

Katarzyna Walentynowicz-Moryl*

TAJEMNICE KOBIECEGO CIAŁA. DOŚWIADCZENIA KOBIEC ZMAGAJĄCYCH SIĘ Z NIEPŁODNOŚCIĄ NIEZNANEGO POCHODZENIA

Współcześnie, dzięki ciągle rozwijającej się wiedzy medycznej i postępowi technologicznemu, można stwierdzić, że ciało ludzkie w coraz większym stopniu przestaje być dla człowieka tajemnicą. Szczególną uwagę poświęca się cielesności kobiet, którą rozpatruje się między innymi w odniesieniu do naturalnego cyklu związanego z nabywaniem, realizowaniem i traceniem zdolności prokreacyjnych. Istotne w tym kontekście staje się pojęcie kobiecej płodności rozumianej jako „zdolność kobiet [...] do rozrodu, zarówno potencjalna (maksymalnie możliwa), jak i faktycznie realizowana”¹. Wyniki licznych badań dotyczących zjawiska płodności wskazują, że w świadomości kobiet istnieje wiele przekonań dotyczących tej zdolności.

Margarete Sandelowski wraz z zespołem stwierdziła istnienie w świadomości kobiet tak zwanego domniemania płodności (*the presumption of fertility*), które polega na traktowaniu własnej płodności jako pewnej oczywistości². Większość kobiet zakłada, że będzie mogła zostać matkami w momencie, gdy pojawi się u nich potrzeba rodzielstwa³ oraz gdy będą gotowe na podjęcie roli matki⁴. W literaturze przedmiotu wskazuje się na szereg czynników, które umacniają założenie płodności. Należą do nich między innymi: regularne cykle miesięczkowe, brak informacji o istnieniu odchyleń ginekologicznych, wcześniejsze aborcje, wstrzemięźliwość seksualna, obserwacje wskazujące na to, że zajście w ciążę przychodzi z łatwością, stosowanie antykoncepcji, pochodzenie z dużej rodziny⁵.

Płodność traktowana jest także jako właściwość, która podlega kontroli. Roy Roudi Nazariana i współpracownicy⁶ piszą o wierze jednostek w kontrolę nad płodnością

* Katarzyna Walentynowicz-Moryl, mgr – Uniwersytet Zielonogórski, Wydział Pedagogiki, Psychologii i Socjologii, Zakład Metodologii Badań Społecznych, e-mail: k.walentynowicz-moryl@wpnsz.uz.zgora.pl.

¹ J.Z. Holzer, *Demografia*, Warszawa 1999, s. 69.

² Zob. M. Sandelowski, D. Holditch-Davis, B.G. Harris, *Living the life: explanations of infertility*, „Sociology of Health & Illness” 1990, Vol. 12, No. 2, s. 195-215.

³ Zob. S. Earle, G. Letherby, *Conceiving Time? Women who do or do not conceive*, „Sociology of Health & Illness” 2007, Vol. 29, No. 2, s. 233-250.

⁴ J. McQuillan, A.L. Greil, L. White, M.C. Jacob, *Frustrated fertility: infertility and psychological distress among women*, „Journal of Marriage and Family” 2003, Vol. 65, No. 4, s. 1007-1018.

⁵ Zob. m.in. M. Sandelowski, D. Holditch-Davis, B.G. Harris, *op. cit.*, s. 195-215; R. Diamond *et al.*, *Couple Therapy for Infertility*, New York 1999.

⁶ Zob. R. Roudi Nazarina, W.R. Schumm., S.L. Britt, *Transition to Parenthood*, Berlin 2013.

poprzez postęp technologiczny. Wiele osób poświęca znaczną uwagę temu, aby uniknąć zajścia w ciążę. Praktyki antykoncepcyjne „służą jako rytuał, który wzmacnia domniemanie płodności”⁷. Elizabeth Britt⁸ wskazuje, że wiele kobiet utożsamia tabletkę antykoncepcyjną z pewnego rodzaju przełącznikiem, który pozwala im dowolnie włączać i wyłączać płodność. Z kolei Heather Menzies⁹ wskazuje, że kobiety, używając środków antykoncepcyjnych, są przekonane o tym, że dzięki nim są w stanie zahibernować swoją zdolność do rodzenia dzieci. Sądzą jednak, że gdy pojawi się u nich wola posiadania potomstwa, będą mogły ponownie „uruchomić” swoje możliwości reprodukcyjne.

Możliwość podejmowania działań zapobiegających zajściu w ciążę sprawia, że jednostki przypuszczają, że mogą decydować także o momencie poczęcia. Posiadanie dzieci traktowane jest jako doświadczenie, które można zaplanować, dokonując wyboru „najbardziej optymalnego dla kobiety i rodziny czasu na posiadanie dziecka”¹⁰. Przeświadczenie o płodności sprawia, że rodzicielstwo często jest wydarzeniem, które można odłożyć do momentu aż w życiu jednostki nadejdzie odpowiedni czas na posiadanie dziecka. W ramach takiego podejścia o rodzicielstwie można mówić za Krystyną Slany i Izabelą Szczepaniak-Wiechą jako o „refleksyjnym projekcie”¹¹.

Sarah Earle i Gayle Letherby¹² piszą o funkcjonowaniu mitów mówiących o tym, że poczęcie i posiadanie dziecka jest łatwe. James H. Monarch stwierdza, że „jednostki zakładają, że będą w stanie zajść w ciążę bez trudu”¹³. Ronny Diamond wraz ze współpracownikami stwierdzają, że „wiele par rozpoczyna proces starania się o dziecko z entuzjastyczną pewnością, że pożądane przez nich wydarzenie nastąpi szybko”¹⁴. W tym kontekście niepłodność jest definiowana jako sytuacja braku poczęcia przez parę, która od dwunastu miesięcy współżyje regularnie bez stosowania środków antykoncepcyjnych¹⁵ stanowi dla większości doświadczających jej osób niespodziewaną

⁷ R. Diamond *et al.*, *op. cit.*, s. 53.

⁸ E.C. Britt, *Conceiving Normalcy. Rhetoric, Law and the Double Binds of Infertility*, Tuscaloosa 2001.

⁹ Zob. H. Menzies, *Cyberspace time and infertility: thoughts on social time and the environment*, „Time and Society” 2000, Vol. 9, No. 1, s. 75-89.

¹⁰ Zob. M. Lesińska-Sawicka, *Późne macierzyństwo: studium socjomedyczne*, Kraków 2008.

¹¹ Zob. K. Slany, I. Szczepaniak-Wiecha, *Bezdzietność – czy nowa wartość we współczesnym świecie*, [w:] *Systemy wartości a procesy demograficzne*, red. K. Slany, I. Szczepaniak-Wiecha, Kraków 2003, s. 159-169.

¹² Zob. S. Earle, G. Letherby, *op. cit.*, s. 233-250.

¹³ J.H. Monarch, *Childless, No Choice: The Experience of Involuntary Childlessness*, London 1993, s. 37.

¹⁴ R. Diamond *et al.*, *op. cit.*, s. 53.

¹⁵ Zob. m.in. J. Radwan, *Epidemiologia niepłodności*, [w:] *Niepłodność i rozród wspomagany*, red. J. Radwan, S. Wołczyński, Poznań 2011, s. 11-14; M. Szamatowicz, *Niepłodność*, [w:] *Położnictwo i ginekologia*, t. II: *Ginekologia*, red. G. Bręborowicz, Warszawa 2007, s. 737-755; T. Opala *et al.*, *Zaburzenia płodności*, [w:] *Ginekologia. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów*, red. T. Opala, Warszawa 2006, s. 133-137.

sytuację, przyjmowaną z zaskoczeniem i niedowierzaniem¹⁶ – niepłodność staje się tym samym dla nich swoistą zagadką. Naturalnym krokiem dla większości jednostek, które znalazły się w sytuacji utrudnionej prokreacji, jest zwrócenie się do systemu medycznego. Medykalizacja niepłodności wydaje się sposobem na rozwiązanie tego problemu, ponieważ, przyjmując założenia modelu biomedycznego, problemy z realizacją zdolności prokreacyjnych wynikają z tego, że w ramach jakiejś części ludzkiego organizmu występują nieprawidłowości, które można wytłumaczyć poprzez wystąpienie konkretnej, specyficznej przyczyny. Zadanie lekarzy, którzy są specjalistami, polega na zlokalizowaniu i usunięciu zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu.

W ramach niniejszego artykułu zamierzam przyjrzeć się sytuacji wybranej kategorii kobiet doświadczających problemów z posiadaniem dziecka – tych, których trudności zostały zdefiniowane jako niepłodność nieznanego pochodzenia.

Takie rozpoznanie stawia się, gdy nie można ustalić, dlaczego kobieta nie zachodzi w ciążę, chociaż miesiączkuje regularnie, wyniki testów przemawiają za prawidłowymi, owulacyjnymi cyklami płciowymi, nie ma żadnych zastrzeżeń co do stanu anatomicznego jajowodów, a parametry nasienia spełniają wszystkie kryteria¹⁷.

W przypadku tych kobiet długotrwały proces diagnostyczny nie pozwala na określenie przyczyny niepłodności pary. W literaturze przedmiotu można znaleźć różne dane o częstotliwości występowania niepłodności tego typu – od około 30%¹⁸ do około 20%¹⁹ par doświadczających trudności prokreacyjnych. Kobiety te znajdują się w specyficznej sytuacji, w której pomimo ciągłego poszukiwania rozwiązania problemu, jakim jest niepłodność, nie udaje im się poznać tajemnicy tkwiącej w ich ciele.

Założenia metodologiczne, realizacja badań, charakterystyka badanych

Podstawę do rozważań prezentowanych w niniejszym artykule stanowią badania zrealizowane przeze mnie w ramach projektu badawczego „Od zdrowia uwarunkowanego społecznie do zdrowia społecznego: badania nad radzeniem sobie z utrudnioną prokreacją”. Głównym celem projektu było opisanie specyficznej sytuacji, w której znalazły się kobiety doświadczające utrudnionej prokreacji. Badania zrealizowałam z zastosowaniem strategii jakościowych, techniką wywiadu opartego na dyspozycjach z wydzielonymi obszarami tematycznymi. Przeprowadziłam je z pacjentkami Poradni

¹⁶ Zob. m.in. R. McKenzie, *The identification of menstrual change: working with biographies of reproduction*, „Journal of the Anthropological Society of Oxford” 2000, Vol. 31, No. 1, s. 45-65; A.L. Greil, *Not yet pregnant: Infertile couples in contemporary America*, New Brunswick, London 1991.

¹⁷ M. Szamatowicz, *op. cit.*, s. 742.

¹⁸ Zob. D. McKay Hart, J. Norman, *Ginekologia*, Wrocław 2006.

¹⁹ Zob. M. Szamatowicz, *Płodność, niepłodność i metody regulacji urodzeń*, [w:] *Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006*, red. T. Niemiec, Warszawa 2007, s. 89-91.

Diagnostyki Niepłodności przy Szpitalu Wojewódzkim Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze oraz z użytkowniczkami forów internetowych poświęconych zagadnieniom związanym z trudnościami prokreacyjnymi.

Na potrzeby niniejszego opracowania wybrałam wywiady z szesnastoma kobietami, które w momencie udziału w badaniu posiadały diagnozę niepłodności nieznanego pochodzenia. Przedmiotem mojej analizy będzie proces starania się o dziecko tych kobiet od momentu podjęcia decyzji o działaniach prokreacyjnych do etapu, w którym znajdowały się one w momencie zakończenia realizacji wywiadów. Rekonstrukcja wypowiedzi moich rozmówczyń pozwoli na pokazanie, w jaki sposób, w trakcie działań prokreacyjnych, zmieniał się stosunek tych kobiet do swojego ciała – od ciała, które wydawało się nie skrywać tajemnic, poprzez ciało, które zaskoczyło, do ciała, które zaczęło być tajemnicą. Prezentacja doświadczeń badanych kobiet umożliwi także odpowiedź na pytanie: Jaka jest specyfika poszukiwania rozwiązania tajemnic kobiecego ciała w sytuacji doświadczania niepłodności nieznanego pochodzenia?

Badane w momencie realizacji wywiadów były w wieku od dwudziestu pięciu do czterdziestu czterech lat. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety w wieku trzydziestu i trzydziestu dwóch lat. Najkrótszy okres starań o dziecko wynosił w tej grupie półtora roku, a najdłuższy dziesięć lat. Jednak najczęściej rozmówczynie podejmowały nieskuteczne działania prokreacyjne od dwóch lat. Wszystkie badane w trakcie trwania wywiadów były w długotrwałych związkach uczuciowych. Zdecydowana większość była zamężna, dwie z nich były pannami, jedna rozwódką. Rozmówczynie najczęściej pochodziły z miast powyżej 100 tysięcy mieszkańców. Dziesięć kobiet posiadało wykształcenie wyższe, sześć wykształcenie średnie. Zdecydowana większość badanych pracowała zawodowo. Pięć rozmówczyń podczas udziału w projekcie nie posiadało formalnego zatrudnienia. Deklarowały w większości, że są gospodyniami domowymi.

Ciało, które wydaje się nie skrywać tajemnic

Wszystkie moje rozmówczynie w momencie rozpoczynania działań prokreacyjnych były przekonane o tym, że znają swoje ciało. Żadnej z nich nie towarzyszyło przeświadczenie o tym, że w ich przypadku mogą wystąpić problemy z posiadaniem dziecka. W swoich wypowiedziach odnosiły się do faktu, że przed decyzją o powiększeniu rodziny chodziły na regularne wizyty kontrolne do lekarzy ginekologów

Odkąd pamiętam chodziłam do ginekologa. (K13)

Regularnie chodziłam do ginekologa i nigdy żaden z nich mi nie powiedział, że mam jakiegokolwiek przeszkody ku temu, żeby w tę ciążę nie zejść. (K14)

Dodatkowo w ich przypadku nie pojawiały się żadne symptomy wskazujące, że może ich dotyczyć sytuacja utrudnionej prokreacji

Zawsze myślałam, że jestem w pełni zdrowa, nic nigdy się nie działo, cykle bardzo regularne. (K4)

Moje cykle zawsze były regularne jak w zegarku 28-dniowe. (K9)

W opowieściach części rozmówczyń można także odnaleźć stwierdzenia wskazujące na istotność doświadczeń rodzinnych dla ich sposobu myślenia o swojej płodności

Obie moje siostry bez problemów zachodziły w ciążę, więc dlaczego ja nie mogłabym mieć dzieci? Naiwne, prawda? (K6)

Ja pochodzę z takiej bardzo płodnej rodziny. U mnie nikt nigdy nie miał problemów, że tak powiem, w tym zakresie i powiem ci, że przez pewien moment nawet mi do głowy nie przyszło, że to mogłyby być jakieś poważniejsze problemy. (K14)

Istotne dla kobiet było także to, że większość z nich przed podjęciem decyzji o świadomych staraniach o dziecko zażywała tabletki antykoncepcyjne. Rozmówczyniom, które stosowały antykoncepcję, towarzyszyło przekonanie, że skoro są płodne i nie chcą mieć w danym momencie dziecka, to mogą kontrolować to, co wydarzy się w ich życiu prokreacyjnym właśnie poprzez antykoncepcję. Takie podejście dokładnie ilustruje wypowiedź jednej z badanych

10 lat brałam tabletki antykoncepcyjne, to dawało mi poczucie właśnie kontroli nad własną płodnością. Byłam głęboko przekonana, że skoro tak łatwo mogłam ograniczyć swoją płodność, równie prosto będzie ją przywrócić, że ciąża pojawi się „na zawołanie” w zaplanowanym, najbardziej odpowiednim momencie. (K3)

Kilka z moich rozmówczyń była już matkami. W ich wcześniejszych doświadczeniach związanych ze staraniami o dziecko nie pojawiły się żadne trudności. Udało im się w ich odczuciu szybko począć pierwsze dziecko. Ich ciążę przebiegały bez jakichkolwiek komplikacji. W związku z tym nie przypuszczały, że w trakcie kolejnych działań prokreacyjnych mogą ich dotyczyć jakiegokolwiek trudności

Dla nas to, że mamy już córkę znaczyło, że bez problemu będziemy mieć kolejne dziecko. (K1)

Naprawdę kiedy w pierwszą ciążę zachodzi się bez problemów, to człowiek nie spodziewa się jakiś wielkich problemów z kolejną ciążą. (K9)

Domniemanie o własnej płodności i możliwości jej kontrolowania sprawiało, że badane były pewne, iż mogą wybrać moment, w którym zdecydują się na posiadanie dziecka. W związku z tym, że przypuszczały, iż dobrze znają swoje ciało, zdecydowały się skoncentrować swoją uwagę na pozycielesnych uwarunkowaniach swoich decyzji prokreacyjnych. Używając stosowanych przez nie określeń: mogły świadomie wybrać „odpowiedni moment”, „właściwy czas”, „dobry czas” na rozpoczęcie starań o dziecko.

W ich opowieściach pojawiało się kilka warunków, których wypełnienie, ich zdaniem, sprawiło, że mogły świadomie podjąć decyzję o powiększeniu rodziny. Pierwszym z nich było poznanie odpowiedniego mężczyzny, przy boku którego moje rozmówczynie zapragnęły powiększyć rodzinę

Odpowiedni moment na dziecko pojawił się kiedy spotkałam odpowiedniego mężczyznę. (K13)

[...] kiedy już wiedziałam, że to jest mężczyzna, z którym chcę być do końca. (K16)

Kolejnym istotnym elementem definiującym sytuacje badanych było zawarcie związku małżeńskiego

Od zawsze chciałam mieć dzieci, ale chciałam też poczekać z tym do ślubu. (K11)

Byliśmy już po ślubie i kolejnym krokiem było rozpoczęcie starań. (K12)

Część badanych wskazywała także, że ważnym czynnikiem warunkującym podjęcie decyzji o działaniach prokreacyjnych było poczucie, że ich związek stał się niekompletny:

Brakowało czegoś w naszym związku, w naszym małym domu. (K6)

Pragnienie posiadania dziecka badane tłumaczyły naturalnym rozwojem ich związku z mężem:

Kochaliśmy się bardzo, w pewnym momencie, tak jakoś naturalnie, zapragnęliśmy dziecka. (K9)

Kolejnym czynnikiem była sytuacja zawodowa kobiet. Dla badanych istotne przede wszystkim było, aby mieć pracę na umowę na czas nieokreślony

Czekałam na umowę na czas nieokreślony, jak wiadomo dużo lepsze przy takiej umowie są warunki socjalne dla matki i dziecka. (K5)

[...] wiadomo czekaliśmy aż dostaniemy dobrą pracę i odpowiednie umowy. (K13)

Jedna z moich rozmówczyń wielokrotnie powtarzała, że pomimo silnego pragnienia posiadania dziecka czekała na moment, w którym zakończy ważny dla niej etap kariery zawodowej

Wreszcie miałam praktycznie zakończony doktorat, mogłam pozwolić sobie na ciążę. (K2)

Dla badanych istotna była także ich sytuacja finansowa

Rozpoczęliśmy starania, gdy nasza sytuacja finansowa była stabilna. (K7)

Wiedzieliśmy, że najpierw musimy zadbać o to, żeby było nas stać na dziecko. (K14)

Dla części kobiet ważne było także posiadanie własnego mieszkania

Nasz dom już był praktycznie wykończony. (K1).

Mieliśmy już mieszkania, chcieliśmy je wypełnić. (K15)

Ciało, które zaskakuje

W związku z przekonaniem moich rozmówczyń dotyczącymi ich zdolności prokreacyjnych ich początkowy etap starań o dziecko wyznaczało przeświadczenie, że w krótkim czasie uda im się zająć w ciążę

Na początku był etap wielkiej nadziei, że szybko zostanę mamą. (K11)

[...] byłam pewna oczywiście, że od razu zajdę w ciążę. (K16)

Każdy kolejny cykl przepełniony był nadzieją na poczęcie

Przy każdym cyklu wierzyłam, że teraz na pewno się uda. (K3)

Z każdym końcem cyklu mieliśmy nadzieję, że to już, że się udało. (K7)

Ta pewność w drugiej fazie cyklu, że na pewno się udało. (35A)

Kobiety, które opowiadały o początkowym okresie swoich starań o dziecko, podkreślały, że towarzyszyło im wtedy wiele pozytywnych uczuć. Były one przede wszystkim podekscytowane

Byłam taka wtedy podekscytowana. (K6)

Takie ogólnie podniecenie w sensie nie seksualnym tylko duchowym. Jakoś tak, nie wiem no. Nie wiem, ciężko mi to określić. (K16)

Dodatkowo badane podkreślały radość z tego, że w związku ze staraniami nie było już konieczności stosowania zabezpieczeń przed ciążą

To był najlepszy czas w moim życiu. Nie trzeba uważać „dla stosujących anty” – nie trzeba się zabezpieczać. (K1)

Było nam cudowne w łóżku, o niczym nie musieliśmy już myśleć. (K11)

Jednak starania badanych o dziecko trwały, a oczekiwany rezultat, jakim była ciąża, się nie pojawiał. Z czasem działania prokreacyjne zaczęły się wielu kobietom kojarzyć z ciągłym oczekiwaniem na pozytywny wynik testu ciążowego

[...] robiłam pełna nadziei test ciążowy. (K13)

[...] robienie po pięć testów ciążowych co miesiąc i gapienie się na nie długo po przepisowych pięciu minutach. (K15)

Robienie testu za testem, ciągle chodzenie sprawdzanie czy może jednak się pomylił ten pierwszy. (K5)

Brak oczekiwanego wyniku był trudnym doświadczeniem dla kobiet

[...] znów przychodził okres, a ja przeżywałam okrutnie bolesny upadek. (K4)

Robiąc test, czułam nadzieję, radość, po zrobieniu był smutek. (K6)

Ta ciągła walka ze łzami, gdy dostawałam kolejny okres. (K10)

Na początku to dwa, co dwa dni biegałam z testem ciążowym. (K16)

Badane przeze mnie kobiety zapytałam, kiedy po raz pierwszy zaczęły myśleć, że w ich przypadku mogą pojawić się trudności w realizacji zamierzeń prokreacyjnych. Zgodnie z medyczną definicją o niepłodności można mówić dopiero po upływie dwunastu miesięcy regularnego współżycia bez stosowania środków antykoncepcyjnych. Wszystkie moje rozmówczynie stwierdziły, że taki sposób myślenia o ich sytuacji pojawił się u nich dużo wcześniej niż wymagany z punktu widzenia medycznego rok czasu regularnych starań. Połowa kobiet zaczęła się niepokoić swoją sytuacją po kilku miesiącach starań, druga połowa po pół roku nieskutecznych działań prokreacyjnych. Tylko jedna z badanych doświadczyła zdarzenia, które mogło stanowić wyzwanie dla przyjętych przez nią założeń o braku trudności prokreacyjnych. Kobieta ta doświadczyła poronienia i to wydarzenie spowodowało u niej pojawienie się obaw związanych z jej zdolnościami prokreacyjnymi.

Pękały nam serca i nie wierzyliśmy, że nas to spotykało. Wtedy zaczęłam myśleć, że nie będzie tak łatwo. (K11)

W przypadku pozostałych badanych nie wystąpiły żadne okoliczności, które mogłyby wskazywać na możliwe trudności. Jedynym powodem niepokoju tych kobiet było to, że nie udało im się jeszcze doprowadzić do poczęcia. Dla tych kobiet comiesięczna konfrontacja z przyjętymi założeniami, że uda im się szybko i bezproblemowo zajść w ciążę, z każdym miesiącem stanowiła coraz trudniejsze wyzwanie

Jednak co miesiąc przychodziły trudne chwile, coraz trudniejsze, coraz częściej towarzyszyły im łzy, coraz więcej się ich wylewało. (K4)

Nadzieja powoli zamieniała się w frustrację, że nie zachodzę w ciążę. (K11)

Za każdym razem jak nie wychodziło byłam sfrustrowana, morze łez wylałam. (K2)

Część rozmówczyń wspominała, że w tym okresie swoich starań o dziecko usiłowały tłumaczyć sobie, że nie powinny tak bardzo przeżywać początkowych niepowodzeń

Tłumaczyłam sobie, że nic się złego jeszcze nie dzieje. (K9)

Myślałam, że nie powinna tego tak przeżywać, w końcu za miesiąc lub dwa będę w tej upragnionej ciąży. (K7)

[...] tak bardzo starałam się nie martwić. (K15)

Jednak z czasem nie potrafiły już powstrzymać pojawiających się obaw. Jedna z badanych w taki sposób wspominała moment, w którym zaczęła myśleć o tym, że będzie miała problem z posiadaniem dzieci

Zrobiłam znów kolejny test i też wyszedł negatywnie. Wpadłam w histerię, tak się rozplakałam, że mój partner nie wiedział, co się dzieje i naprawdę się wystraszył. Płakałam z mojej bezsilności, że zrobiłam wszystko, jak powinno być, dołożyłam wszelkich starań, a i tak nie wyszło. (K5)

Ciało, które zaczyna być tajemnicą

Badane przeze mnie kobiety w związku z pojawianiem się u nich obaw o zdolności prokreacyjne zaczęły podejmować różne strategie postępowania. Na podstawie ich opowieści można wyszczególnić trzy kategorie działań: poszukiwanie wsparcia specjalistów, samodzielne próby sprawdzenia swojej płodności, kontynuacja starań bez wsparcia zewnętrznego. Kobiety, które przyjęły strategię poszukiwania wsparcia u specjalistów, udały się na wizytę kontrolną do lekarza ginekologa. W przypadku każdej z nich rutynowa wizyta i badanie nie wykazały żadnych nieprawidłowości. Niektóre z nich usłyszały, że idealnie nadają się do rodzenia dzieci

Ona mnie zbadała i pamiętam to jak dziś „pani jest stworzona do rodzenia dzieci, różowiuotka, śliczniutka, przyjdzie do mnie pani następnym razem – już będzie pani w ciąży”. (K15)

Badane dowiedziały się także, że muszą starać się o dziecko co najmniej rok, żeby lekarze podjęli jakieś dalsze działania

[...] wybrałam się do ginekologa, który poinformował mnie, że do roku czasu trzeba się starać, po tym czasie dopiero wprowadza jakieś działania. (K8)

Lekarz stwierdził, że dwanaście miesięcy jak się ktoś zaczyna starać, to można coś zacząć robić. (K12)

Kobiety z tej kategorii opuściły gabinety lekarskie z zapewnieniem, że w tym momencie nic złego się w ich przypadku nie dzieje

Zbadał mnie, stwierdził, że wszystko jest w porządku i po prostu mamy się starać. (K5)

Na wizycie, na której byłam, usłyszałam, że wszystko jest w najlepszym porządku. (K14)

Powinny zatem spokojnie czekać i dalej starać się o dziecko

Spokojne starania, takie dostaliśmy zalecenie. (K2)

Poszłam do lekarza, ale ten uspokoił mnie, że wszystko jest dobrze i spokojnie mamy się starać. I wrócić, jak będę w ciąży. (K4)

Kolejną strategią, jaką przyjmowały moje rozmówczynie w momencie pojawienia się obaw związanych z możliwością występowania u nich trudności prokreacyjnych, były samodzielne próby sprawdzenia swojej płodności. Badane należące do tej kategorii postanowiły rozpocząć obserwację swojej płodności

[...] i wtedy zaczęłam obserwować cykl. (K13)

Obserwacja płodności stała się dla tych badanych sposobem na radzenie sobie z obawami, możliwością kontrolowania tego, co się z nimi dzieje

Był bardzo intensywny okres poznawczy, chciałam wszystkiego się dowiedzieć, dzięki temu znów poczuć, że kontroluję sytuację. (K3)

Kobiety te zaczęły także stosować testy owulacyjne oraz różnego rodzaju suplementy diety, które w ich odczuciu miały im pomóc w zajściu w ciążę

Pomagałam sobie też, tykając różne zestawy witamin i chyba przez dwa miesiące brałam olej z wiesiołka, który poprawia jakość śluzu. (K2)

Zainteresowałam się wspomagaczami typu Castagnus czy ziołami. (K13)

Ostatnią strategią, którą przyjmowały badane przeze mnie kobiety w momencie pojawiania się obaw o ich zdolności prokreacyjne, była kontynuacja starań bez wsparcia zewnętrznego. Jedna z kobiet tak opisywała to, jak trudnym dla niej doświadczeniem były kolejne miesiące starań o dziecko

Co miesiąc przechodziłam przez piekło, kiedy na kolejnym teście ciążowym pokazywała się tylko jedna kreska albo dostawałam miesięczkę. Płakałam dniami i nocami. Ból nie do opisanie, ból i żal. (K6)

Jednak pomimo obaw i trudnych przeżyć kobietom z tej kategorii nadal towarzyszyła nadzieja na to, że zajdą w ciążę

Czuliśmy wtedy strach, lecz wciąż mieliśmy nadzieję, że nam się uda. (K10)

Jedna z badanych tak podsumowała dlaczego nie podjęła żadnych działań w momencie, gdy pojawiały się u niej obawy związane z jej zdolnościami prokreacyjnymi

Jednak w dalszym ciągu nie dopuszczałam do siebie myśli, że mogę być nieplodna. To mnie przecież nie mogło dotyczyć. (K8)

Poza tym badane te wiedziały o medycznym kryterium roku starań o dziecko

Najpierw przez rok były tylko starania, bo nasza medycyna uznaje problem dopiero po roku starań średnio 2-3 razy w tygodniu. (K10)

Jedna z kobiet wprost powiedziała, że specjalnie unikała kontaktu z lekarzem przed upływem roku, chciała bowiem uniknąć nadmiernej koncentracji nad działaniami prokreacyjnymi

Z działaniami to było tak, że próbowałam, bo widziałam na przykładzie innym mi znanych osób, gdzie to się robiło obsesją, więc uzgodniliśmy, że przez pierwszy rok nie będziemy jakoś specjalnie ganiać po lekarzach. Po pierwsze, i tak by nas nikt nie przyjął w związku z tym, że nieplodność liczy się od roku w górę. A po drugie, że po prostu, żeby nie wpaść w jakieś paranoje, że latam od rana do nocy z termometrem nie powiem gdzie i tak dalej. (K16)

Prawie wszystkie badane, które po pojawieniu się obaw o ich zdolności prokreacyjne poszukiwały wsparcia specjalistów, decydowały się kontynuować starania o dziecko bez innej dodatkowej aktywności, takiej jak kolejne wizyty u lekarza, czy obserwacja swojej płodności. Jednak każda z nich relacjonowała, że oczekiwanie to było dla nich bardzo trudnym przeżyciem

Za każdym razem, jak dostawałam miesięczkę, miałam łzy w oczach, że znowu nic. (K4)

[...] przeżywałam huśtawki emocjonalne, panicznie bałam się uciekającego czasu, tego, że mi się nie uda. (K3)

[...] nie mogłam patrzeć na kobiety w ciąży, noworodki. Każda wiadomość o ciąży koleżanki lub bliskiej mi osoby była dla mnie tragedią. (K6)

Jedna z badanych tak podsumowała ten okres w jej życiu

Do tej pory jak czegoś pragnęłam to prędzej czy później to miałam, a ciąża się nie pojawiała. Trudno było czekać. (K7)

Pomimo to każdej z nich nadal towarzyszyła nadzieja na sukces prokreacyjny

Czuliśmy wtedy strach, ale wciąż mieliśmy nadzieje, że nam się uda. (K12)

No i jeden, drugi, piąty, szósty miesiąc, siódmy, ósmy, nie ma, nie ma, nie ma, ale starałam się ciągle wierzyć. (K15)

Tylko jedna kobieta, która podczas wizyty u ginekologa dowiedziała się, że nie ma powodów do niepokoju, rozpoczęła po tym zdarzeniu obserwacje swojej płodności

[...] zaczęłam siebie obserwować, robić notatki. Pomyślałam sobie, kurczę, a może my normalnie nie trafiamy w „ten” czas [...]. Więc zaczęłam obserwacje, temperatura, śluz, zakłócenia. (K1)

Badane, które w momencie pojawienia się obaw zdecydowały się albo na samodzielne próby sprawdzenia swojej płodności, albo na kontynuację starań bez wsparcia zewnętrznego utrzymywały raz przyjęte strategie, aż do momentu rozpoczęcia diagnostyki.

Ciało, którego tajemnice próbujemy poznać

Prawie wszystkie moje rozmówczynie czekały rok, aby rozpocząć diagnostykę ich dotychczasowych trudności w poczęciu dziecka. Badane bardzo często wskazywały, że w końcu, po okresie w ich opinii straconym, mogły podjąć działania w celu rozwiązania swojego problemu

W końcu coś zaczęło się dziać, już nie mogłam wytrzymać tego czekania. (K4)

Tyle czasu straciłam, wierzyłam, że teraz będziemy działać szybko i skutecznie. (K11)

Z rozpoczęciem diagnostyki moje rozmówczynie wiązały wielkie nadzieje

Rozpoczęcie diagnostyki dało mi ogrom nadziei. (K1)

Wielka nadzieja i wielkie oczekiwania. (K14)

Wierzyły one bowiem, że lekarze znajdą przyczynę ich dotychczasowych niepowodzeń i wskażą, jakie działania powinny one podjąć, aby mogły zostać matkami

Miałam nadzieje, że dowiem się dlaczego nie udaje mi się zająć w ciążę, znajdują w końcu problem. (K3)

Byłam przekonana, że teraz szybko znajdą rozwiązanie naszego problemu. (K9)

Proces diagnostyczny w przypadku większości badanych przeze mnie kobiet przebiegał zgodnie z *Rekomendacjami dotyczącymi diagnostyki i leczenia niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu*²⁰. Od standardowych badań ginekologicznych, monitoringu owulacji, poprzez badania hormonalne, aż po badania obrazowe, takie jak między innymi histerosalpingografia (HSG), laparoscopia czy histeroscopia. W przypadku każdej z badanych przeze mnie kobiet kolejne etapy procesu diagnostycznego nie dawały odpowiedzi na pytanie o przyczyny niemożności zajęcia w ciążę

[...] seria badań nas obojga, ponieważ nie znaleźliśmy przyczyny, badania się nie kończyły. Wykluczały się kolejne problemy, nadal nie znając przyczyny stanu rzeczy. (K2)

Kolejne i kolejne badanie i ciągle nic, lekarz nie potrafił mi powiedzieć, dlaczego nie możemy mieć dziecka. (K6)

Każde kolejne badanie dawało kobietom nowe nadzieje, że tym razem poznają przyczynę swoich niepowodzeń prokreacyjnych

Za każdym razem nowe nadzieje i wciąż nic. Kolejny etap to euforia i wiara. (K7)

Ciągle myślałam, że kolejne badanie da nam odpowiedź (K5).

Żadna z procedur diagnostycznych nie pozwoliła w przypadku moich rozmówczyń na udzielenie odpowiedzi na pytanie, dlaczego nie udaje im się zająć w ciążę. Badane ciągle otrzymywały informacje, że wyniki ich badań są prawidłowe

Przebadala mnie wzdłuż i wszerz wszystko pięknie, ładnie tylko w ciążę zachodzić. (K1)

Wszystko ok, a ciąży nadal brak. (K4)

[...] po każdym prawidłowym wyniku lekarz rozkładał bezradnie ręce. (K10)

Taka sytuacja bardzo negatywnie odbijała się na ich stanie psychicznym

Narastająca frustracja z powodu braku diagnozy. (K10)

Czułam się beznadziejnie, bo nie wiedziałam o co chodzi. (K13)

Coraz większa frustracja, bo naprawdę nikt do końca nam nie powiedział, że my nie możemy mieć tych dzieci, wręcz przeciwnie – wszyscy nam twierdzili, że możemy. (K14)

Jedna z badanych tak podsumowała okres oczekiwania na diagnozę

²⁰ Zob. W. Kuczyński et al., *Rekomendacja dotyczące diagnostyki i leczenia niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu*, „Ginekologia Polska” 2012, nr 83, s. 149-154.

Takie ciągle wymyślanie sobie chorób, bo na przykład takie a takie badanie, bo jeden z objawów mi się zgadza i zaraz sobie wmawiałam, że na pewno jestem na to chora! Nie powinno tak być, bo to jeszcze bardziej mnie stresowało. (K5)

Poza rozczarowaniami związanymi z ciągłym brakiem diagnozy kobiety przeżywały kolejne nieudane próby zajścia w ciążę

Co miesiąc musiałam się zmierzyć z wielkim rozczarowaniem, smutkiem i okropnym zmęczeniem. (K1)

[...] i te rozczarowania i wmawianie sobie oznak ciążowych doprowadzały mnie do obłędu. (K13)

Cztery z badanych kobiet w trakcie realizacji wywiadów była nadal w trakcie procedury diagnostycznej. W przypadku pozostałej dwunastki moich rozmówczyń lekarze stosowali już różne sposoby leczenia, które zaleca się u kobiet z diagnozą niepłodności nieznanego pochodzenia (idiopatycznej). Paradoksalnie bowiem, pomimo niezidentyfikowania dającej uchwycić się w badaniach przyczyny trudności z prokreacją, kobiety takie są leczone. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu²¹ kobietom z takim rozpoznaniem, w zależności od wieku pacjentki i czasu trwania niepłodności, podaje się kolejno leki na stymulację jajczkowania, następnie rekomenduje się wykonanie inseminacji domacicznych oraz w ostateczności zapłodnienie pozaustrojowe (*in vitro*). Trzy badane podczas udziału w projekcie były w trakcie procedury stymulacji jajczkowania, trzy przeszły zabiegi inseminacji oraz sześć było już po zabiegach inseminacji i po lub w trakcie zabiegów *in vitro*.

U każdej z kobiet, w stosunku do której zastosowano jakąś formę leczenia ich niepłodności, po raz kolejny pojawiała się nadzieja, że leczenie to poskutkuje w ich przypadku zajściem w ciążę

Przed każdą inseminacją tak strasznie wierzyłam, że się uda. (K7)

Znów powróciła nadzieja na tak upragniony sukces. (K9)

Jednak pomimo stosowania różnych form leczenia, do momentu zakończenia realizacji wywiadów, w ciążę, która rozwijała się prawidłowo zaszły tylko trzy badane. Jedna z kobiet tak opowiadała o momencie, w którym udało jej się zająć w ciążę

Zastanawiałam się już co robić dalej. Mój mąż powiedział mi, że przecież okres mi się spóźnia. Ja powiedziałam mu, żeby się nie nastawiał, bo pewnie zaraz znów go dostanę. Marudził mi długo i w końcu zrobiłam test. Nie mogłam uwierzyć, tży same zaczęły mi lecieć, to było niemożliwe przecież. (K4)

Pięć doświadczyło poronienia

²¹ *Ibidem.*

Ogromna radość, a potem straszny ból, nie mogłam uwierzyć, że nas to spotkało. (K2)

I tak wyczekana ciąża, potem poronienie. Taka niesprawiedliwość. (K5)

[...] udało się, nasza euforia nie trwała długo. (K11)

Czterem z nich nie udało się doprowadzić do poczęcia dziecka.

Podsumowanie

Badane przeze mnie kobiety w momencie rozpoczynania swoich starań o dziecko były przekonane, że ich ciało nie skrywa przed nimi żadnych tajemnic. Towarzyszyło im domniemanie własnej płodności. Były przekonane, że mogą w racjonalny sposób podejść do swojego przyszłego macierzyństwa, czyli mogą wybrać „odpowiedni moment” w ich życiu, w którym podejmą tak istotną decyzję. Nigdy bowiem nie uzyskały informacji od lekarza ginekologa, że powinny kwestionować swoje zdolności prokreacyjne. Dodatkowo ich ciało nie dostarczało żadnych symptomów, że w tej sferze funkcjonuje nieprawidłowo. Większość z nich miała przeświadczenie, że kontroluje swoją płodność poprzez stosowanie środków antykoncepcyjnych. Wierzyły w swoją płodność, z której skorzystają w odpowiednim dla siebie momencie. Część z nich odwoływała się do historii prokreacyjnych członków swoich rodzin. Kilka moich rozmówczyń była już matkami. Posiadanie dziecka i brak trudności w jego poczęciu dodatkowo utwierdzały je w przekonaniu, że i tym razem uda im się bez problemu zająć w ciążę.

W związku z tym, w jaki sposób badane kobiety myślały o swojej płodności w momencie rozpoczynania starań o dziecko, były przekonane, że szybko i bez jakichkolwiek problemów zostaną matkami. Były pełne nadziei na sukces. Towarzyszyły im same pozytywne uczucia. Były podekscytowane samym tylko oczekiwaniem na moment, w którym będą mogły wykonać test ciążowy, który pokaże im pozytywny wynik. Dodatkowo czerpały wiele przyjemności ze współżycia, które było wolne od konieczności zabezpieczania się i ewentualnych obaw o nieplanowane poczęcie. Jednak ich ciało je zaskoczyło. Kolejne miesiące starań nie kończyły się tak wyczekiwaną ciążą. W pewnym momencie, zdecydowanie szybciej niż po roku współżycia w celach prokreacyjnych, moje rozmówczynie zaczęły niepokoić się o swoje możliwości związane z poczęciem dziecka. W przypadku większości kobiet takie obawy pojawiły się pomimo tego, że poza wpływem kolejnych miesięcy bez ciąży nie było żadnych zdarzeń czy symptomów, które mogłyby świadczyć o występowaniu problemów z prokreacją. Tylko jedna badana zaczęła się niepokoić w związku z doświadczeniem poronienia. Każdy kolejny miesiąc starań o dziecko stawał się coraz trudniejszym doświadczeniem dla moich rozmówczyń. Próby oddalania od siebie obaw były coraz mniej skuteczne.

Konfrontacja założeń, z jakimi moje rozmówczynie rozpoczynały starania o dziecko z rzeczywistością sprawiła, że coraz trudniejszym zadaniem dla nich było utrzymanie

przekonania, że ich ciało nie skrywa żadnych tajemnic. W momencie pojawienia się u nich obaw związanych z ich zdolnościami prokreacyjnymi ich ciało powoli zaczynało stanowić dla nich tajemnicę. W tym momencie przyjmowały różne działania. Z jednej strony część badanych chciała poznać przyczyny sytuacji, w której się znalazły, stosując strategie poszukiwania wsparcia specjalistów lub strategie samodzielnych próby sprawdzenia swojej płodności. Z drugiej strony część badanych nadal próbowała wierzyć, że nie dotyczą ich trudności z prokreacją, stosując strategię kontynuacji starań bez wsparcia zewnętrznego. Kobiety, które zdecydowały się na poszukanie wsparcia specjalistów, dowiadywały się, że lekarze nie widzą w ich przypadku żadnych nieprawidłowości. Otrzymywały zalecenia dalszych starań i kolejnej konsultacji po upływie roku bezowocnych działań prokreacyjnych. Pomimo podejrzeń, że ich ciało jednak skrywa jakieś tajemnice, badane te decydowały się wypełnić zalecenia lekarzy. Kobiety, które przyjęły strategię samodzielnych prób sprawdzenia swojej płodności, rozpoczęły obserwacje swojego ciała. W obliczu podejrzenia, że ich ciało może jednak coś przed nimi ukrywać, chciały poznać jego funkcjonowanie i w razie nieprawidłowości wesprzeć je w staraniach o dziecko. Najsilniejsza nadzieja na poczęcie towarzyszyła kobietom, które pomimo obaw podjęły decyzję o kontynuacji starań bez wsparcia zewnętrznego. Ta grupa badanych najdłużej nie przyjmowała do wiadomości, że ich ciało może stanowi dla nich tajemnicę.

Rozpoczęcie diagnostyki dla moich rozmówczyń stanowiło próbę poznania tajemnic skrywanych przez ich ciało. Wiązały z nią duże nadzieje. Jednak kolejne etapy diagnozy nie dawały odpowiedzi na pytanie, dlaczego nie mogą począć dziecka. Pomimo tego, decydując się na każdy kolejny etap badań, moje rozmówczynie wierzyły, że tym razem poznają wyjaśnienie swojej sytuacji prokreacyjnej. Wyniki kolejnych badań okazywały się prawidłowe. Kobiety musiały jednocześnie mierzyć się z podwójnym rozczarowaniem wynikającym z ciągłego braku diagnozy i z braku upragnionej ciąży. Pomimo braku rozpoznania przyczyn niepłodności badanych, u których zakończono proces diagnozy, lekarze proponowali leczenie zgodnie z przyjętym postępowaniem w takich przypadkach. Podejmowanie różnych sposobów leczenia znów dawało nadzieję na sukces prokreacyjny. Jednak w momencie zakończenia realizacji wywiadów tylko trzem kobietom udało się zająć w ciążę, która prawidłowo się rozwijała. Pozostałe albo doświadczyły poronienia, albo nie udało się im zająć w ciążę. W przypadku tych kobiet cykl kolejnych nadziei i kolejnych rozczarowań trwał dalej, zapewne do momentu uzyskania sukcesu prokreacyjnego lub podjęcia decyzji o zakończeniu starań o dziecko. Jednak bez względu na finał działań prokreacyjnych moje badane nie poznały tajemnic skrywanych przez ich ciało.

TAJEMNICE KOBIECEGO CIAŁA. DOŚWIADCZENIA KOBIET ZMAGAJĄCYCH SIĘ Z NIEPŁODNOŚCIĄ NIEZNAJANEGO POCHODZENIA

STRESZCZENIE: Bohaterkami niniejszego artykułu autorka uczyniła wybraną kategorię kobiet doświadczających utrudnionej prokreacji – kobiety, których trudności zostały zdefiniowane przez system medyczny jako niepłodność nieznanego pochodzenia. Podstawę do analiz zamieszczonych w artykule stanowią wybrane fragmenty wywiadów z szesnastoma kobietami, które w momencie udziału w badaniu posiadały diagnozę niepłodności nieznanego pochodzenia. Przedmiotem analizy autorki jest proces starania się o dziecko tych kobiet od momentu podjęcia decyzji o działaniach prokreacyjnych do etapu, w którym znajdowały się one w momencie zakończenia realizacji wywiadów. Rekonstrukcja wypowiedzi rozmówczyń pozwala na pokazanie, w jaki sposób, w trakcie działań prokreacyjnych, zmieniał się stosunek badanych kobiet do swojego ciała – od ciała, które wydawało się nie skrywać tajemnic, poprzez ciało, które zaskoczyło, do ciała, które zaczęło być tajemnicą. Autorka omawia założenia, z jakimi jej rozmówczynie rozpoczynały swoje starania o dziecko. Następnie opisuje etap konfrontacji tych założeń z rzeczywistością. Aby na zakończenie pokazać specyfikę poszukiwania rozwiązania tajemnic kobiecego ciała w sytuacji doświadczania niepłodności nieznanego pochodzenia. Badane przez autorkę kobiety, pomimo długotrwałego procesu diagnostycznego, nie poznały rozwiązania problemu, jaką jest ich niepłodność. **SŁOWA KLUCZOWE:** ciało, tajemnica, utrudniona prokreacja, niepłodność nieznanego pochodzenia (idiopatyczna).

THE SECRETS OF FEMALE BODY. EXPERIENCES OF WOMEN STRUGGLING WITH INFERTILITY OF UNKNOWN ORIGIN

SUMMARY: This article focuses on a chosen category of women experiencing problems when trying to conceive, that is women whose problems have been defined by the medical professionals as infertility of unknown origin. The basis of the analysis presented in this article is formed by chosen fragments of the interviews with sixteen women that, when taking part in the study, were diagnosed with infertility of unknown origin. The author analyses the process of trying to conceive in these women from when the decision was made to the point where they were at the time of the interviews. Reconstructing the statements made by the interviewees allows one to observe the way, in which during the process of trying to conceive, their approach to their own body had changed – from the body that seemed to hide no secrets, to the body that surprised, to the body that became a secret. The author describes the assumptions made by the interviewees before trying to conceive and the phase, when these assumptions were met with reality. Finally, an attempt is made to outline the specificity of the search for the solution to the secrets of female body when experiencing infertility of unknown origin. The interviewees, despite, in each case, a long-lasting diagnostic process, were unable to probe the mystery of their infertility.

KEYWORDS: body, mystery, problematic conception, infertility of unknown origin (idiopathic).