

Mgr Bożena Miernik
Doktorantka
Wydział Nauk Społecznych
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Mężczyzna wobec niepowodzeń prokreacyjnych. Psychopedagogiczne aspekty doświadczania przez mężczyzn trudności w prokreacji

Man and procreational failures psychopedagogical aspects of men's experiencing difficulties in procreation

<https://doi.org/10.34766/fetr.v3i39.123>

Abstrakt:

Niepowodzenia prokreacyjne, do których jest zaliczana niepłodność, niepomyślna diagnoza prenatalna, poronienie samoistne czy wewnątrzmaciczne obumarcie płodu, stanowią sytuacje trudne, wywołujące kryzys psychiczny. Pojawiające się zawsze w kontekście pary – kobiety i mężczyzny – przez każdego z nich są przeżywane w odmienny sposób. w literaturze naukowo zajmującej się problematyką utrudnionej prokreacji wiele miejsca poświęca się analizie przeżyć i sposobów reagowania kobiet, brakuje natomiast głębokiego pochylenia się nad specyfiką męskich doświadczeń i ich reakcji na niepowodzenia prokreacyjne. Mężczyzna stając u boku kobiety, w której w sposób bezpośredni wydarza się cud poczęcia i następują ewentualne zakłócenia w przebiegu ciąży, ma do wykonania określone zadania, które implikują szereg emocji, przeżyć czy potrzeb. Skuteczne wsparcie udzielane parom mierzącym się z utrudnieniami w prokreacji powinno zaczynać się od dogłębnego poznania sposobów przeżywania tych problemów – z uwzględnieniem specyfiki kobiecej i męskiej perspektywy.

Słowa kluczowe: prokreacja, trudności, mężczyzna, niepłodność, poronienie, diagnoza prenatalna

Abstract:

Procreational failures, which include infertility, unsuccessful prenatal diagnosis, spontaneous miscarriage or intrauterine fetal death, are difficult situations that trigger a mental crisis. Always appearing in the context of a couple – a woman and a man – each of them is experienced in a different way. In the literature dealing with the problems of difficult procreation, a lot of space is devoted to the analysis of women's experiences and ways of reacting, while there is a lack of deep reflection on the specifics of male experiences and their response to reproductive failures. a man, standing at the side of a woman in whom a miracle of conception occurs directly and possible disturbances in the course of pregnancy, has to perform specific tasks that imply a lot of emotions, experiences or needs. Effective support given to couples facing reproductive problems should start with a thorough understanding of how to experience these problems – taking into account the specificity of the female and male perspective.

Key words: procreation, difficulties, male, infertility, miscarriage, prenatal diagnosis

Wprowadzenie

Niepowodzenia prokreacyjne to sytuacje, w których pojawiają się zakłócenia w naturalnym i prawidłowym przebiegu ludzkiej prokreacji. Zaliczane są do nich między innymi: niepłodność, poronienie samoistne czy wewnątrzmaciczne obumarcie płodu

(Bielawska-Batorowicz, 2014, s. 418). Niektórzy autorzy wskazują, że także uzyskanie niepomyślnej diagnozy prenatalnej jest swoistą trudnością czy wyzwaniem na drodze prokreacji (Kornas-Biela, 2018, s. 149). Wszystkie te sytuacje łączy doświadczenie straty, choć za każdym razem przybiera ona nieco inny charakter. w przypadku niepłodności rodzice czasowo lub trwale przeżywają stratę możliwości biologicznego rodzicielstwa. W momencie otrzymania diagnozy poważnych zaburzeń rozwoju dziecka przed narodzeniem stają w obliczu straty ważnej wartości, jaką jest zdrowe potomstwo. Doświadczając poronienia samoistnego lub wewnątrzmacicznego obumarcia płodu tracą poczęte dziecko, a wraz z nim plany wspólnej przyszłości, nadzieje na jego wychowywanie, więź, którą zdążyli już z dzieckiem zbudować. Każda z tych sytuacji nosi znamiona wydarzenia znaczącego, istotnie zmieniającego bieg życia jednostki i jej rodziny. W literaturze przedmiotu znajdujemy wiele rozważań teoretycznych i doniesień z badań naukowych skupiających się wokół perspektywy kobiety przeżywającej trudności prokreacyjne. Równolegle podejmowane są nieliczne próby poszukiwania odpowiedzi na pytanie: w jaki sposób niepowodzenia prokreacyjne przeżywają mężczyźni, jak się do nich odnoszą, jak reagują, jakie preferują sposoby radzenia sobie z tą sytuacją trudną.

1. Niepłodność i jej konteksty psychologiczno-społeczne

Zgodnie z definicją proponowaną przez Światową Organizację Zdrowia o niepłodności mówimy, gdy w okresie co najmniej 12 miesięcy mimo regularnego współżycia i braku stosowania środków antykoncepcyjnych nie dochodzi do poczęcia dziecka (Łepecka-Klusek i in., 2012). Problem niepłodności dotyka oboje partnerów, a jego specyfika polega na tym, że objawem wyleczenia jest urodzenie dziecka. w literaturze medycznej termin „niepłodność” różnicuje się od pojęcia „bezpłodność”, gdzie pierwszy jest tożsamy z nie- możliwością poczęcia i urodzenia dziecka spowodowaną przyczynami występującymi jedynie czasowo i podlegającymi leczeniu, natomiast drugi odnosi się do sytuacji trwałej i nieodwracalnej, gdzie brak możliwości poczęcia jest determinowany wadami wrodzonymi lub nabytymi (Bidzan, 2010, s. 19). w zależności więc od rodzaju i kontekstu, problem niepłodności będzie niósł nieco inne konsekwencje psychiczne czy społeczne. Za każdym razem jednak będzie dotyczył nie tylko jednej osoby, ale również partnera czy współmałżonka, a w wielu przypadkach także szerszego grona bliskich im osób.

1.1. Psychologiczne aspekty niepłodności

Wielu autorów przychyliła się do stwierdzenia, że niepłodność niemal w każdym przypadku wywołuje poważny kryzys psychiczny. Jest swoistym doświadczeniem straty, której przedmiotem staje się realizacja wizji własnego rodzicielstwa. Powoduje zachwianie

poczucia sprawczości, wolności samostanowienia o sobie, możliwości podejmowania wyborów życiowych (Wąsiński, 2018, s. 152). w niektórych przypadkach zmusza do radykalnej zmiany dotychczasowego stylu życia i podporządkowania różnych sfer funkcjonowania wymaganiom związanym z długotrwałym staraniem o poczęcie dziecka (Podolska 2011, s. 25). Może pociągać za sobą lęk o przyszłość związany z niemożnością realizacji planów i koniecznością ich rewizji.

Uświadomieniu problemów z płodnością towarzyszy szereg emocji. Autorzy zajmujący się problematyką niepłodności wskazują, że można mówić o pewnym ogólnym wzorcu reakcji emocjonalnych. w pierwszej chwili pojawia się zwykle szok i zaskoczenie, nieraz powiązane z zaprzeczaniem istnienia problemu. w kolejnym etapie w odstępie czasu od diagnozy para stopniowo przystosowuje się do sytuacji i równolegle zaczyna rozważać poszukiwanie specjalistycznej pomocy. Towarzyszy im wówczas często złość, gniew, poczucie krzywdy, poczucie winy, czasem pojawiają się stany depresyjne. Wielu badaczy zwraca uwagę na pojawienie się fazy żałoby podobnej do tej przeżywanej po stracie kogoś bliskiego. Mimo, że nie nastąpiło tu realne odejście żyjącej osoby, jednak zarówno kobiety jak i mężczyźni niepłodni mówią o przeżywaniu straty odpowiadającej rozstaniu z bliską osobą. Żałoba odnosi się tu raczej do utraty marzeń i nadziei na spełnienie w rodzicielstwie postrzeganym jako istotna wartość. Ostatnim etapem reakcji jest próba zaakceptowania problemu i poszukiwania nowych form działalności dających parze spełnienie i poczucie sensu (Bidzan, 2006, s. 39-40).

Dla niektórych małżonków zrodzenie i wychowanie dzieci jest istotną wartością decydującą o sensie ich życia małżeńsko-rodzinnego. w takich sytuacjach niemożność poczęcia czy wydania na świat potomstwa stanowi poważne zaburzenie ich funkcjonowania. Badania wskazują na szerokie występowanie trudności psychicznych u osób leczonych z powodu niepłodności. Obserwowane są u nich stany depresyjne i lękowe. Długotrwała i nieskuteczna terapia w wielu przypadkach stanowi czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych i uzależnień (Holka-Pokorska i in., 2015).

Para postawiona przed diagnozą niepłodności staje jednocześnie przed koniecznością wyboru drogi dalszego działania. Wybór ten zazwyczaj rozgrywa się pomiędzy podjęciem leczenia, decyzją o adopcji lub o rezygnacji z posiadania potomstwa (Dembińska, 2018, s. 8). Najczęściej jednak działania te przeplatają się i tak przykładowo partnerzy po przejściu procesu leczenia ostatecznie decydują się na adopcję.

Decyzja wejścia w proces leczenia niepłodności staje się kolejną sytuacją wywołującą szereg trudnych przeżyć. Podejmowane terapie medyczne najczęściej nie gwarantują trwałej zmiany, co dla partnerów wiąże się z przedłużającym się stanem niepewności. Podjęcie leczenia niesie też za sobą szereg konsekwencji psychicznych zarówno dla kobiety, jak i mężczyzny. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez Dembińską (2018) w grupie niepłodnych kobiet, do najsilniej i najczęściej odczuwanych konsekwencji można zaliczyć:

obsesyjne myślenie o dziecku, labilność nadziei, poczucie zmęczenia, utratę pewności siebie, poczucie huśtawki nastrojów i smutek.

Obok szeregu konsekwencji psychologicznych, znaczenia nabiera także kontekst społeczno-kulturowy. Trudności prokreacyjne dotyczą bowiem jednostki, ale wpływają też na jej rodzinę, a w szerokim spojrzeniu niosą implikacje dla całego społeczeństwa (Bidzan, 2010, s. 67-69). Zależność ta jest jednak dwukierunkowa, bo również od reakcji społecznych, oczekiwań, wsparcia, przychylnych rozwiązań prawnych będzie zależało radzenie sobie z tym problemem poszczególnych osób i ich rodzin.

1.2. Społeczno-kulturowe aspekty niepłodności

Problem niepłodności, który jak się szacuje, na świecie dotyka około 10-18% partnerów w wieku rozrodczym, uznawany jest przez Światową Organizację Zdrowia za chorobę społeczną. w Polsce można mówić o około 10-15% par borykających się z niemożnością poczęcia i urodzenia dziecka. WHO postulując uznanie niepłodności za jedną z chorób społecznych zwraca uwagę nie tylko na jej szerokie rozpowszechnienie, ale także jej przewlekłość implikującą długi czas leczenia, ograniczone skutki terapii czy potrzebę stałej opieki medycznej oraz wielu regularnych wizyt lekarskich. Dodatkowo – jako choroba społeczna – niepłodność ogranicza możliwości wykonywania podstawowych zadań życiowych oraz stanowi duży problem nie tylko dla jednostki, ale również całego społeczeństwa (Łepecka-Klusek i in., 2012).

Niepłodność dla wielu par staje się czynnikiem stygmatyzującym społecznie, ze względu na powszechny i uznawany w większości kręgów kulturowych wzorzec rodzicielstwa. Niektóre badania wskazują, że funkcja prokreacyjna uznawana jest społecznie za jedną z najważniejszych w systemie rodzinnym. Taka hierarchizacja wartości naturalnego macierzyństwa i ojcostwa wiąże się z powstaniem swoistej presji społecznej, o której mówią w badaniach osoby bezpłodne (Przybył, 2003, s. 55). Niemożność wpisania się w oczekiwania społeczne budzi frustrację, poczucie porażki, odizolowania i wyobcowania (Bidzan, 2010, s. 70).

Małżeństwo bezdzietne określane bywa jako dysfunkcyjne. Socjologowie mówią tu o tzw. mechanizmie „naznaczenia społecznego”. „Niewpisanie się” w pewien zestaw cech uznawanych w społeczeństwie za normalne i typowe dla określonej grupy osób, jest postrzegane jako stygmat, odchylenie od normy. To z kolei powoduje naznaczenie społeczne czyli negatywną reakcję na zachowanie jednostki „innej”, różniące się od ogólnie przyjętego obrazu normy. Badania przeprowadzone przez I. Przybył pokazują, że kobiety i mężczyźni niepłodni określane są w społeczeństwie jako niespełnieni, cierpiący, nieszczęśliwi, z kompleksem (Przybył, 2003, s. 55). Konsekwencją naznaczenia społecznego może być samonaznaczenie osób niepłodnych polegające na zmianie obrazu własnej osoby

i ukształtowaniu nowej tożsamości zorientowanej wokół cechy nietolerowanej społecznie (Przybył, 2003, s. 50).

Diagnoza niepłodności stawia przed partnerami starającymi się o poczęcie dziecka konieczność leczenia pociągającego za sobą duże nakłady finansowe. Kosztowność wizyt i zabiegów w przebiegu terapii niepłodności stanowi dla niektórych osób przeszkodę nie do ominięcia. w związku z tym wiele par zostaje niejako wykluczonych z możliwości leczenia, nie mogąc sprostać wyzwaniom finansowym (Podolska, 2011, s. 7). Zaistnienie takich okoliczności dodatkowo potęguje u partnerów poczucie wyizolowania, już nie tylko z możliwości naturalnego poczęcia potomstwa, ale także z szansy wejścia na drogę medycznego rozwiązania ich problemu.

1.3. Niepłodność jako doświadczenie indywidualne i rodzinne

Skutki frustracji potrzeby prokreacyjnej dotyczą obojga małżonków, choć najczęściej w różnym stopniu i z różną intensywnością. Badania pokazują, że wpływ niepłodności na relację małżeńską może być konstruktywny – przejawiając się w umocnieniu więzi i poprawie funkcjonowania małżonków lub destruktywny – gdy trudności w poczęciu dziecka powodują nawarstwienie konfliktów i wzajemne oddalenie psychiczne (Bidzan, 2006, s.73). Wyniki badań E. Bielawskiej-Batorowicz (1991) pokazują, że w niektórych przypadkach diagnoza i leczenie niepłodności prowadzi do wzmocnienia więzi między partnerami. Natomiast badania A. Kalus (2002) dowodzą, że w małżeństwach, w których problem niepłodności dotyczy obu osób, w porównaniu z małżeństwami, gdzie niepłodna jest tylko jedna z nich, znacznie częściej następuje przystosowanie się i adaptacja do nowej trudnej sytuacji. Małżonkowie tacy starają się kompensować brak dziecka poprzez otwarcie się na adopcję lub inne formy działalności społecznej.

Analiza dostępnej literatury naukowo zajmującej się problemem niepłodności jednoznacznie wskazuje na dysproporcję w omawianiu aspektów psychologiczno-społecznych niepłodności w odniesieniu do kobiet i mężczyzn. w badaniach znacznie częściej podejmowany jest problem kobiecego doświadczenia niepłodności (Dembńska, 2018; Bidzan i in., 2011; Walentynowicz-Morył, 2014, 2016; Chanduszek-Salska, Kossakowska, 2018; Trzęsowska-Greszta i in., 2017), co jest zrozumiałe z kilku powodów. Przyczyny niepłodności najczęściej diagnozowane są po stronie kobiety, a skutki psychiczne również właśnie przez kobiety odczuwane są intensywniej. Badania wskazują między innymi, że kobiety, w których został zdiagnozowany problem niepłodności, cechują się niską akceptacją siebie w roli kobiety, zachwianiem poczucia własnej wartości, niezadowoleniem z siebie. Towarzyszy im często uczucie niekompletności i okaleczenia, co powoduje zaburzenia w poczuciu tożsamości (Whiteford, Gonzales, 1995).

Wydaje się jednak słusznym, by w omawianiu problematyki niepłodności, która ze swej istoty wydarza się zawsze w kontekście dwóch osób: kobiety i mężczyzny, poddać pod rozważanie także męską perspektywę doświadczania tego problemu (Bidzan, 2010, s. 53).

1.4. Mężczyzna w obliczu niepłodności

Mężczyzna może reagować na niepłodność na kilka sposobów. Niekiedy brak poczęcia dziecka, którego doświadcza, wynika z przyczyn istniejących jedynie po stronie jego partnerki. w innym przypadku źródło trudności zostaje zdiagnozowane po jego stronie, co znacząco wpływa na pojawiające się emocje i sposoby reagowania. Często dochodzi jednak do sytuacji, gdy przyczyna niepłodności leży zarówno po stronie mężczyzny, jak i kobiety. Wówczas w podejmowanym leczeniu najczęściej uczestniczą oboje. Badania A. Kalus (2002) dowodzą, że taka sytuacja może ułatwiać adaptację do życia z problemem niepłodności i wspólne twórcze poszukiwanie rozwiązań.

W literaturze podejmującej problematykę męskiego przeżywania problemu niepłodności spotkać można wiele sprzecznych poglądów. Pojawiają się bowiem wnioski sugerujące, że mężczyźni w związku z diagnozą niepłodności przeżywają mniej negatywnych emocji niż ich partnerki (Wright J. i in., 1991; Edelman, Connolly, 2000). Wielu badaczy przychyliło się jednak do stwierdzenia, że również w przypadku mężczyzn można mówić o silnych reakcjach emocjonalnych, takich jak: depresja, smutek, żal. Mężczyznom towarzyszy silne odczucie niepokoju i lęku (Shahraki i in., 2019). Diagnoza niepłodności wpływa także na ich samoocenę i postrzeganie siebie – u niepłodnych mężczyzn zaobserwowano niższe poczucie własnej wartości (Glover i in., 1999).

Utrwalony społecznie stereotyp mężczyzny powściągliwego w okazywaniu emocji wpływa na sposób reagowania także w obliczu diagnozy niepłodności. Mężczyźni zwracają uwagę na konieczność tłumienia przeżywanych uczuć. Dostrzegają i podejmują stojące przed nimi zadanie wspierania partnerki doświadczającej bolesnych stanów emocjonalnych, a ukrywanie swoich uczuć traktują jako formę jej ochrony (Wischmann, Thorn, 2013).

Doświadczenie niepłodności przeżywają jako stygmatyzujące, szczególnie jeśli przyczyna trudności zostaje zdiagnozowana po ich stronie. Częściej niż kobiety traktują oni swoją niepłodność jako kwestię wstydliwą, co utrudnia poszukiwanie wsparcia społecznego. Problemy z poczęciem – w ich percepcji – powiązane są z niesprawnością w sferze seksualnej (Mendel, 2009, s. 78). To więc pociąga to obniżenie poczucia własnej wartości, choć jeśli chodzi o satysfakcję z małżeństwa, okazuje się, że mężczyźni niepłodni – w przeciwieństwie do niepłodnych kobiet – rzadko oceniają swój związek jako nieszczęśliwy (Kostyk, 1996).

2. Diagnoza poważnych zaburzeń rozwoju dziecka na etapie prenatalnym

Wraz z rozwojem usług medycznych oraz ich większą dostępnością i rutynowością, nowym problemem w przestrzeni prokreacji staje się sytuacja otrzymania przez rodziców niepomyślniej diagnozy prenatalnej. Niewątpliwie możliwość korzystania z nowoczesnych metod badania rozwoju dziecka przed narodzeniem niesie za sobą wiele korzyści, jak choćby wyciszenie lęku rodziców o zdrowie dziecka, czy rozpoczęcie terapii zaburzeń już na tym wczesnym etapie (Kornas-Biela, 2012). Pozostaje jednak wiele sytuacji, w których po uzyskaniu informacji o poważnych wadach rozwoju dziecka, brak możliwości jakiegokolwiek leczenia lub jego nieskuteczność stawia rodziców w niezwykle trudnej sytuacji.

2.1. Rozwój diagnostyki prenatalnej i medykalizacja ciąży

Jak zauważa D. Kornas-Biela (2012) współcześnie mamy do czynienia z paradoksalnym zjawiskiem polegającym na zwiększeniu niepokoju rodziców o zdrowie ich dziecka przed narodzeniem, przy równoległym rozwoju i upowszechnieniu badań prenatalnych, umożliwiających coraz wcześniejsze i coraz dokładniejsze wykrywanie nieprawidłowości (tamże, s. 174). Medykalizacja ciąży i porodu wiąże się z włączeniem kobiety oczekującej narodzin dziecka w szereg procedur medycznych, począwszy od częstych badań USG, przez wielokrotnie ponawiane badania laboratoryjne, po bardziej skomplikowane, ale zalecane po przekroczeniu cezury wieku matki, badania inwazyjne, jak amniopunkcja czy biopsja kosmówki. Udział w badaniach i oczekiwanie na ich wyniki wywołuje u rodziców przedłużające się stany niepewności i niepokoju (Kleszcz-Szczyrba, 2016, s. 148).

Istnieją wyraźne przesłanki poddające w wątpliwość etyczny charakter badań prenatalnych. Niepomyślna diagnoza prenatalna stawia rodziców przed koniecznością wyboru dalszej drogi postępowania, a więc decyzji o kontynuowaniu ciąży, podjęciu leczenia (o ile jest możliwe) lub tzw. terminacji ciąży. Rozwój diagnostyki prenatalnej niesie więc za sobą ryzyko aborcji eugenicznej, a tym samym kształtowania w społeczeństwie przekonania o uwarunkowaniu przyzwolenia na życie jego jakością. Takie rozwiązanie stanowi poważne zagrożenie dla bezwarunkowej afirmacji życia ludzkiego. Traci wówczas na znaczeniu fundamentalny szacunek należny każdemu człowiekowi ze względu na jego osobową godność, którą on posiada na każdym etapie rozwoju, w tym także na etapie embrionu (Machinek, 2016, s. 32).

2.2. Uzyskanie niepomyślnej diagnozy prenatalnej jako sytuacja trudna dla rodziców

Otrzymanie przez rodziców oczekujących narodzenia dziecka informacji o poważnych zaburzeniach jego rozwoju jest wydarzeniem trudnym, krytycznym, wywołującym szereg emocji, znacząco modyfikującym plany na przyszłość. Wiąże się często z zachwianiem poczucia bezpieczeństwa i kontroli nad życiem w związku z przeżywaniem przez rodziców bezradności i braku realnych szans zaradzenia powstałemu kryzysowi. Pojawiają się takie emocje jak: lęk, niepokój, wstyd, gniew, poczucie krzywdy i bycia ofiarą, głębokie cierpienie, smutek, żal i żaloba (Kornas-Biela, 2012, s. 179).

Przeżycia rodziców i ich sposoby radzenia sobie są uwarunkowane licznymi czynnikami. Znaczenie ma tu między innymi wiek dziecka, siła powstałej więzi pomiędzy rodzicem a dzieckiem, rodzaj i skutki stwierdzonych wad lub zaburzeń jego rozwoju, ale także czas oczekiwania na poczęcie dziecka, system wartości uznawanych przez rodziców, w tym podejście do zdrowia i choroby. Czynnikiem moderującym przeżycia będzie także obecność i jakość wsparcia społecznego, siła małżeńskiej lub partnerskiej więzi, ale także sytuacja prawna w danym państwie zakładająca szeroki system wsparcia osób z niepełnosprawnością lub też jego brak (tamże, s. 179-180).

Rodzice otrzymujący negatywną informację o stanie zdrowia ich dziecka znajdują się w trudnej sytuacji. Badania pokazują, że uzyskanie niepomyślnej diagnozy prenatalnej jest skorelowane z osłabieniem procesu rozwoju więzi na linii rodzice-dziecko. Ze względu na ryzyko wiążące się z chorobą dziecka, rodzice często usiłują ograniczyć wyobrażenia wspólnego życia z nim, stają się mniej zaangażowani w różne formy kontaktu, jak mówienie do dziecka, głaskanie brzucha, planowanie wspólnej przyszłości. w ten sposób rodzice, którzy obawiają się o zdrowie i życie swojego dziecka, uciekają się do mechanizmu obronnego mającego w ich mniemaniu zabezpieczyć przed silnym przeżywaniem straty (Kleszcz-Szczyrba, 2016, s. 149).

2.3. Mężczyzna-ojciec w obliczu niepomyślnej diagnozy prenatalnej

Uzyskanie informacji o poważnych wadach dziecka wynikającej z badań prenatalnych jest znaczącym doświadczeniem, także dla mężczyzny - ojca. Oczekiwany przez niego prawidłowy przebieg ciąży i zdrowy rozwój dziecka staje się tym samym niemożliwy, a frustracja tej podstawowej potrzeby budzi szereg negatywnych emocji. Mężczyźni, podobnie jak ich partnerki, mogą reagować szokiem i złością, poczuciem krzywdy, zagubienia, żalem, poczuciem bezradności i osamotnienia (Kornas-Biela, 2018, s. 152).

Mężczyzna wraz z żoną (lub partnerką) staje przed zadaniem podjęcia decyzji, co do przyszłości ich nienarodzonego dziecka. Wśród możliwych opcji jest zmuszony wybierać między podtrzymaniem ciąży i podjęciem leczenia – najczęściej niedającego się przewidzieć w skutkach, a zakończeniem ciąży przy skorzystaniu z prawa dopuszczającego aborcję w takiej sytuacji. Konsekwencje każdego z rozwiązań dotyczą obojga rodziców, włącznie z ponoszeniem odpowiedzialności moralnej za nie. Współcześnie zauważyć można brak obecności ojca w debacie dotyczącej aborcji eugenicznej (Kmieciak, 2017, s. 87). Zarówno w rozwiązaniach prawnych, jak i w powszechnej praktyce realizacji prawa, akcentowana jest niezależność i wyłączność kobiety w decydowaniu o losie dziecka, które się w niej rozwija. Brakuje uznania roli i potencjału mężczyzny, który w obliczu niezwykle trudnej emocjonalnie sytuacji, jaką jest otrzymanie niepomyślnej diagnozy prenatalnej, ma możliwość w sposób konstruktywny włączyć się w proces podejmowania decyzji, co do przyszłości dziecka.

3. Poronienie samoistne i wewnątrzmaciczne obumarcie płodu

Śmierć dziecka przed narodzeniem jest zawsze sytuacją trudną dla jego rodziców, czasem przeżywaną jako traumatyczna. w literaturze wyróżnia się termin *poronienia samoistnego* – kiedy zakończenie ciąży nastąpiło przed 22. tygodniem jej trwania oraz *wewnątrzmaciczne obumarcie płodu* – w sytuacji, gdy dziecko rodzi się bez oznak życia po 28. tygodniu ciąży (za: Bielawska-Batorowicz, 2014).

3.1. Strata dziecka przed narodzeniem jako sytuacja trudna dla rodziców

Strata dziecka na jakimkolwiek etapie jego prenatalnego rozwoju niesie za sobą szereg negatywnych emocji przeżywanych przez jego rodziców. Pojawia się smutek, żal, depresja, lęk, poczucie krzywdy, rozpacz, poczucie winy (tamże; por. także: Kleszcz-Szczyrba, 2014; Guzdek, 2017). Rodzice stają przed doświadczeniem często wykraczającym poza ich możliwości adaptacyjne, dotychczasowe sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Przeżywany ból staje się tym większy, im bardziej dziecko było wyczekiwane, a czas jego rozwoju i przebywania w łonie matki był dłuższy (Bielawska-Batorowicz, 2014, s. 424).

Po poronieniu czy stracie dziecka na późniejszych etapach ciąży rodzice najczęściej wchodzi w proces przeżywania żałoby. w ich percepcji utracili bliską osobą, stąd fazy żałoby są zbliżone do tych, które następują w przypadku śmierci narodzonego członka rodziny. Według C. Sanders (2001) mogą to być następujące etapy: szok, uświadomienie sobie straty, chronienie siebie (wycofanie się), powracanie do zdrowia i odnowa. W pierwszej chwili na informację o śmierci dziecka rodzice najczęściej reagują szokiem

i niedowierzaniem. Może się pojawić zaprzeczanie, jako mechanizm obronny uruchamiający się w obliczu wydarzenia trudnego. Po upływie pewnego czasu, dochodzi zazwyczaj do uświadomienia sobie straty. Zmierzenie się z faktem nieodwracalnego odejścia bliskiej osoby wymaga od rodziców dużego wysiłku, który z kolei wywołuje zmęczenia i wejście w fazę wycofania. Na tym etapie doświadczają oni głębokiego smutku płynącego ze straty. Jeśli rodzice dają sobie czas na odpoczynek i nabranie sił, w kolejnym etapie zaczynają powracać do zdrowia poprzez stopniową akceptację śmierci dziecka i próbę nowego poszukiwania swojej tożsamości jako rodzica (Sanders, 2001).

W pozytywnym przepracowaniu straty prokreacyjnej pomocne są rytuały dające okazję pożegnania się z dzieckiem czy wyrażenia uczuć do niego kierowanych (Baranowska, 2017, Kleszcz-Szczyrba, 2014). Jednym z nich jest nadanie dziecku imienia, co ułatwia zaakcentowanie jego krótkiej, ale ważnej obecności. Takim rytuałem jest także pogrzeb dziecka zmarłego przed narodzeniem, podczas którego następuje pożegnanie z nim rodziców, rodzeństwa, dalszej rodziny (Guzdek, 2017, s. 259). Sprawowanie rytuałów daje rodzicom możliwość upewnienia się, że ich dziecko – mimo, że nie zdażyło się narodzić lub urodziło się jako martwe – jednak zaistniało, a jego krótka obecność była niezaprzeczalna i ważna.

3.2. Mężczyzna-ojciec w obliczu straty dziecka

Naturalne różnice w budowaniu więzi z dzieckiem prenatalnym, jakie można zaobserwować między jego matką i ojcem, przekładają się na różnice w przeżywaniu jego straty po poronieniu. Ojciec nawiązuje relację z dzieckiem później niż matka, a jego wyobrażenia na temat dziecka najczęściej kształtują się w miarę zmian dostrzeganych w wyglądzie jego partnerki i możliwości udziału w wizualizacji podczas badania USG. W związku z tym przeżywanie straty przez kobietę i mężczyznę również będzie odmienne. Jeśli do poronienia doszło na wczesnym etapie ciąży, mężczyźni zwykle trudniej jest zrozumieć silne i przedłużające się reakcje partnerki (Kleszcz-Szczyrba, 2014, s. 183).

Wnioski z badań przeprowadzonych przez B. McCreight (2004) sygnalizują doświadczenia mężczyzn w obliczu poronienia. Mężczyźni, którzy tracą swoje dziecko przed narodzeniem, podobnie jak ich partnerki przeżywają poczucie winy. Poszukują w pamięci różnych sytuacji, w których mogliby postąpić w inny, niż to się stało, sposób. Większość z nich uczestniczyła w badaniach USG wykonywanych w trakcie ciąży, co w ich percepcji, dało im możliwość nawiązania szczególnej relacji z dziećmi i nabrania poczucia ich realnej obecności w rodzinie. Jak opisują badani, poronienie wiąże się dla nich z załamaniem wizji szczęśliwej przyszłości rodziny. Wraz z utratą dziecka doświadczają straty marzeń i nadziei dotyczących wspólnej przyszłości (tamże).

Mężczyźni mają poczucie ciężkiej na nich konieczności odsunięcia od siebie przeżywania smutku i silnych emocji na rzecz zapewnienia odpowiedniego wsparcia matce dziecka. z obawy przed obciążeniem bliskiej osoby, decydują się nie wspominać o towarzyszących im bolesnych emocjach (Miller i in., 2019). Swoją rolę postrzegają w zachowaniu spokoju i siły, a tym samym byciu oparciem dla potrzebującej ich parterki.

Poronienie lub wewnątrzmaciczne obumarcie płodu najczęściej wiąże się z koniecznością hospitalizacji kobiety. w związku z tym to na mężczyznę najczęściej spoczywa obowiązek powiadomienia rodziny i znajomych o stracie dziecka oraz zorganizowanie wszelkich formalności związanych ze zgłoszeniem śmierci dziecka czy ewentualnym przygotowaniem pogrzebu. Konfrontacja z reakcjami otoczenia u wielu z nich wywołuje poczucie bycia nierozumianym i osamotnionym (McCreight, 2004).

Podsumowanie

Niepowodzenia prokreacyjne, zarówno dla kobiety jak i mężczyzny, zawsze są doświadczeniem zaskakującym i nieoczekiwanym. Ich pojawienie pociąga za sobą konkretną stratę, z którą trudno jest się pogodzić, i która zmienia dotychczasowe wizje oraz plany. W literaturze psychologiczno-pedagogicznej wiele miejsca poświęca się przeżyciom kobiet stających w obliczu niepłodności, niepomyślnej diagnozy prenatalnej czy śmierci dziecka przed narodzeniem. Znacznie rzadziej prowadzone są badania służące opisaniu perspektywy mężczyzn, którzy mierzą się z trudami niepomyślnej prokreacji i doświadczają jej skutków psychicznych oraz społecznych. Diagnoza niepłodności, poważnej wady dziecka prenatalnego czy poronienie samoistne niosą szereg negatywnych emocji, inicjują proces żałoby, wymuszają zmianę planów (Bielawska-Batorowicz, 2004, s. 420-428). Skuteczne wsparcie w przeżywaniu tych trudnych chwil wymaga głębokiego wniknięcia w przeżycia, zarówno kobiet jak i mężczyzn.

Bibliografia:

- Baranowska, B. (2017). Sposoby zachowywania pamięci po dziecku w stracie prokreacyjnej, *Studia nad Rodziną*, 2 (43), 69-78.
- Bidzan, M. (2006). *Psychologiczne aspekty niepłodności*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Bidzan, M. (2010). *Niepłodność w ujęciu bio-psycho-społecznym*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Bidzan, M., Podolska, M., Bidzan, L., Smutek, J. (2011). Cechy osobowościowe a poczucie osamotnienia kobiet leczonych z powodu niepłodności, *Ginekologia Polska*, 7, 508-513.
- Bielawska-Batorowicz, E. (1991). Psychologiczne aspekty niepłodności, *Przegląd Psychologiczny*, 34, 103-119.

- Bielawska-Batorowicz, E. (2014). Trudności w realizacji planów prokreacyjnych i ich skutki dla rodziny, (w:) *Psychologia rodziny*, I. Janicka, H. Liberska (red.), 412-436, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Chanduszko-Salska, J., Kossakowska, K. (2018). Stres a objawy depresji i sposoby radzenia sobie u kobiet z niepłodnością i kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, *Folia Psychologica*, 22, 73-96.
- Dembińska, A. (2018). *Psychologiczne aspekty zmagania się kobiet z niepłodnością. Wahadło nadziei*, Warszawa: Difin.
- Guzdek, P. (2017). *Rozpoznaj swoje dziecko we mnie... Rzecz o poronieniu samoistnym dziecka i jego pogrzebie*, Kraków: Wydawnictwo Scriptum.
- Holka-Pokorska, J., Jarema, M., Wichniak, A. (2015). Kliniczne uwarunkowania zaburzeń psychicznych występujących w przebiegu terapii niepłodności, *Psychiatria Polska*, 49 (5), 965-982.
- Kalus, A. (2002). *Bezdzielnosc w małżeństwie*, Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego.
- Kleszcz-Szczyrba R. (2014). „Witraże w ciemności” czyli o przedwczesnej śmierci dziecka. *Książka niosąca światło*, Katowice: Księgarnia św. Jacka.
- Kleszcz-Szczyrba, R. (2016). Radzenie sobie ze stratami prenatalnymi i perinatalnymi jako wyzwanie naszych czasów, (w:) R. Kleszcz-Szczyrba, A. Gałuszka (red.), *Utrata i żaloba. Teoria i praktyka*, 145-154, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Kmieciak, B. (2017). Postać ojca w dyskusjach dotyczących aborcji eugenicznej. Uwagi prawnopedagogiczne, *Studia nad Rodziną*, 2 (43), 79-93.
- Kornas-Biela, D. (2012). Afirmacja życia w kontekście jego zagrożeń po niepomyślnej diagnozie prenatalnej, (w:) *Życie i śmierć. Wyzwania działalności charytatywnej*, J. Stala (red.), 171-188, Tarnów: Wydawnictwo Polihymnia.
- Kornas-Biela, D. (2018). Niepomyślna diagnoza prenatalna wyzwaniem dla rodziców, personelu medycznego oraz społeczeństwa, (w:) *Wyzwania i zagrożenia bioetyczne XXI wieku*, W. Sinkiewicz, R. Grabowski (red.), 149-180, Bydgoszcz: Bydgoska Izba Lekarska.
- Kostyk, M. (1996). Psychologiczne uwarunkowania leczenia niepłodności małżeńskiej, *Medipress Ginekologia – Położnictwo*, 1, 8-14.
- Łepecka-Klusek, C., Pilewska-Kozak, A.B., Jakiel G. (2012). Niepłodność w świetle definicji choroby podanej przez WHO, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, tom 18, 2, 163-166.
- Machinek, M. (2016). Czy wartość poczętego życia ludzkiego można mierzyć jego jakością?, (w:) *Początek ludzkiego życia – bioetyczne wyzwania i zagrożenia*, W. Sinkiewicz, R. Grabowski (red.), 23-40, Bydgoszcz: Dom Wydawniczy Margrafen.
- McCreight, B.S. (2004). a grief ignored: narratives of pregnancy loss from a male perspective, *Sociology of Health & Illness*, 26 (3), 326-350.

- Mendel, A. (2009). Psychologiczne aspekty diagnozy i leczenia niepłodności, (w:) *Niepłodność – zagadnienie interdyscyplinarne*, E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski (red.), 73-80, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Miller, E.J., Temple-Smith, M.J., Bilardi, J.E. (2019). 'There was just no-one there to acknowledge that it happened to me as well': A qualitative study of male partner's experience of miscarriage. *PLoS One*. May 28; 14(5): e0217395. doi: 10.1371/journal.pone.0217395.
- Podolska, M.Z. (2011). *Niepłodność i jej następstwa psychologiczne. Stan badań i perspektywy*, Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Przybył, I. (2003). Naznaczenie społeczne i samonaznaczenie osób niepłodnych, *Roczniki Socjologii Rodziny*, XV, s. 47-61.
- Sanders, C.M. (2001). *Jak przeżyć stratę dziecka. Powrót nadziei*, Gdańsk: GWP.
- Shahraki, Z., Afshari, M., Ghajarzadeh, M., Tanha, F. D. (2019). How Different are Men with Infertility-Related Problems from Fertile Men in Prevalence of Depression, Anxiety and Quality of Life?, *Maedica – a Journal of Clinical Medicine*, 14 (1), 26-29.
- Trzęsowska-Greszta, E., Jastrzębski, J., Sikora, R., Fiałek, M., Trębicka P. (2017). Poziom depresji u kobiet z utrudnioną prokreacją a styl radzenia sobie ze stresem i płęć psychologiczna, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 1 (29), 191-215.
- Walentyłowicz-Morył, K. (2014). Kobiety „niestuprocentowe”? Sposoby definiowania kobiecości przez kobiety doświadczające pierwotnych trudności prokreacyjnych, *Dyskursy Młodych Andragogów*, 15, 245-261.
- Walentyłowicz-Morył, K. (2016). Tajemnice kobiecego ciała. Doświadczenia kobiet zmagających się z niepłodnością nieznanego pochodzenia, *Dyskursy Młodych Andragogów*, 17, 341-356.
- Wąsiński, A. (2018). *Autokreacja małżonków bezdzietnych do wielowymiarowego rodzicielstwa adopcyjnego. Perspektywa pedagogiczno-antropologiczna*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Whiteford, L., Gonzales, L. (1995). Stigma: The Hidden Burden of Infertility, *Social Science of Medicine*, 1, 27-36.
- Wischmann, T., Thorn P. (2013). (Male) infertility: what does it mean to men? New evidence from quantitative and qualitative studies, *Reproductive BioMedicine Online*, 27, 236-243.
- Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., Bissonnette, F., Benoit, J, Girard, Y. (1991). Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently, *Fertil Steril*. 55, 100-108.