

Katarzyna Skreczko
Instytut Psychologii
UKSW

Przyczyny niepłodności w małżeństwie – dramat bezdzietności

Większość par zawierających związek małżeński pragnie być rodzicami dla swoich biologicznych dzieci. Jest to zjawisko zupełnie naturalne i oczywiste, zgodne z celami małżeństwa oraz jego dynamicznym charakterem. Przez całe wieki prokreacja była uważana za nieodzowny element małżeństwa oraz przez osoby wierzące – za błogosławieństwo samego Boga. Dzieci wzmacniają małżeńską miłość, są faktycznym bogactwem rodziców. Osoby zakochane w sobie chcą mieć coś, co będzie w sposób szczególny "ich" - jako owoc wspólnej decyzji i działania. Czują, że będzie to ich łączyć. Nie może być nic bardziej wspólnego i osobistego dla małżonków niż ich dzieci. Każde dziecko jest jedynym w swoim rodzaju żywym pomnikiem ich miłości.

Niestety istnieje liczna grupa małżonków, dla których dziecko jest nieraz największym i wciąż nieosiągalnym marzeniem życia. Niemożność posiadania dziecka dla tych, którzy dojrzeli do tego, by je mieć, jest dramatem, ciężką próbą, stanowi istotny brak we wzajemnej relacji małżonków¹. Z powodu braku dziecka dochodzi niejednokrotnie do głębokich kryzysów w związku. Biorąc to pod uwagę, nie dziwi ogromne zainteresowanie małżonków rozwojem nauk biologiczno-chemicznych. Zrozumiałe są też starania lekarzy, którzy pragną udzielić im skutecznej pomocy w zrealizowaniu celu jakim jest rodzicielstwo.

1. Pojęcie niepłodności

Bezdzietność ma swoje źródło w niepłodności. „Powszechnie przyjęto definicję niepłodności jako brak potomstwa po 12-miesięcznym okresie regularnego współżycia bez stosowania środków antykoncepcyjnych” (Domitrz, Kulikowski, 1997, s. 14). Nie jest to jednak ścisła definicja. Należy pamiętać, że jeżeli młoda i zupełnie zdrowa para współżyje w czasie najbardziej korzystnym do poczęcia, to jego prawdopodobieństwo nie przekracza 40%. Z wiekiem płodność spada, ponadto

¹ Szacuje się, że ok. 20-25% małżeństw cierpi z powodu bezpłodności (Pawłowicz, 2009, s. 102).

nie każdy z nas jest całkowicie zdrowy, więc w praktyce, w całej populacji ten wskaźnik nie przekracza 20%. Specyfika niepłodności polega na tym, że chociaż oddzielnie kobieta i mężczyzna mogą mieć dobry stan zdrowia, będąc razem nie udaje im się doprowadzić do urodzenia dziecka (Bidzan, 2006, s. 13).

Pojecie niepłodności wiąże się nierozdzielnie z parą ludzi. Brak dziecka w małżeństwie może być spowodowany bezpłodnością lub niepłodnością męską jak i żeńską. Stąd mówi się o męskich i żeńskich czynnikach niepłodności. W ostatnich latach problem małżeństw niepłodnych staje się coraz bardziej istotny, ponieważ z roku na rok przybywa osób z tym problemem (tamże, s. 11).

2. Przyczyny niepłodności

Specyfika niepłodności polega na tym, że chociaż oddzielnie mężczyzna i kobieta mogą mieć bardzo dobry stan zdrowia, niemniej będąc razem, nie udaje im się doprowadzić do urodzenia dziecka. Statystyki pokazują, że przyczyny niepłodności u ok. 50% małżeństw dotyczą kilku różnych czynników zarówno męskich, jak i żeńskich jednocześnie. Na ogół przyjmuje się, że w około 36-50% przypadków niepłodności małżeńskiej przyczyna leży po stronie kobiety, w 25-50% głównie po stronie mężczyzny. Należy jednak podkreślić, że ostatnio coraz częściej publikowane są dane wskazujące na wyższy odsetek niepłodnych mężczyzn w porównaniu z niepłodnymi kobietami (Niewidomska, 2005, s. 38; por. także: Orzeszyna, 2005, s. 39). Zauważyć trzeba, że poglądy na udział i rolę różnych czynników zmieniają się i są bardzo rozbieżne w ocenie autorów.

2.1. Niepłodność kobiet

Niepłodność żeńska wyraża się w niezdolności do zajścia w ciążę lub w niezdolności do donoszenia płodu. Na niepłodność kobiety wpływa cały układ psycho-neuro-hormonalny (tamże, s. 39).

Biorąc pod uwagę czynnik etiologiczny przyczyny niepłodności kobiet najczęściej dzielone są na pięć grup:

1. Przyczyny jajnikowe – związane są z nieprawidłowościami funkcjonalnymi oraz strukturalnymi, należą do nich:

- zaburzenia jajczkowania, oceniane jako 40% przypadków niepłodności;
- pierwotny niedorozwój jajników;
- przedwczesne wygasanie czynności jajników;
- hiperandrogenizm w następstwie wielotorbielowatości jajników;
- guzy jajników;

2. Przyczyny jajowodowe - zaburzenie funkcji jajowodów, jaką jest transport

komórki jajowej z jajowodu do macicy, a także zapewnienie mikrośrodowiska do zapłodnienia komórki jajowej przez plemniki i pierwszych podziałów zygoty (Bidzan, 2006, s. 19-20).

Okolo 30% wszystkich przyczyn niepłodności stanowi upośledzenie drożności jajowodów. Zarastanie światła jajowodu może być następstwem przebytych procesów zapalnych, które najczęściej są spowodowane zakażeniami przenoszonymi drogą płciową lub zabiegiem operacyjnym, np. wyrostka robaczkowego lub torbieli jajnika. Jeszcze inną przyczyną może być przebyta ciąża jajowodowa lub zabieg sterylizacyjny. Podsumowując, czynnik jajowodowy to niedrożność, nieprawidłowe ruchy lub brak ruchów perystaltycznych jajowodu, nieprawidłowy stan nabłonka (morfologiczny i czynnościowy – w sensie ruchowym i wydzielniczym). Niepłodność ta wynikać może z zaburzeń rozwojowych lub wtórnych. Przyczyny jajowodowe niepłodności możemy podzielić na wtórne i pierwotne. Pierwotne, występują jako rezultat wad wrodzonych, np.: niedrożność jedno- lub obustronna jajowodów, całkowity ich brak, ślepe zachyłki, itp. Przyczyny wtórne to nabyte najczęściej w drodze przeżytych stanów chorobowych (tamże, s. 19).

Proces zapalny dotyczy błony śluzowej macicy i stamtąd może przedostać się do jajowodów. Kolejną przyczyną powstawania zmian w świetle jajowodu może być endometrioza, tj. obecność czynnej błony śluzowej macicy poza jej prawidłową lokalizacją, która prowadzi do zniszczenia i zniekształcenia struktury jajowodu (Orzeszyna, 2005, s. 45).

1. Przyczyny maciczne, związane z uniemożliwieniem implantacji zarodka w ścianie macicy. Wszelkie wady macicy, która odgrywa przecież ogromną rolę, mogą być przyczyną bezdzietności. W tym przypadku również możemy mówić o przyczynach wrodzonych lub nabytych. Nabyte mogą pojawić się np. po wyłyżeczkowaniu macicy, następują wtedy uszkodzenia zapalne i urazowe; zrosty śródmaciczne (zrosty Ashermana), mięśniaki podśluzówkowe i śródścienne, mogące utrudniać transport plemników do jajowodów lub zniekształcać jamę macicy. Do wrodzonych należy bark macicy, jej nieprawidłowe położenie, kształt, niedorozwój. Wady rozwojowe macicy są przyczyną poronień, przedwczesnych porodów, rzadziej natomiast bezpłodności (Bidzan, 2006, s. 20).

2. Przyczyny pochwowe, objawiające się niewłaściwym kształtem i wymiarami pochwy, stanem zapalnym, wywołanym czynnikami bakteriologicznymi i biochemicznymi. Mogą być to zaburzenia wrodzone, takie jak brak pochwy, zarosnięcie lub przegroda pochwy. Wady pochwy są najczęściej wynikiem nieprawidłowego rozwoju dalszego segmentu zawiązka maciczno-pochwowego. W tych sytuacjach zachowana jest prawidłowa budowa jajowodów i czynność jajników (Encyklopedia Zdrowia, 2011, s. 1818).

3. Przyczyny endokrynologiczne. Proces rozrodu jest kontrolowany przez mechanizmy endokrynologiczne. Jeśli zostaną one zaburzone, może pojawić się

problem w zapłodnieniu lub donoszeniu ciąży. Podwzgórze wydziela hormon GnRH, który wpływa na pracę przysadki mózgowej i pobudza ją do produkcji gonadotropin. Gonadotropiny pobudzają jajniki do wydzielania hormonów, które odgrywają podstawową rolę w regulacji cykli owulacyjnych u kobiet.

Do pozostałych ogólnoustrojowych czynników mogących wpływać na płodność można zaliczyć zaburzenia czynności tarczycy, ciężkie, przewlekłe choroby, nieleczoną cukrzycę, stosowanie niektórych leków, choroby przenoszone drogą płciową (Bidzan, 2006, s. 21).

2.2. Niepłodność mężczyzny

Rozpatrując problem niepłodności małżeńskiej, warto podkreślić, że w 40% przypadków przyczyna leży po stronie małżonka. Przy czym ostatnie doniesienia podkreślają wzrost czynnika niepłodności męskiej, który w niedługim czasie może stać się dominujący. Niepłodność męska polega na utrudnieniu lub niemożliwości współżycia i jest powodowana m.in. urazem zewnętrznych narządów płciowych, zaburzeniami wzwodu i wytrysku nasienia. Drugą trudnością jest niemożność zapładniania, czego przyczyną jest zwykle wada nasienia (Orzeszyna, 2005, s. 48).

Ogólnie rzecz biorąc, płodność męska jest olbrzymia – w jednym wytrysku nasienia znajduje się przeciętnie ok. 200 milionów plemników, przy czym 70-80% z nich powinno być prawidłowo zbudowane wykazywać ruchliwość. Im niższa jest ta liczba, tym mniej wartościowe jest nasienie. Nawet 5% czy 20% żywych plemników to zapewne duża liczba, ale trzeba pamiętać, że zapłodnienie to proces, w którym wielką rolę odgrywają pewne substancje, wytwarzane tak przez jajo jak przez plemniki. I jeśli plemników jest za mało, zbyt niskie jest stężenie tych substancji, do zapłodnienia nie dochodzi (Wiśniewska-Roszkowska, 1995, s.126).

Coraz bardziej zanieczyszczone środowisko naturalne i życie w ciągłym stresie powodują, że parametry płodności nasienia męskiego od kilkudziesięciu lat obniżają się w ogromnie zastraszającym tempie. Niewielka ilość plemników w nasieniu, połączona z ich małą ruchliwością budzi obawy lekarzy, gdyż szanse na zaistnienie ciąży są znacznie niższe. Niepłodność mężczyzny ujawnia się najczęściej w niewystarczającej ilości plemników i ich upośledzonej ruchliwości (Graczyk, 1999, s. 301).

Warto wspomnieć, że jeszcze na początku lat sześćdziesiątych ubiegłego stulecia przyjmowano, że u płodnego mężczyzny w nasieniu znajdować powinno się, co najmniej, 60 mln plemników na mililitr nasienia, z których ponad 90% powinno wykazać ruchliwość. Obecnie normy są znacznie niższe (Bidzan, 2006, s. 22).

Nie pozostaje bez znaczenia dla zapłodnienia stan plemnika zapładniającego jajo. Zapłodnienie przez plemnik upośledzony, patologiczny, może być przyczyną

nieprawidłowego rozwoju jaja płodowego, a w następstwie prowadzić do poronienia czy obumarcia ciąży. Może być także powodem wad wrodzonych płodu (Encyklopedia Zdrowia, 2011, s. 1820). Niezdolność do zapłodnienia może być nabyta lub wrodzona. Nieodwracalną niepłodność powodują m.in. brak nabłonka plemnikotwórczego, obustronne nieleczone wnętrostwo przed okresem dojrzewania płciowego, nieprawidłowość w garniturze chromosomalnym polegające na istnieniu dodatkowego chromosomu X, pozapalny zanik jąder, który jest powikłaniem nagminnego zapalenia przyusznic, nieprawidłowy rozwój dróg wyprowadzających nasienie, np. brak najądrzy i nasieniowodu lub ich niedorozwój (tamże, s. 1908).

Całkowita niepłodność lub krańcowe obniżenie płodności może być spowodowane przez zaburzenia czynności takich gruczołów wydzielania wewnętrznego, jak tarczyca, nadnercza, a w szczególności podwzgórza i przysadka. Natomiast przyczyną impotencji, która uniemożliwia odbywanie stosunków płciowych, może być cukrzyca. Nabłonek plemnikotwórczy, aby dobrze spełniał swoją czynność musi być właściwie odżywiany i odpowiednio utleniany. Istotna jest również termoregulacja jąder, dlatego żyłki powrózka nasiennego, wodniaki jąder oraz jednostronne wnętrostwo powodują często obniżenie płodności. Nie bez znaczenia są także przewlekłe choroby wyniszczające organizm, długotrwałe niedobory białka, witamin i składników mineralnych, szkodliwe dla zdrowia warunki pracy (Bidzan, 2006, s. 19). Skutki oddziaływania czynników szkodliwych, np. chemikaliów, promieni jonizujących, mikrofal, zależą od stopnia ich nasilenia, czasu trwania oraz indywidualnej wrażliwości mężczyzny. Czynniki te mogą przejściowo wpłynąć na stan płodności lub powodować nieodwracalne uszkodzenie nabłonka plemnikotwórczego. Zaburzenia czynności nabłonka mogą być spowodowane również noszeniem zbyt obcisłego ubioru, co utrudnia bądź uniemożliwia termoregulację. Na pogorszenie płodności ma też wpływ zbyt intensywne życie seksualne, zwłaszcza u mężczyzn o niskiej płodności. Uszkodzenie nabłonka plemnikotwórczego mogą powodować także procesy immunologiczne (autoimmunizacja) wywołujące powstawanie przeciwciał (Encyklopedia Zdrowia, 2011, s. 1909).

Istnieje propozycja rozpoznania niepłodności męskiej na podstawie czynników anatomicznych, gdyż podobne obrazy choroby mogą być wywoływane przez różne przyczyny. Głównymi kategoriami anatomicznymi zaburzeń płodności męskiej są przyczyny: przedjądrowe, jądrowe i pozajądrowe.

Przedjądrowe przyczyny niepłodności obejmują stany niedoborów hormonalnych osi podwzgórza-przysadka, nieprawidłowości chromosomalne, przyczyny psychologiczne, powodujące obniżoną ilość stosunków. Istotne miejsce zajmuje też coraz częściej występująca cukrzyca.

O jądrowych przyczynach niepłodności mówimy wówczas, gdy jądro zostaje uszkodzone w wyniku wszystkich czynników mających negatywny wpływ na

męską gonadę. Są to: przebyte chemio- lub radioterapia w trakcie choroby nowotworowej, choroby ogólnoustrojowe i związane z tym przyjmowanie leków, infekcje wirusowe i bakteryjne, choroby przebiegające z wysoką temperaturą, pierwotna niewydolność kanalików nasiennych (Bidzan, 2006, s. 23).

Najczęstsza naczyniowa nieprawidłowość, to żylaki powrózka nasiennego. Zwiększony przepływ krwi przez mosznę powoduje wzrost temperatury jader. Z problemem tym wiąże się powikłanie w postaci występowania przeciwciał przeciwplemnikowych (Orzeszyna, 2005, s. 55-56).

Pozajadrowe przyczyny niepłodności najczęściej występują w zakresie dróg wyprowadzających nasienie. Mogą być one wrodzone, jak np. brak nasieniowodów i nabyte, jak: stany pozapalne, pourazowe, pooperacyjne. Do tej grupy zaliczamy również przyczyny utrudniające odbycie prawidłowego stosunku płciowego (np. nieprawidłowości w budowie prącia, zaburzenia natury seksualnej) Niekiedy zaburzenia drożności mogą być spowodowane obecnością torbieli nasieniowodu lub z przerostem pęcherzyków nasiennych, jak również powikłaniami operacji przepuklin pachwinowych lub orchidopeksji (tamże, s. 56).

3. Diagnozowanie przyczyn

Wyżej wymienione przyczyny niepłodności czy to kobiety czy mężczyzny medycyna jest w stanie zdiagnozować za pomocą odpowiednich badań. Natomiast mówi się o innych przyczynach oddziałujących na rozród człowieka, które nie są dostatecznie udokumentowane badaniami. Do najistotniejszych elementów należy dostęp i poziom oferowanej opieki medycznej, prawidłowe odżywianie, właściwe nawyki higieniczne.

W ostatnich latach mówi się o wpływie środowiska na zmniejszenie płodności, zwłaszcza u mężczyzn. Najczęściej wymieniany jest częsty kontakt ze środkami chemicznymi, takimi jak: ołów, kadm, rtęć, pestycydy i wiele innych. Substancje toksyczne znajdujące się w środowisku mają bardzo szkodliwe działanie.

Na obniżenie płodności partnerskiej ma wpływ styl życia, ze szczególnym uwzględnieniem stosowania różnego rodzaju używek, których spożywanie może wpłynąć na obniżenie płodności zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn (Bidzan, 2006, s. 32). Stosowanie nikotyny, alkoholu, narkotyków oraz nadmierne stosowanie leków jest istotnym elementem wpływającym na rozród człowieka. Najbardziej rozpowszechnioną używką jest nikotyna. Palenie tytoniu wywiera udowodniony wpływ na jakość nasienia, wydłużanie okresu oczekiwania na ciążę, na nieprawidłowości łożyska oraz na małą masę urodzeniową dzieci jak i na wzrost umieralności okołoporodowej. Uważa się, że płodność osób regularnie palących tyton jest 30% mniejsza niż płodność osób nie palących. „Nikotyna, jak wiadomo, działa szkodliwie w sposób bardzo powolny, dlatego skutki zatrucia nie są

bezpośrednio uchwytnie i bywają lekceważone” (Obuchowska, 1996, s. 172).

Istnieją również kliniczne dowody o wpływie palenia tytoniu na miesiączkowanie u kobiet. Większą częstotliwość wtórnego braku miesiączki zaobserwowano wśród palących kobiet (Florek, Pisarski, 1997, s. 358-362).

Obok papierosów, kolejnymi substancjami mającymi wpływ na płodność małżeńską jest alkohol i narkotyki. Ocenia się, że picie alkoholu wywołuje 5% wszystkich zaobserwowanych wad wrodzonych. Jednym z najpoważniejszych skutków nadużywania przez matkę alkoholu są zaburzenia rozwoju psychicznego dziecka. „Przewlekłe spożywanie alkoholu hamuje funkcje układu odpornościowego, co manifestuje się zwiększoną wrażliwością na choroby zakaźne, zapalenie płuc, gruźlicę czy nawet raka” (Woronowicz, 2009, s. 35). Z problemem narkomanii natomiast związane jest rozpowszechnienie chorób przenoszonych drogą płciową, nieprawidłowe odżywianie oraz brak opieki medycznej. Narkomania potrafi zrujnować życie człowieka. Dzieci, których matki w okresie ciąży przyjmują narkotyki zagrożone są przedwczesnym porodem, mogą u nich wystąpić objawy głogu narkotycznego.

„Szkodliwy wpływ narkotyków zależy od ich rodzaju i dawkowania, a także od indywidualnej tolerancji na dany środek, która w młodym wieku jest znacznie obniżona” (Obuchowska, 1996, s. 176). W grupie kobiet zażywających narkotyki można znacznie częściej zaobserwować patologie płodu, porody przedwczesne, poronienia oraz zgony wewnątrzmaciczne (Domitrz, Kulikowski, 1997, s. 16).

Również uwarunkowania genetyczne są brane pod uwagę w rozpatrywaniu przyczyn niepłodności. W opracowaniach omawiane są one głównie w aspekcie przyczyn poronień i obumarłych ciąży. Prawidłowy rozwój i wzrost płodu przebiega pod wpływem licznych uwarunkowanych genetycznie procesów (Pisarski, Kądziołka, 1997, s. 295-296).

Należy także pamiętać o ważnym czynniku, jakim jest wiek partnerów. Najwyższa płodność „przypada” u kobiety na okres od 20. do 25. roku życia. Następnie ulega ona stopniowemu obniżaniu, aby praktycznie zaniknąć w wieku około 45 lat. Wraz z wiekiem matki rośnie także ilość poronień i wad wrodzonych u dzieci. Również starszy wiek mężczyzny pozostaje w związku z gorszymi parametrami nasienia i możliwością wystąpienia wad wrodzonych.

W krajach wysoko rozwiniętych coraz bardziej powszechnym zjawiskiem jest opóźniony rozród. Obecnie istniejące trendy populacyjne mają ogromny wpływ na skalę niepłodności. Młodzi ludzie podążają za realizacją potrzeb związanych z zapewnieniem wysokiego statusu materialnego. Kariera stawiana jest niejednokrotnie przed prokreacją. Trzeba zdać sobie sprawę z tego, że decyzja związana z późniejszym założeniem rodziny i późniejszym posiadaniu dzieci, nawet po 35. Roku życia, po części jest zgodą na większe problemy z płodnością (Wiśniewska-Roszkowska, 1995, s. 127).

Wśród przyczyn braku potomstwa brane są także pod uwagę czynniki psychologiczne, które odgrywają ogromną rolę zarówno w etiologii, jak i patogenezie niepłodności, modyfikując głównie przebieg choroby. Codzienna praktyka wskazuje na szczególną potrzebę interwencji psychologicznej, zwłaszcza w łagodzeniu skutków niepłodności (Bidzan, 2006, s. 11-12). Badania wykazują, że przyczyny psychologiczne stwierdzone zostają u mniej więcej 25% wszystkich małżeństw. Okazuje się, że czasami w grę wchodzi wydawałoby się zupełnie banalne sprawy, takie jak sam przebieg stosunku płciowego czy niewłaściwe zinterpretowanie dni płodnych i niepłodnych. Istotną rolę mogą mieć zaburzenia erekcji, przedwczesny wytrysk oraz trudności z osiągnięciem orgazmu. Szeroko znany jest także wpływ sytuacji stresowych związanych m.in. z przemęczeniem pracą zawodową, stanami znaczących napięć psychicznych i fizycznych (Orzeszyna, 2005, s. 63). Zaburzenia płodności u kobiet mogą wiązać się z nieprawidłowym odżywianiem. Wymienić należy tu jadłowstręt psychiczny, czyli (*anorexia nervosa*). Zespół ten charakteryzuje się m. in. zaburzeniami psychicznymi, znaczną utratą masy ciała oraz zanikiem miesiączek. Kolejną chorobą związaną z nieprawidłowym odżywianiem się jest bulimia. Objawia się ona nadmiernym spożywaniem pokarmów często w połączeniu z prowokowaniem wymiotów (tamże, s. 70-71).

Choroby te wiążą się z utratą masy ciała. Aby kobiecy układ rozrodczy mógł się dobrze rozwijać masa ciała nie może być zbyt niska. Powszechną przyczyną utraty kilogramów jest odchudzanie, które jeśli nie jest racjonalne wpływać może np. na brak miesiączek.

Małżonkowie często nie zdają sobie sprawy, że swoimi działaniami mogą doprowadzić do niepłodności. Chcą używać własnej płciowości w nieograniczony sposób. Stosowanie antykoncepcji, wszelkie interwencje i wewnętrzne zabiegi, takie jak aborcja czy sterylizacja spowodować mogą poważne konsekwencje. W wyniku aborcji może dojść do uszkodzenia macicy, na skutek brutalnego złamania ciążyowej równowagi ustrojowej dochodzi do wstrząsu neurohormonalnego, nie mówiąc o zaburzeniach w psychice kobiety, które często są nieodwracalne (tamże, s. 71). Odmiennym problemem są bardzo częste w krajach Zachodu operacje sterylizacji poprzez czasowe lub trwałe zamknięcie światła jajowodu. W Polsce są one prawnie niedozwolone, stąd ich marginalne znaczenie. Chociaż są to zabiegi w wielu wypadkach teoretycznie odwracalne, to praktycznie jest to zadanie niezmiernie trudne i często skazane na niepowodzenie (Mishell, 1996, s. 117).

„Zarówno w budowie sfery płciowej jak i w jej funkcjach cielesnych i psychicznych wszystko nastawione jest na pojawienie się i dobro potomstwa” (Wiśniewska-Roszkowska, 1995, s.100).

Instynkt rodzicielski występuje u obu płci a dążenie do małżeństwa to nie tylko pragnienie zbudowania dożgonnej więzi z kochanym człowiekiem, ale również dążenie do posiadania dzieci i własnej rodziny. Dla normalnego człowieka własne

dziecko jest wielką wartością a odkrywanie własnych cech u dziecka, to najcenniejsza radość (tamże, s. 101). Niestety brak upragnionego dziecka jest dla wielu ludzi prawdziwym dramatem. „Problem niepłodności obejmuje szeroki zakres zaburzeń. Jest złożonym schorzeniem, etiologii którego należy dopatrywać się nie w jednej, ale w całej kombinacji współistniejących ze sobą nieprawidłowości. Pomimo olbrzymiego postępu w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, nie zawsze jesteśmy w stanie ustalić faktyczną przyczynę niepłodności i odnieść sukces leczniczy, jakim jest urodzenie zdrowego dziecka” (Gadzinowski, Pawelczyk, Wiśniewski, 2003, s. 13).

4. Leczenie

Człowiek otrzymał od Pana Boga nakaz rozumnego panowania nad ziemią. Z woli Boga panuje on nad całym światem widzialnym, gdyż jako jedyna istota, zdolny jest do gospodarowania dobrami natury stosownie do swoich potrzeb. Nadrzędność wobec świata, wypływa z rozumnej natury i wolnej woli człowieka. Bóg stwarzając człowieka dał ludziom możliwość współpracy w powoływaniu nowego życia. Człowiek zdolny jest do poznawania praw natury, powinien zatem wychodzić naprzeciw niektórym zjawiskom nieprawidłowości, np. chorobom. Jednym z takich problemów jest niepłodność.

„Leczenie bezpłodności stanowi dziś odrębny dział medycyny, przy czym o leczeniu można mówić tylko tam, gdzie chodzi o odzyskanie normalnej płodności. Ani sztuczne unasiwienie ani tzw. zewnętrzne zapłodnienie nie są leczeniem, lecz sztucznym uzyskaniem pożądanego efektu, przy czym małżeństwo nadal pozostaje bezpłodne” (Wiśniewska-Roszkowska, 1995, s. 126).

Leczenie niepłodności jest postępowaniem trudnym, wymagającym wiele cierpliwości zarówno ze strony terapeuty jak i pacjenta (Orzeszyna, 2005, s. 76). Podstawową zasadą, jaką należy się kierować jest traktowanie pary małżeńskiej jako nierozdzielnej całości. Należy bowiem pamiętać, że oprócz przypadków o jednoznacznej etiologii, gdzie łatwo wskazać, schorzenie którego z małżonków jest przyczyną braku potomstwa, znacznie częściej spotykamy się z sytuacjami, gdy niepłodność jest wynikiem sumowania się często niewielkich obustronnych zaburzeń. Nawet po uzyskaniu pozornie nie budzącej wątpliwości diagnozy nie wolno wskazywać „winnego”. Słowo to celowo zostało ujęte w cudzysłów. Stwierdzenie takie może być bowiem powodem czyjejś niezawinionej tragedii. Znane są przypadki, gdy pozornie niepłodna osoba miała dzieci w kolejnym związku. Istotny jest także aspekt psychiczny terapii. Brak oczekiwanego potomstwa jest bowiem przyczyną ogromnego stresu w małżeństwie, prowadzącego niekiedy do jego rozpadu. Poczucie współodpowiedzialności za przebieg leczenia jest elementem cementującym związek, ułatwiającym uzyskanie pozytywnych wyników

leczenia. Jak już wiadomo, niepłodność często jest wynikiem sumowania się wielu przyczyn. Same w sobie nieznacznie obniżając płodność, w połączeniu z innymi mogą ją skutecznie wykluczyć (tamże, s. 76).

Nie ma programu leczenia bezpłodności uniwersalnego i mogącego w 100% zapewnić powodzenie. W ostatnich latach rozwinęła się młoda dziedzina medycyny - naprotechnologia (NaProTechnology, NaPro, NPT, natural procreative technology). Obecnie funkcjonuje zaledwie w kilku państwach na świecie. Jest to nowatorski system monitorujący reprodukcję oraz niosący pomoc w rozwiązywaniu problemów o podłożu ginekologicznym. Ogarnia on planowanie rodziny z wykorzystaniem wystandaryzowanej oceny biomarkerów płodności i cyklu miesięczkowego, opracowanej w 1974 roku (Domżał-Drzewiecka, Gałęziowska, 2007, s. 87-90). Specjaliści w tej dziedzinie oferują leczenie bezpłodności, podczas gdy metoda *in vitro* koncentruje się jedynie na reprodukcji, a nie przywraca zdrowia. *In vitro* to wchodzenie tylnymi drzwiami bez zastanowienia się nad przyczynami problemu. W związku z tym „kliniki naturalne” chwalą się niemal osiemdziesięcioprocentową skutecznością, podczas gdy w przypadku zapłodnienia *in vitro* wynosi ona ok. 30% (Jakimuk, Czajkowski, 2007, s. 1179). Wielka szkoda, że środki przeznaczone na technikę zapłodnienia *in vitro* nie są wykorzystywane na szkolenie lekarzy w zakresie naturalnego rozpoznawania płodności. Wiedza ta, umiejętnie przekazywana małżeństwom starającym się o poczęcie dziecka, przyniosłaby niewymierne korzyści – oszczędność pieniędzy i czasu, poczucie kontroli nad swym ciałem, uniezależnienie od lekarza, pozabawienie dylematów moralnych, współpracę ze współmałżonkiem, szybką identyfikację różnego rodzaju nieprawidłowości.

Leczenie niepłodności jest co prawda procesem skomplikowanym i długotrwałym, ale wydaje się, że warto znieść te uciążliwości, gdyż często pozwala ono osiągnąć spodziewane efekty (Orzeszyna, 2005, s. 103). Techniki sztucznej prokrecji w rzeczywistości wcale nie służą życiu. Wręcz przeciwnie, przyczyniają się one do śmierci wielu istot ludzkich w ich pierwszych fazach istnienia. Naruszają też godność osoby ludzkiej i prawo dziecka do poczęcia w łonie matki. Prawo to znajduje swoje uzasadnienie zarówno w porządku natury, jak i w porządku miłości. Sztuczna reprodukcja narusza także godność małżeństwa – rodzice zostają zredukowani do roli dawców gamet. Pomija ona też wymiar duchowy aktu przekazywania życia.

Bibliografia:

Bidzan M. (2006), *Psychologiczne aspekty niepłodności*, Kraków.

Domitrz J., Kulikowski M. (1997), *Epidemiologia*, Warszawa.

Domżał-Drzewiecka R., Gałęziowska E. (2007), *Nowoczesne metody rozpoznawania płodności*, Lublin.

Encyklopedia Zdrowia (2011), Warszawa: PWN

- Florek E., Pisarski T. (1997), *Palenie tytoniu a płodność*, Warszawa.
- Gadzinowski J., Pawelczyk L., Wiśniewski J. (2003), *Dawanie życia. Problemy wspomagania rozrodu człowieka*, Poznań.
- Graczyk M. (1999), *Niepłodność*, (w:) *Słownik małżeństwa i rodziny*, E. Ozorowski (red.) (s. 301), Warszawa-Łomianki.
- Jakimuk A., Czajkowski K. (2007), *Kliniczna endokrynologia ginekologiczna i niepłodność*, Warszawa.
- Mishell D.R. (1996), *Niepłodność*, (w:) *Endokrynologia ginekologiczna*, D.R. Mishell, P.F. Brenner (red.), Bielsko-Biała.
- Niewiadomska A. (2005), *Najczęstsze przyczyny niepłodności*, *Raport – Niepłodność*, nr spec. 1.
- Obuchowska I. (1996), *Drogi dorastania*, Warszawa.
- Orzeszyna J. (2005), *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności w małżeństwie*, Kraków.
- Pawłowicz J. (2009) *Dlaczego niepłodność? Wiek, styl życia, antykoncepcja, aborcja*, *Homo Dei*, nr 3 s. 102-112.
- Pisarski T., Kądziołka P. (1997), *Poradnictwo genetyczne w niepłodności*, (w:) *Niepłodność*, T. Pisarski, M. Szamatowicz (red.), (s. 295-297), Warszawa.
- Wiśniewska-Roszkowska K. (1995), *Zbudować małżeńskie szczęście*. Michaelinum.
- Woronowicz T. (2009), *Informacje i testy pomocne w rozpoznawaniu problemów alkoholowych*, (w:) *Nowe przesłanie nadziei*, M. Dziewiecki (red.), Warszawa.