego wyniku, a jedynie stanowią dodatkową informację.

Szpitalna Skala Lęku i Depresji w wersji zmodyfikowanej HADS-M (Hospital Anxiety and Depression Scale – Modified) R.P. Snaita i A.S. Zigmonda, polska adaptacja K. de Walden-Gałuszko, M. Majkowicz.

Jest to najczęściej stosowana metoda do oceny depresji i lęku. Skala HADS-M zawiera 3 niezależne podskale: depresji, lęku i gniewu, składa się łącznie z 16 pytań.

Pacjenci zakwalifikowani do programu zobligowani będą do udziału w ankietowym badaniu ewaluacyjnym, o czym zostaną poinformowani przez realizatora programu podczas kwalifikacji do programu.

14. KOSZTORYS REALIZACJI ZADANIA

Koszty merytoryczne

Program zakłada pokrycie kosztów świadczeń psychologicznych dla par zakwalifikowanych do Programu

- Ze względu na specyfikę możliwych problemów klinicznych i specyfikę oddziaływań psychologicznych, ilość udzielanych świadczeń jest zależna od zgłaszanego przez beneficjenta problemu i ustalonego podczas konsultacji indywidualnego planu pomocy. Z tego względu nie można jednoznacznie określić sumy przypadającej na jednego beneficjenta.
- Można założyć, że 10 sesji po 60 minut każda pozwala na ustabilizowanie sytuacji

kryzysowej.

- *Podczas konsultacji może okazać się, że konieczne jest skierowanie do innego specjalisty np. psychiatry lub lekarza innej specjalizacji. Program nie zakłada pokrycia kosztów konsultacji specjalistycznych. Pozostają one w gestii pacjentów.*

Szczegółowe koszty poszczególnych etapów programu zostaną przedstawione przez jednostki przystępujące do konkursu ofert i oficjalnie podane na stronach internetowych ośrodka.

Koszt jednego świadczenia psychologicznego (uśredniając cenę jednego świadczenia dostępnego na rynku komercyjnym) wynosi:

świadczenie psychologiczne dla osób indywidualnych 100 PLN/60 minut

świadczenie psychologiczne dla par 120 PLN/ 90 minut

15. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA, PARTNERSTWO

Program będzie finansowany z budżetu miasta Gdańska.

Literatura:

1. E.Bielawska -Batrowicz Psychologia prokreacji jako dziedzina badań i obszar praktycznej działalności psychologa. Przegląd Psychologiczny, 1999, TOM 42, NR 1-2, 221-239
2. Bogusław Włodawiec Raport Z Badań Ewaluacja Programu Rozwoju Osobistego Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 1998
3. Marta Makara-Studzińska, Problemy emocjonalne wśród par leczonych z powodu niepłodności Seksuologia Polska 2012, 10, 1, 28–35
4. ESHRE Psychology and Counselling Guideline Development Group March 2015
5. Jolanta Chanduszko -Salska Znaczenie Pomocy Psychologicznej I Psychoterapii We Wspomaganiu Leczenia Niepłodności Partnerskiej ,Postępy Andrologii Online , 2016, 3,1- 2
6. M. Toeplitz-Winiewskiej (red.) Standardy Psychologicznych Świadczeń Zdrowotnych, Polskie Towarzystwo Psychologiczne
7. Sławomir Wołczyński PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Gdańska w latach 2017 – 2020”
8. Tomasz Dangel Wady letalne u płodów i noworodków, Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci
9. Jerzy Radwan, Sławomir Wołczyński Niepłodność i rozród wspomagany, Termedia 2011