

**Program wsparcia psychologicznego
dla mieszkańców Gminy Miasto Oława
nie mogących zrealizować
planów reprodukcyjnych**

okres realizacji: 1.01.2022 – 31.12.2024

Oława, 2021 r.

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia Programu

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Diagnoza i terapia niepłodności stanowią poważne obciążenie psychiczne i fizyczne dla większości pacjentów, zarówno kobiet, jak i mężczyzn. W szeregu badań stwierdzono, że częstość występowania depresji i lęku u niepłodnych par jest znacznie wyższa niż u osób z grupy kontrolnej (Doyle M., Carballedo A., *Infertility and mental health*, 2018).

Niepłodność może wywołać stres, stany obniżonego nastroju, obniżone poczucie własnej wartości. W konsekwencji może to powodować zaburzenia gospodarki hormonalnej, wpływając bezpośrednio na szanse zajścia w ciążę i powodzenie leczenia niepłodności (Dembińska A., *Rola personelu medycznego we wsparciu kobiet poddawanych leczeniu niepłodności*, 2012.).

Pary dotknięte niepłodnością znacznie częściej doświadczają depresji - zmagają się z nią aż 17% niepłodnych kobiet. Inne badania wskazują, że częstość występowania depresji u niepłodnych par jest znacznie wyższa niż u osób z grupy kontrolnej, przy czym szacunki częstości występowania dużej depresji mieszczą się w zakresie 15–54% (Downey 1989; Fassino 2002; Chen 2004) (Doyle M., Carballedo A., *Infertility and mental health*, 2018.).

Wykazano również, że lęk u niepłodnych par jest istotnie wyższy niż w populacji ogólnej: 8–28% par niepłodnych zgłasza klinicznie istotny lęk, a zespół lęku uogólnionego jest najczęściej rozpoznawanym zaburzeniem lękowym (Anderson 2003; Chen 2004) (Doyle M., Carballedo A., *Infertility and mental health*, 2018). Z kolei badanie przeprowadzone na grupie 110 polskich pacjentów zmagających się z niepłodnością w latach 2009-2010 wykazało objawy lekkiej depresji u 24,2% badanych kobiet oraz u 6,7% badanych mężczyzn (Makara-Studzińska M., Wdowiak A., Bakalczuk G., Bakalczuk Sz., Kryś K. *Problemy emocjonalne wśród par leczonych z powodu niepłodności*, 2012).

Niepłodni doświadczają ponadto zaburzeń nerwicowych prowadzących do obniżenia jakości życia oraz zmniejszenia produktywności zawodowej i zaburzeń relacji społecznych. Pary niepłodne są zagrożone rozpadem związku lub rozwodem w wyższym stopniu w porównaniu do rodzin dzietnych. Niepłodność może być też traktowana jako sytuacja stresowa o charakterze kryzysu, która objawia się nasilonymi emocjami takimi jak lęk, smutek, napięcie, rozdrażnienie i złość (Dembińska A., *Rola personelu medycznego we wsparciu kobiet poddawanych leczeniu niepłodności*, 2012). Nawet wtedy, gdy leczenie kończy się sukcesem, wielu pacjentów w dalszym ciągu doświadcza wysokiego poziomu lęku o ciążę i zdrowie płodu (ESHRE Psychology and Counselling Guideline Development Group, 2015).

Niepłodność, terapia niepłodności oraz zaburzenia psychiczne są ze sobą powiązane w bardzo złożony sposób w zakresie wzajemnych uwarunkowań etiopatogenetycznych. Obecność zaburzeń psychicznych może wpływać na płodność, natomiast diagnoza niepłodności może warunkować rozwój zaburzeń psychicznych związanych ze stresem lub problemami adaptacyjnymi. (Holka-Pokorska J., Jarema M., Wichniak A., *Kliniczne uwarunkowania zaburzeń psychicznych występujących w przebiegu terapii niepłodności*, 2015).

Badania wykazują, że, około 40% niepłodnych pacjentów odczuwa potrzebę kontaktu z psychologiem (Bidzan M. *Psychologiczne aspekty niepłodności*, 2006), jednak tylko 20% chorych poszukuje pomocy specjalistycznej (ESHRE Psychology and Counselling Guideline Development Group, 2015).

I.2. Dane epidemiologiczne

Niepłodność to niemożność zajścia w ciążę po roku utrzymywania regularnych stosunków płciowych bez użycia środków antykoncepcyjnych. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wskazała, że doświadcza jej 8–12% par na całym świecie. Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE) szacuje, że niepłodność dotyczy nawet 1,5 mln polskich par, co stanowi około 20% społeczeństwa w wieku reprodukcyjnym.

Odnosząc te dane do populacji Oławy można oszacować, że niepłodność dotyka około 1 300 zamieszkujących ją par. Zgodnie ze statystykami 12% z nich rozpocznie leczenie w danym roku, a dla 2% z nich jedyną szansą na biologiczne rodzicielstwo będzie leczenie przy zastosowaniu metod medycznie wspomaganą reprodukcji - in vitro.

Według danych zawartych w mapach potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu moczowo-płciowego kobiet oraz nienowotworowych chorób układu płciowego mężczyzn dla województwa dolnośląskiego, w 2016 roku w województwie tym zapadalność na niepłodność męską wyniosła 136 osób (4,7 os /100 000 mieszkańców) a chorobowość rejestrowana na dzień 31 grudnia 2016 r. obliczono na 1475 osób (50,8 os / 100 000 mieszkańców). Za chorych w tym dniu uznano wszystkich pacjentów zaklasyfikowanych jako nowe przypadki zachorowania w publicznym systemie opieki zdrowotnej od 2009 roku, i którzy nie zmarli do 31.12.2016.

Wskaźnik zapadalności rejestrowanej w odniesieniu do zaburzeń płodności u kobiet w województwie dolnośląskim wyniósł w 2016 roku 1937 osób (66,7 os./100 000 mieszkańców). Chorobowość rejestrowana na dzień 31 grudnia 2016 r wynosiła 18,7 tys (643,5 os/100 000 mieszkańców). Za chorych w tym dniu uznano wszystkich pacjentów zaklasyfikowanych jako nowe przypadki zachorowania w publicznym systemie opieki zdrowotnej od 2009 roku, którzy nie zmarli do 31.12.2016.

W 2016 roku w województwie dolnośląskim odnotowano 0,85 tys. hospitalizacji kobiet z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako zaburzenia płodności.

Należy podkreślić, że dane uwzględnione w mapach potrzeb zdrowotnych obejmują jedynie świadczenia realizowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z czym - z uwagi na brak kompleksowej refundacji diagnostyki i leczenia niepłodności, w tym brak finansowania leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego - nie obrazują rzeczywistych potrzeb w zakresie leczenia niepłodności dla regionu. Należy również zwrócić uwagę na różnicę pomiędzy zapadalnością i zachorowalnością kobiet i mężczyzn leczących się z uwagi na niepłodność. Badania naukowe dowodzą, że przyczyny niepłodności diagnozowane są równie często u mężczyzn i u kobiet. Tymczasem z analizy danych map potrzeb zdrowotnych wynika, że stosunek chorobowości rejestrowanej mężczyzn do chorobowości rejestrowanej kobiet w województwie dolnośląskim wynosi 1:13.

I.3. Uzasadnienie wprowadzenia Programu

European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) w dokumencie: “Zalecane postępowanie terapeutyczne w rozrodzie wspomaganym” dowodzi, że niezamierzona bezdzietność może stanowić poważne obciążenie psychiczne. W dokumencie wskazano, że pacjentom należy zaproponować poradnictwo dotyczące wszystkich problemów medycznych, psychologicznych i społecznych. Poradnictwo to powinno stanowić integralną część programu działania każdego ośrodka i powinno być prowadzone przez lekarzy, pielęgniarki lub specjalnie przeszkolone w tym

celu osoby. Poradnictwo powinno być przeprowadzone przed, podczas lub po przeprowadzeniu badania i leczenia, bez względu na wynik terapii, a pacjenci powinni zostać poinformowani, że stres może negatywnie wpływać na życie seksualne i trwałość związku.

W związku z dużym znaczeniem wsparcia psychologicznego w sytuacji niezamierzonej bezdzietności ESHRE przygotowało również rekomendacje, będące swoistym przewodnikiem dla personelu klinik zajmujących się terapią niepłodności: "Opieka psychospołeczna w przypadku niepłodności i rozrodu wspomaganego medycznie". W opracowaniu jednoznacznie wskazuje się na konieczność wsparcia psychologicznego osób dotkniętych niezamierzoną bezdzietnością.

II. Cele programu wsparcia psychologicznego i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

- Profilaktyka zdrowia psychicznego osób/par niezamierzenie bezdzietnych poprzez zapewnienie dostępu do opieki psychologicznej 31 parom/osobom rocznie zamieszkałym w Oławie, które nie mogą spontanicznie zrealizować planów reprodukcyjnych.

II.2. Cele szczegółowe

- Wstępna diagnoza stanu psychicznego osób/par zakwalifikowanych i konsultowanych w ramach Programu;
- Analiza potrzeb związanych ze zdrowiem psychicznym osób/par zakwalifikowanych do Programu;
- Podniesienie poziomu poczucia bezpieczeństwa wśród uczestników Programu, poprzez zapewnienie konsultacji psychologicznych.

II.3. Mierniki efektywności realizacji Programu

- Miernikiem dla wstępnej diagnozy stanu psychicznego uczestników programu będzie ilość par, która odbyła pełną, pierwszą konsultację w ramach Programu - wskaźnik minimum 80 % par/osób zakwalifikowanych do Programu;
- Miernikiem dla analizy potrzeb związanych ze zdrowiem psychicznym uczestników Programu będzie wypracowanie celów krótkoterminowych i/lub planu dalszego postępowania - wskaźnik minimum 50% osób/par zakwalifikowanych do Programu;
- Miernikiem dla podniesienia poziomu bezpieczeństwa pacjentów będzie ilość osób/par, która skorzystała z obu konsultacji gwarantowanych w ramach Programu - wskaźnik minimum 50% par/osób zakwalifikowanych do Programu.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji planowanych w ramach Programu

III.1. Populacja docelowa

Niepłodność dotyka około 1 300 par zamieszkujących miasto Olawa. Zgodnie ze statystykami 12% z nich (156 par) rozpocznie leczenie w danym roku, a dla 2% z nich (26 par) jedyną szansą na biologiczne rodzicielstwo będzie leczenie przy zastosowaniu metod medycznie wspomaganiej reprodukcji - in vitro.

Badania wykazują, że, około 40% niepłodnych pacjentów odczuwa potrzebę kontaktu z psychologiem (Bidzan M. Psychologiczne aspekty niepłodności, 2006), jednak z różnych przyczyn, tylko 20% chorych poszukuje pomocy specjalistycznej (ESHRE Psychology and Counselling Guideline Development Group, 2015).

Mając na uwadze powyższe dane populacja docelowa dla niniejszego Programu to 62 pary lub osoby rocznie (40% z 156 niepłodnych par, które planują rozpocząć starania o ciążę w danym roku).

Mając na uwadze ograniczenia budżetowe miasta Olawa do programu zakwalifikowanych zostanie 31 par rocznie.

III.2. Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Do Programu zostaną zakwalifikowane pary lub osoby niezamierzenie bezdzietne, które spełniają następujące kryteria:

- wiek kobiety i mężczyzny powyżej 24 roku życia (w/g rocznika urodzenia);
- są mieszkańcami Gminy Miasto Olawa.

Kryteria wykluczenia

Z udziału w Programie wykluczone są osoby/pary objęte pomocą psychiatryczną w ramach świadczeń gwarantowanych. W przypadku, kiedy o kwalifikację ubiega się para, czynnikiem wykluczającym jest sytuacja, kiedy oboje partnerów korzysta z opieki psychiatrycznej w ramach świadczeń gwarantowanych.

O kwalifikacji do Programu decyduje kolejność zgłoszeń (w miarę dostępności miejsc), przy jednoczesnym spełnieniu kryteriów włączenia do Programu oraz braku kryteriów wykluczających.

III.3. Planowane interwencje

W ramach programu przewiduje się finansowanie dwóch konsultacji psychologicznych dla par/osób zmagających się z niezamierzoną bezdzietnością w sytuacji:

- długotrwałych, nieskutecznych, spontanicznych starań o ciążę;
- w trakcie diagnostyki niepłodności;
- w trakcie leczenia niepłodności;
- po poronieniu lub stracie dziecka;
- rozważających adopcję lub rodzicielstwo zastępcze;
- chcących zaakceptować niezamierzoną bezdzietność.

Podczas pierwszej konsultacji powinna zostać przeprowadzona wstępna diagnostyka stanu psychicznego pacjentów. Wybór metody (np. test, rozmowa/wywiad strukturyzowany) powinien zostać dobrany przez psychologa do indywidualnych potrzeb Pacjentów.

Podczas drugiej konsultacji Pacjenci wraz z psychologiem starają się określić własne potrzeby, rozpoznawać niepokojące symptomy oraz nakreślić cele krótkoterminowe i plan dalszego postępowania.

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu

Realizator Programu zapewni dostęp do świadczeń finansowanych w ramach niniejszego Programu przez 5 dni w tygodniu. Realizator Programu ma obowiązek zapewnić uczestnikom Programu możliwość rejestracji telefonicznej i elektronicznej. Pacjenci będący uczestnikami niniejszego Programu mają prawo do skorzystania z dwóch bezpłatnych konsultacji psychologicznych.

III.5. Sposób zakończenia udziału w Programie

Uczestnicy Programu mają prawo do rezygnacji z uczestnictwa w Programie na każdym jego etapie, bez podania przyczyn i bez ponoszenia jakichkolwiek konsekwencji, w tym konsekwencji finansowych.

Koszty ewentualnych, kolejnych konsultacji psychologicznych pozostają kosztami własnymi pacjentów.

IV. Organizacja Programu wsparcia psychologicznego

IV.1. Etapy Programu i działania podejmowane w ramach etapów

1. Wybór Realizatorów Programu w drodze konkursu ofert, zgodnie z art. 48b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Przeprowadzenie akcji informacyjnej na temat niniejszego Programu. Akcja będzie prowadzona przez pracowników Urzędu Miejskiego, w ramach ich obowiązków służbowych. Informacje o Programie zostaną umieszczone na stronie internetowej miasta i będą rozpowszechniane w miejskich mediach społecznościowych.
3. Kwalifikacja do Programu – zgodnie z pkt III.2. niniejszego Programu oraz realizacja świadczeń przewidzianych w Programie.

Program umożliwi zakwalifikowanym parom lub osobom dwie bezpłatne konsultacje psychologiczne.

IV.2. Warunki realizacji Programu

Konsultacje psychologiczne gwarantowane w Programie powinny być prowadzone poza ośrodkami leczenia niepłodności, w zakładach opieki zdrowotnej lub gabinetach w ramach indywidualnej praktyki. Realizatorzy Programu zostaną wyłonieni w konkursie otwartym.

Od Realizatorów wymaga się:

1. Osoba prowadząca konsultacje psychologiczne powinna posiadać ukończone studia magisterskie, ze specjalnością psychologii klinicznej lub psychologii zdrowia, oraz w miarę możliwości specjalizację kliniczną.
2. Powinna spełniać warunki określone w ustawie z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2019 r. poz. 1026.) oraz przestrzegać zasad etyki zawodowej psychologa zgodnie z kodeksem etyczno-zawodowym psychologa.
3. Powinna posiadać udokumentowane, minimum 3 letnie doświadczenie praktyczne w pracy psychologiczno-terapeutycznej w obszarze psychologii zdrowia, oraz w miarę możliwości

doświadczenie w pracy z pacjentami zmagającymi się z niepłodnością.

4. Osoba prowadząca konsultacje w ramach Programu jest zobowiązana do przekazania Organizatorowi zanonimizowanych, sumarycznych danych umożliwiających monitoring i ewaluację Programu, w tym:
 - ilość osób/par, która przystąpiła do pierwszej i drugiej konsultacji;
 - ilość osób/par, u których dokonano wstępnej diagnozy stanu zdrowia psychicznego;
 - ilość osób/par, dla których określono krótkoterminowe cele i/lub plan dalszego postępowania.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji Programu

V.1. Monitorowanie

W ramach monitorowania Programu co kwartał będzie dokonywana:

- ocena zgłaszalności do Programu, w tym monitoring:

- liczby zgłoszonych do Programu par/osób;
- liczby przeprowadzonych konsultacji psychologicznych;

- ocena jakości i efektywności świadczeń w Programie w tym monitoring;

- ilości par/osób przystępujących do drugiej konsultacji psychologicznej;
- przyczyn rezygnacji z drugiej konsultacji psychologicznej;
- poziomu satysfakcji uczestników Programu (ankieta, załącznik nr 1).

Powyższe wskaźniki mogą zostać wykorzystane podczas ewaluacji Programu.

V.2. Ewaluacja

Ewaluacja zostanie przeprowadzona po zakończeniu realizacji Programu (załącznik nr 2). Przedmiotem ewaluacji będą:

- zgłaszalność do Programu;
- jakość świadczeń wykonywanych w ramach Programu;

- analiza przyczyn rezygnacji par/osób ze świadczeń gwarantowanych w ramach Programu.

VI. Budżet Programu wsparcia psychologicznego

VI.1. Koszty jednostkowe

Analiza cenników dostępnych na stronach internetowych ośrodków leczenia niepłodności oraz innych podmiotów oferujących konsultacje psychologiczne osób dotkniętych niepłodnością pozwala oszacować, że koszt konsultacji psychologicznej gwarantowanej niniejszym Programem wynosi od 120 do 180 zł. Uśredniając powyższe, koszt konsultacji psychologicznej w ramach niniejszego Programu wyceniono na 150 zł.

W ramach niniejszego Programu uczestnikom przysługuje możliwość skorzystania z dwóch, bezpłatnych konsultacji psychologicznych. Koszty ewentualnych, kolejnych konsultacji pozostają kosztami własnymi pacjentów.

Akcja informacyjna oraz monitoring i ewaluacja Programu zostaną przeprowadzone przez wyznaczonych pracowników Urzędu Miasta Olawa, w ramach ich obowiązków służbowych i nie generują konieczności zarezerwowania dodatkowych środków w budżecie Programu.

VI.2. Koszty całkowite

Koszt interwencji przewidzianych w Programie wyniesie 9 300 zł. rocznie (sfinansowanie dwóch konsultacji psychologicznych 31 par/osobom - 31 x 300 zł).

Całkowity koszt realizacji Programu w latach 2022-2024 wyniesie 27 900 zł.

VI.3. Źródła finansowania

Program zostanie w całości sfinansowany z budżetu Olawy.

Opracowano na podstawie:

1. Bidzan M., Psychologiczne aspekty niepłodności, Kraków, Oficyna Wyd. „Impuls”; 2006
2. Boivin, J, Takefman, J, Braverman, A. (2011). Opracowanie i wstępna walidacja narzędzia do oceny jakości życia płodności (FertiQoL). Human Reproduction, 26 (8), 2084–2091
3. Dembińska A., Rola personelu medycznego we wsparciu kobiet poddawanych leczeniu niepłodności, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2012, Tom 18, Nr 4, 366-370
4. Doyle M., Carballedo A., Infertility and mental health, Cambridge University Press: 02 January 2018
5. Holka-Pokorska J., Jarema M., Wichniak A., Kliniczne uwarunkowania zaburzeń psychicznych występujących w przebiegu terapii niepłodności, Psychiatria Polska 2015; 49(5): 965–982
6. Makara-Studzińska M., Wdowiak A., Bakalczuk G., Bakalczuk Sz., Kryś K. Problemy emocjonalne wśród par leczonych z powodu niepłodności, Seksuologia Polska 2012, 10, 1, 28–35
7. Program wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska
8. Program wsparcia psychologicznego dla mieszkańców gminy Świebodzin nie mogących zrealizować planów reprodukcyjnych
9. Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – A guide for fertility staff, ESHRE Psychology and Counselling Guideline Development Group, March 2015
10. Ustawa o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów z dnia 8 czerwca 2001 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1026.)
11. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285)
12. <http://www.ptmrie.org.pl/pliki/akty-prawne-i-rekomendacje/rekomendacje/algorytmy-w-nieplodnosci-2011-06-06.pdf>
13. <http://ptmrie.org.pl/pliki/akty-prawne-i-rekomendacje/rekomendacje/rekomendacje%20SPiN%20i%20PTMR%202012%20rok.PDF>
14. <http://www.ptmrie.org.pl/pliki/akty-prawne-i-rekomendacje/stanowiska/zalecane-postepowanie-terapeutyczne-w-rozrodzie-wspomagany.pdf>

Przewodniczący Rady Miejskiej w Oławie

/-/ Krzysztof Mazurek