

FIDES ET RATIO

ŻYCIE I PŁODNOŚĆ

UJĘCIE INTERDYSCYPLINARNE

3(39)2019

**KWARTALNIK
NAUKOWY
TOWARZYSTWA
UNIWERSYTECKIEGO
FIDES ET RATIO**



ŻYCIE i PŁODNOŚĆ

UJĘCIE INTERDYSCYPLINARNE

Numer Kwartalnika pod red. Ewy Ślizień-Kuczapskiej
oraz Marii Ryś i Urszuli Tataj-Puzyny

Rada Naukowa: ks. prof. dr hab. Tadeusz Biesaga (Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie), prof. UWM dr hab. Anna Doboszyńska (Wydział Nauk Medycznych UWM), prof. Nana Iashvili (Akademia Sztuk Pięknych Tbilisi, Gruzja), prof. dr. med. n. med. Jan Oleszczuk (Uniwersytet Medyczny w Lublinie), dr hab. Paolo Puma (Uniwersytet Florencki, Włochy), dr Oxana Remeniaka (Akademia Mohylańska w Kijowie, Ukraina), prof. UKSW dr hab. Elżbieta Trzęsowska-Greszta, ks. prof. dr hab. Adam Skreczko (UKSW), dr Mária Slivková (OZ Felix Familia, Słowacja)

Zespół Redakcyjny: prof. UKSW dr hab. Maria Ryś (redaktor naczelny), dr Irena Grochowska (zastępca redaktora naczelnego), dr Urszula Tataj-Puzyna (zastępca redaktora naczelnego), dr Paweł Kwas (sekretarz)

Redaktorzy tematyczni: Ks. prof. dr hab. Roman Bartnicki (Papieski Wydział Teologiczny w Warszawie), ks. prof. UKSW Jan Bielecki, prof. dr hab. Olgierd Hryniewicz (PAN), ks. prof. UKSW dr hab. Paweł Mazanka, prof. dr hab. Alina T. Midro (Uniwersytet Medyczny, Białystok), prof. UKSW Edyta Wolter, dr n. med. Wojciech Puzyna (Szpital Specjalistyczny św. Zofii w Warszawie).

Recenzenci: Ks. prof. dr hab. Roman Bartnicki, dr Grażyna Bączek (Warszawski Uniwersytet Medyczny), prof. UKSW dr hab. Agnieszka Bender, prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski (Warszawski Uniwersytet Medyczny), dr Agata Czarnecka (UMK), prof. UWM dr hab. Anna Doboszyńska (Wydział Nauk Medycznych UWM), prof. n. med. René Ecohard (Professor of Medicine and Public Health, Université Claude Bernard Lyon, Francja), prof. dr hab. n. med. Marian Gabryś (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu), prof. dr hab. n. med. Janusz Gadzinowski (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu), dr Agnieszka Hennel-Brzozowska (Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków); dr Maria Jankowska (APS), mgr Aleksandra Kimball (Warner Brothers Studios, USA), dr Jolanta Kraśniewska (Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie), ks. dr hab. Andrzej Kobyliński (UKSW), dr Grażyna Koszałka (Hamburg, Polish Pastoral Council of Western Europe), prof. AM dr hab. Teresa Krasowska, ks. prof. dr hab. Henryk Krzysteczko (em. Uniwersytet Śląski), ks. prof. UKSW dr hab. Paweł Mazanka, prof. dr hab. Alina T. Midro (Uniwersytet Medyczny, Białystok), dr Elżbieta Napora (AJD), prof. dr hab. Katarzyna Olbrycht (Uniwersytet Śląski), dr Marta Osuchowska (UKSW), prof. UŁ dr hab. n. med. Tadeusz Pietras, dr Jacek Pulikowski (UAM), dr hab. n. med. Michał Rabijewski (Zakład Zdrowia Prokreacyjnego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplo-mowego w Warszawie), ks. prof. dr hab. Adam Skreczko (UKSW), o. prof. UAM Borys Soiński, prof. UKSW dr hab. Witold Starnawski, dr Małgorzata Starzomska (UKSW), dr Dorota Sys (Zakład Zdrowia Prokreacyjnego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie), ks. dr Władysław Szewczyk; dr Elżbieta Tracewicz (Life Adjustment Center, USA), dr Urszula Tataj-Puzyna (Warszawski Uniwersytet Medyczny), prof. UKSW dr hab. Elżbieta Trzęsowska-Greszta, Ms Paulina Wesolowska (Medical University of Vienna), prof. PEDAGOGIUM dr hab. Krzysztof Wojcieszek, mgr Aleksandra Woś-Mysliwiec (President of Policy Committee, USA), prof. UKSW dr hab. Małgorzata Wrześniak; ks. prof. UKSW dr hab. Dominik Zamiatała

Redaktorzy językowi: mgr Zofia Kończewska-Murdzek, mgr Krzysztof Kraśniewski, mgr Małgorzata Walaszczyk

Koordinator ds. Rozwoju Kwartalnika: dr Dorota Sys

Redaktor statystyczny: mgr Karol Kwas

SPIS TREŚCI:

CZĘŚĆ I.	6
<i>Ewa Ślizień Kuczapska, Aleksandra Męza, Sylwia Czarnowicz, Michał Rabijewski,</i> Do fertility a awarness based methods (FAM) promote a good marrital relationship? Situation after chilldbirth as a special moment for creating marital unity	6
<i>Bogusława Lachowska, Agnieszka Szteliga, Zmartwienia kobiet w ciąży</i>	20
<i>Radostaw Bernard Maksym, Milena Skibińska, Diagnostyka niepłodności kobiecej w oparciu o międzynarodowe wytyczne</i>	30
<i>Joanna Smyczyńska, Diagnostyka i leczenie zaburzeń hormonalnych jako wyraz troski o zdrowie prokreacyjne i profilaktyka niepłodności. Czy metody rozpoznawania płodności mogą być pomocne?</i>	44
<i>Dagmara Filipecka-Tyczka, Katarzyna Muzyka-Placzyńska, Jan Modzelewski, Anna Kajdy Michał Rabijewski, Ciąża heterotopowa</i>	58
<i>Tatiana Boryczko, Patrycja Żóttowska-Bajczuk, Dorota Sys, Barbara Baranowska, Anna Kajdy, Ewaluacja postępowania niechirurgicznego w przypadku wczesnych strat ciąży – retrospektywne badanie przekrojowe</i>	65
<i>Radostaw Bernard Maksym, Hanna Ruta, Milena Skibińska, Postępowanie kliniczne z mięśniakami macicy u kobiet w wieku reprodukcyjnym</i>	81
<i>Bożena Miernik, Mężczyzna wobec niepowodzeń prokreacyjnych. Psycho- pedagogiczne aspekty doświadczania przez mężczyzn trudności w prokreacji</i>	94
<i>Radostaw Bernard Maksym, Hanna Ruta, Łukasz Konarski, Michał Rabijewski, Znaczenie optymalizacji temperatury jąder dla poprawy płodności męskiej</i>	107
<i>Michał Rabijewski, Hormonalna stymulacja spermatogenezy u mężczyzn z zaburzeniami płodności</i>	115
<i>Dorota Sys, Barbara Baranowska, Urszula Tataj-Puzyna, Anna Kajdy, Możliwości wyboru porodu po cesarskim cięciu. Najnowsze rekomendacje</i>	125
<i>Karolina Kossakowska, Depresja poporodowa matki i jej konsekwencje dla dziecka i rodziny</i>	134
<i>Baranowska Barbara, Sylwia Kowalska, Iwona Kiersnowska, Dorota Sys, Zależność między chustonoszeniem a karmieniem piersią</i>	152

CZĘŚĆ II.	162
Ks. Marek Kluz, Płciowość i ład moralny	162
<i>Roman Marcinkowski</i> , „Bądźcie płodni i rozmnażajcie się ...” (Rdz 1:28). Z żydowskiej perspektywy Bożego błogosławieństwa	178
<i>Bogusława Filipowicz</i> , La valeur de la fecondité dans la famille antique à la lumière des textes patristiques	190
<i>Agnieszka Smerdka</i> , <i>Beata Pięta</i> , Realia zawodu położnej w latach 1900-1918 na ziemiach polskich	214
<i>Katarzyna Nosek</i> , Quality of human life in pedagogical sciences – theoretical considerations	228
<i>Renata Kleszcz-Szczyrba</i> , Rodzina ekologiczna przyszłością ludzkości. Wspólne elementy zawarte w nauczaniu Pawła VI, Jana Pawła II oraz w pedagogice szensztackiej i koncepcjach antropologicznych prof. W. Fijałkowskiego	239
<i>Magdalena Parzyszek</i> , Życie uroczyste jako cel wychowania	252
<i>Ewa Rojewska</i> , Odpowiedzialność w kontekście wychowania seksualnego i integracji seksualnej młodzieży.....	261
<i>Kornelia Czerwińska</i> , Edukacja seksualna dzieci i młodzieży z niepełno- sprawnością wzroku	275
<i>Magda Ostrowska</i> , Aktywność seksualna osób starszych – jakość życia, stereotypy.....	290
<i>Dariusz Sarzała</i> , Problem seksoholizmu i cyberseksu w kontekście zaburzeń życia płciowego oraz społecznego funkcjonowania człowieka.....	297
<i>Kasper Sipowicz</i> , <i>Tadeusz Pietras</i> , Life unworthy of life – eugenics of “deteriorated” people in the Third Reich	312
Zasady publikacji	325
Zasady recenzowania	326

CZEŚĆ I.

Lek. Ewa Ślizień-Kuczapska
St. Sophia Specialized Hospital in Warsaw

Lek. Aleksandra Męcza
NAPROCENTRUM Foundation
Procreative Health Clinic in Gdansk

Sylwia Czarnowicz
Profamilia, Specialized Medical Office

Prof. CMKP dr hab. med. Michał Rabijewski
Centre of Postgraduate Medical Education
Procreative Health Department
St. Sophia Specialized Hospital in Warsaw

Do fertility a awarness based methods (FAM) promote a good marrital relationship?

Situation after chilldbirth as a special moment for creating marital unity

Abstract:

The publication presents current research on the relationship between marital unity and the choice of one of the fertility awareness based methods (FAM) for family planning. Most data confirm that the spouses' lifestyle (inscribed in the natural cycle of female fertility and infertility) strengthens their relationship, increases creativity, promotes communication improvement, teaches them perseverance and fosters fertility care. Advances in knowledge in the field of physiology of procreation have made it possible to elaborate modern methods of natural family planning (NFP) which are similar to criteria of the ideal method. The situation after childbirth promotes the development of non-genital unity of parents. It may become an opportunity for a florescence of spiritual and intellectual life and lead to creative sexuality of a couple. Parents after labor receive support from a qualified FAM teacher or instructor. It would be worthwhile if medical staff could also recommend FAM.

Key words: marital unity, NFP (natural family planning), FAM (Fertility Awareness based Methods), procreative health

Abstrakt:

Publikacja prezentuje aktualne badania naukowe dotyczące relacji w małżeństwie w z związku z wyborem jednej z metod rozpoznawania płodności w celach planowania rodziny. Większość danych potwierdza, że styl życia małżonków wpisany w naturalny cykl przemian faz płodności i niepłodności kobiecej umacnia ich związek, jest twórczy, uczy wytrwałości i sprzyja trosce o zdrowie prokreacyjne. Postęp wiedzy w dziedzinie fizjologii prokreacji przyczynił się do opracowania współczesnych metod naturalnego planowania rodziny, które są zbliżone do kryteriów metody idealnej. Sytuacja po porodzie sprzyja rozwojowi integralnie ujmowanej jedności rodziców - może być okazją do rozkwitu sfery duchowej, intelektualnej, twórczej i kreatywnej seksualności pary. Wsparciem dla rodziców w tym czasie jest wykwalifikowany nauczyciel lub instruktor MRP. Warto by pracownicy służby zdrowia również zalecali MRP.

Słowa kluczowe: jedność małżeńska, NPR (Naturalne Planowanie Rodziny), MRP (Metody Rozpoznawania Płodności), zdrowie prokreacyjne

Introduction

Advances in natural science at the turn of the 20th and 21st centuries made it possible to formulate basic principles of physiology of procreation (Billings, 1964; Flynn, 1996; Keef, 1962; Marshall, 1968; Rotzer, 1978; Thyma, 1973, et al.). a rapid development of science was accompanied by equally dynamic social changes including the movement of emancipation of women for whom a high procreative mortality and morbidity represented one of the crucial problems. Consequently, there was an urgent necessity to elaborate methods helping parents to plan the time of conception and the amount of their offsprings, as well as to strengthen their relationship. The year 1910 marked a discovery: the corpus luteum is active for 13 days and the ovulation occurs 12-13 days prior to the menstrual bleeding. Thanks to this discovery, Kyasuko Ogino and Herman Klaus elaborated the first calendar method of family planning (1924-1929) having nowadays a historical value (Ohme Peters and Fedra Workgroup, 2019; Troszyński, 2009). Its high unreliability in birth control initiated the development of modern methods of family planning, with two fundamentally opposite directions of action. The knowledge of a cyclic female fertility and of a permanent male fertility made it possible to elaborate various fertility awareness methods based on a current follow-up of one or more so called biomarkers of fertility which set the time to put off or to plan the conception of a child, without interfering with the course of the sexual act or with the menstrual cycle. Adapting the sexual intercourse to current procreative goals results from accepting the natural rhythm of changes in the female cycle. Contraception does not consider fertility as an integral part of health, and it is based on methods of a temporary or permanent sterilization (Jarczewska, 2015; Suszczewicz, Ślizień Kuczapska, 2012), making it possible to have unlimited sexual contacts.

A couple's fertility and sexuality constitute an important element creating their bonds. a sexual contact takes place in all aspects, i.e., physical, emotional, spiritual, rational, and creative. Each of these spheres, by complementing each other, allows parents to gain satisfaction from a sexual intercourse and helps (or does not help) them to gain a psychophysical balance (Szturomska, Józwik, 2016). The post partum period is a special moment for creating a deeper relationship between parents, it may promote their new and reacher re-initiation (Smoliński, 2010). The present article aims at answering the following question: Does using FAM strengthen a relationship and a bond? Does it promote the satisfaction of both partners (taking into account a special moment after childbirth)?

1. Types of Fertility Awareness Based Methods (FAM)

Modern fertility awareness based methods can be divided into: classical ones based on a daily self-follow-up of so called biomarkers of fertility, and into new technologies. Classical methods are one-indicator or multiple indicators daily follow-ups of one or more selected biomarkers of female fertility, being based on detailed rules of selfobservation elaborated for a given method. The choice should take into account individual needs of users, their expectations and current procreative plans. Applying FAM can also help in diagnosis and therapy of reproductive health disorders (Blackwell, Cortés, Vigil, 2012; Meier, Ombelet, Panis, Thijssen, 2014; Szymaniak, Ślizień-Kuczapska, 2016; Vigil, 2017).

The Bilings' method and the Creighton Fertility System model are examples of classical one-indicator methods based on a follow-up of the cervical mucus. One-indicator methods also include the strict thermal method. Multiple indicator methods, so called sympto-thermal methods, e.g., the Rotzer method, the Kippley method, the Flynn, Kramarek method, imply the necessity to monitor two out of three biomarkers, i.e., cervical mucus, basal body temperature, and changes in the uterine cervix (Flynn, 1996; Kippley, 1997; Kramarek, 2006; Rotzer, 1978).

Furthermore, we can distinguish methods made of: a selfobservation of one of the biomarkers in combination with computations (extended thermal method) or with hormonal tests, made of an analyzer of electrical resistance of saliva or cervical mucus, of their microscopic picture or mineral composition, use of mobile techniques (Ohme et al., 2019; *Recommendations of the PTG - Polish Gynaecological Society* 2010; Ślizień-Kuczapska, 2007; Troszyński, 2009).

According to recent studies, the efficacy of multi-indicator methods in putting off the conception is comparable to those of hormonal contraception, with typical use of a method, its efficacy makes up 1-2 unplanned pregnancies per 100 women in a year (Manhart, Duane, Lind, Sinai, Golden-Tevald, 2013). For the first 6 months after childbirth, for fully breastfeeding women, the lactational amenorrhoea method (LAM) is a golden standard. Its efficacy in putting off the conception makes up 98% if LAM criteria are satisfied (Ashworth, Beasley, Bown, Campbell, Diaz, 1988; Kennedy, Rivera, McNeilly, 1989; Lobbok, Cooney, Coly, 1994). In fact, universal knowledge on FAM is socially marginalized, and its deficit among medical staff is a reason for a special concern: health professionals seldom recommend the use of FAM during medical consultations (Cerańska-Goszczyńska, 2007; Dębska, Szyszka, Bączek, Dmoch-Gajzlerska, 2017; Fehring, 1995; Pallone, Bergus, 2009; Ślizień-Kuczapska, Sys, Baranowska, Tataj, 2017).

In Poland, teaching all fertility awareness-based methods acknowledged throughout the world is available thanks to a network of centres of family ministry and to a few family planning clinics associated with medical offices or with health clinics. Using FAM should be effective and fruitful in a relationship, so it is necessary to go through a specialized course of a method provided by a graduated teacher or instructor of FAM¹. It is indicated that users having completed a course still keep in touch with their FAM teacher in order to seek their advice in case of doubts. Knowledge and creative commitment of a couple in using a method is the key to success (Sujak, 2015; Wójcik, 2016). It is worth mentioning that FAM represent an element of care and protection of procreative health and account for a useful tool helping a physician to evaluate the well-being of spouses. The concepts „natural family planning” and - in particular - „responsible parenthood” play not only a health-friendly role, but also a family-friendly role by promoting deeper marital bonds, a mutual respect, a common responsibility, a self-control, and a magnanimous openness to a new life (Bassa, 2017).

2. Results of studies evaluating the spouses' satisfaction with using Natural Family Planning (NFP)

Over the years, results of studies evaluating the spouses' satisfaction with using NFP have been changing and gradually improving thanks to a development of knowledge in this field and to a high level of professionalism of people teaching FAM (Mrozowicz, 2013). For users of a FAM, Dmochowski gives criteria influencing its choice, i.a.: efficacy in planning and putting off the conception, safety of use, no need to undertake additional activities before a sexual intercourse, reversibility of action, use independent of the medical staff, acceptance of yourself and of your partner, as well as compliance with principles and values professed (Dmochowski, Cerańska Goszczyńska, 2009).

The study carried out by Crowleys in the U.S. (1966) demonstrated that out of 158 couples aged circa 34 years, with a coefficient of fertility equal to 4.9 on average, who were using the so called „marital calendar”, 74% of interviewees claimed that this method was harmful to their marriage. The spouses pointed out main concerns: anxiety about an unplanned pregnancy, loss of spontaneity in their intercourse, and problems with sexual abstinence. Nowadays this method is not recommended by NFP teachers.

Advances in elaborating modern fertility awareness methods based on a current selfobservation of female cycle have brought a new definition of so called fertility window, due to which shortening of the time of sexual abstinence when a couple puts off the conception of their child is required (Hilgers, 2004; Vigil, 2017). It implied changes in frequency of sexual activity in couples using FAM. The average monthly amount of sexual intercourses in a couple using FAM does not differ from the one in users of other methods

¹ www.fccp.pl, www.psnpr.com, www.npr.pl, www.iner.pl, www.mio.org.pl

(Stover, Bertrand, Shelton, 2000). The frequency of sexual activity for one couple differs depending on a country and makes up from 2.6 to 8.1 times per month, with the average of 5.5 times per month, and the frequency of sexual intercours among users of FAM makes up 5.1-5.6 times per month (Sinai, Arévalo, 2006).

Some studies indicate a high efficacy of FAM in determining fertility time in order to conceive a child (Hilgers, 2004; Rotzer, 2007), which - in case of its unreliability - accelerates the start of treatment (Frank-Herrmann, Gnoth, Baur, Strowitzki, Freundl, 2005).

A German study with 900 women and with analyses of a total of 17 368 cycles (2007) demonstrated that if the principles of the multi-indicator method were applied ideally, there were 0,6 unplanned pregnancies per 100 women per yer (Frank-Herrmann, Heil, Gnoth, Toledo, Baur, Pyper, Jenetzky, Strowitzki, Freundl, 2007). Such a high efficacy promotes creating trust in a method selected.

A positive aspect of using the thermal method was demonstrated on the basis of testimonies of spouses from the Diocese of Sandomierz (Poland). Follow-ups of cycles influenced the development of marital love, unity and intimacy and made them even deeper. Spouses noticed an increase in trust, understanding and openness to each other. According to respondents, their sexual life has become more ordered. They noticed a deeper psychological and physical intimacy, they appreciated superior values, they were liberated from the anxiety about an unplanned pregnancy. From female letters, it follows that they feel more valuable as wives and mothers, and that they experience more understanding and patience from men. Consequently, using FAM caused a decrease in marital conflicts (Rzepka, 2015).

FAM may deter potential users because of a recommended period of temporary continence. Meanwhile, psychological studies indicate the value of continence - unavailability in the context of strenthening passion. After a period of abstinence, the sexual act is more appreciated because partners have been waiting for it. Things difficult to achieve become more valuable to human beings (Jaroszek, 2012).

According to Lerner's studies, couples using FAM enjoy greater intimacy, commitment in their relation, responsibility Women experience unmixed blessing in their marriage. According to Lasota, in couples using FAM, there is an increase in mutual respect and there is an improvement in communication (Lasota, 2012).

Prof. Thomas Hilgers, author of Naprotechnology® and of the Creighton Model Fertility Care™ system, investigated a group of 48 couples by asking them to complete questionnaires with Yes/No questions. 95% of male interviewees were satisfied with the method selected, 81% of them had a follow-up chart of their wives' menstrual cycle, 95% of them were supporting their wives in using the method, and 70.8% claimed that avoiding sexual intercours in days considered as fertile was simple or very simple (Hilgers, 2004).

Another study (2003) examined 334 couples using FAM based on a follow-up of the cervical mucus. The average age of interviewees was 40 years, the average duration of marriage - 15 years, the average period of using NFP - 10.5 years, and the average number of children - 3. Two open questions were asked: „*How did NFP help the couple interviewed?*” and „*How did it harm them?*” a total of 2287 answers were obtained, positive ones accounted for 74%, and negative ones - for 26% (Vande Vusse Hanson, Fehring, Newman, Fox, 2003). Positive answers evaluating NFP included: reliability of the method (the opportunity to put off the conception), learning self-control, keeping healthy, strengthening the relationship (deepening the relationship), development of communication, a common responsibility, a mutual respect, appreciating sexuality, development of knowledge (understanding of the body, of the cycle and of oneself), learning different ways of expressing love, an enrichment of spirituality, a closer unity with God, compliance of methods with the teaching of the Church, openness to life. Negative answers evaluating NFP included: difficulties in a sexual relationship (hardships in abstinence, decrease in frequency of intercourses and in spontaneousness, mismatched sexual desires in partners),weakening of the relationship (anger and frustration, lack of understanding), problems resulting from the method (anxiety about an unplanned pregnancy, a possible mistake in a method).

FAM are directed towards relationships and towards human beings in all their dimensions. a relationship where a spouse does not feel fully accepted makes them gradually close their hearts to a spouse. This leads to a birth of an internal conflict, both personal and marital. Shortage of order, understatement, lack of understanding in the field of sexuality, but also in any other field, represents a source of tension and conflicts, deprives spouses of openness (Brożek, 2018).

This fact is confirmed by studies carried out by Jankowska on a group of 92 people aged 23-46 years, married, using contraception (47 people) or using NFP (55 people). Depending on the method of birth control applied, an attempt was made to evaluate the quality of the relationship and the emotional, intellectual and acting intimacy of spouses. The study revealed that couples using NFP had a higher evaluation of their relationship, a significantly higher level of intimacy and a lower level of disappointment with their relationship, in contrast to the group using contraception as a method of birth control (Jankowska, 2014).

Studies carried out by Fehring also indicate a higher self-esteem and a higher spiritual level in couples using NFP compared to those using contraception. In the group of spouses using NFP, there is a higher sexual drive and a higher satisfaction with intercourses (Fehring, 1995).

A recent publication (Unsel, Rötzer, Weigl, Masel, Manhart, 2017) presents opinions of as many as 2560 respondents: 1971 women and 589 men, 80% of them in the procreative age. 73% of respondents had a higher education, 46% of them considered their financial

status as good, 19% - as very good. The average time of using the method made up 8.5 years. 47% of interviewees had previously used contraception. Respondents were using multi-indicator methods of Kippleys from Couple to Couple League (USA) and from INER (Europa) and were making a follow-up of the cervical mucus and/or of the basal body temperature. 66% of women and 71% of men admitted that using NFP had taught them to talk about sexuality, 81% of women and 83% of men claimed that they had greatly developed their knowledge in the field of procreation, and 85% of women and 82% of men noticed that getting familiar with NFP had helped them to explain to their children issues related to sexuality. Over 70% of women and men are satisfied or very satisfied with the number of sexual intercourses per month.

The results quoted were obtained on representative study groups. They give not only female, but also male opinions. Accordingly, they represent a reliable source of information on a real influence of FAM on marital life. These publications mostly indicate a beneficial and developmental influence of FAM on the quality of a relationship of spouses. Furthermore, FAM are characterized by a high efficacy in putting off the conception, by doing no harm to health, by safety, by reversibility, by a use that is independent of medical staff, and by a compliance with values professed. These features are convergent with criteria of the ideal method. Moreover, FAM have educational and prophylactic advantages for the health of users and of people close to users, e.g., of their offsprings.

3. The SPICE index as a tool helping to create marital unity in couples using FAM

According to Fijałkowski, natural family planning represents a way of a fertile experience of sexuality (Troszyński et al., 2009). To make it happen, self-development is necessary to integrate needs, desires, and aspirations. The education to sexual integration aims at combining erotism and emotionality with spirituality. The sexuality should be experienced purely and creatively, so that it changes and develops in a somato-spiritual aspect, so that it helps marital relationship and unity. In a marital act, fertility cannot be separated from unity (Brożek, 2018).

We should repeat after Fijałkowski: thanks to cortical control, a human being is free from pressure and drive. Consequently, the frequency of sexual acts in humans is equally distributed throughout the whole female menstrual cycle, and spouses learn to express feelings and bonds in different forms, depending on their age and on a situation. Within the framework of a course for users, the Creighton Model Fertility Care™ system introduces a creative programme of developing relationships, i.e., the SPICE index of fundamental dimensions of marital unity. This acronym stands for English words that define these dimensions: *spiritual, physical, intellectual, creative, emotional*. *This programme turns out to be extremely useful in working with couples at different stages of life. It demonstrates opportunities of*

creating a relationship in spite of the fact that (and particularly when) its somatic dimension is temporarily not recommended, e.g., in case of high-risk pregnancy, in case of contra-indicated sexual activity in a disease, in early post partum period, or in fertile time if parents put off the conception of a child. Developing extragenital forms of communication creates trust, a feeling of freedom and of unconditional love (Szturomska Jóźwik, 2016).

4. Post partum period and creating marital unity. Choice of natural family planning methods

The birth of the first child causes a revolution in many fields of life of spouses, and their relationship becomes richer thanks to roles of mother and father. Every child intensifies the development of parental love. In many aspects, the period after childbirth may become a particularly difficult time for marital relationships (Brożek, 2018). a transient post partum decrease in sexual activity may be promoted by early and late complaints of this period. Early complaints include, i.a: presence of lochia, pain in the perinaeum related to episiotomy and to oedema (especially after vaccum or forceps), condition after a caesarian section, painfulness and tenderness of breasts associated with the beginning of lactation, depressed mood, generalized weakness and fatigue (Piejko, 2006). Subsequent weeks may be characterized by a discomfort resulting from: vaginal dryness, presence of haemorrhoids, urinary incontinence, physiologically decreased libido, a change in breast function (from sexual to useful one) (Kaźmierczak, Gebuza, Gierszewska, Michalska, 2010; Rowland, Foxcroft, Hopman, Patel, 2005), a permanent fatigue related to getting up at night, an anxiety about having another child (Sipiński, Kazimierczak, Ciesielska, 2005). The partner's opinion on changes in the woman's body after childbirth and her own feeling of attractiveness are not meaningless (Stadnicka, Łepecka-Klusek, Pilewska-Kozak, Pawłowska-Muc, 2015).

The above-mentioned early and late factors influencing sexuality after childbirth should represent an important part of a medical consultation scheduled for the 6-8th week. Parallel to issues related to sexuality, the physician should suggest to fully breastfeeding mothers LAM as a preliminary method of family planning for the first 6 months of their child's life (Labbok, Perez, Valdes, Sevilla, Wade, Laukaren, Cooney, Coly, Sanders, Queenan, 1994). When the LAM or another ecological method of family planning is recommended, can be avoided a paradoxal phenomenon of double protection from fertility return associated with overlapping effects of natural lactational infertility and of hormonal or mechanical contraception recommended as a complement for nonbreastfeeding mothers (Van Duong, 2012). Since the anxiety about getting pregnant again is one of the most frequently mentioned causes of avoiding sexual activity after childbirth, we should know that getting familiar with FAM and carrying out a meticulous follow-up of the woman's body help to decrease anxiety and stress (Cerańska-Goszczyńska, 2013).

Studies by K. Filipek et al. revealed that in 512 partnership systems, in 77% of cases, sexual activity was initiated after 6 weeks, i.e., after the post-partum period completed. In the first month, only 3.52% of interviewees initiated sexual activity, and circa 20% - after the 8th week following childbirth (Filipek, Marcyniak, Kuran, 2014).

These data are also confirmed by studies carried out by Connolly et al. (Connolly, Thorp, Pahel, 2005). The frequency of sexual activity in the first year after labour is less common than before getting pregnant, that is compliant with studies by A. Sipiński et al. (2005) 56% of interviewees had sexual intercourses more seldom, the frequency increased in 6% of couples, and it did not change in 38%, compared to the time before getting pregnant. 35% of female respondents claimed a decrease in sexual needs (ibidem).

This time may encourage spouses to express their feelings and their interest in their partner in a nonsexual way. a periodical avoiding of genital contacts, recommended to FAM users, may lead to an improvement in erotic bonds, strengthen the passion in a relationship and - accordingly - confirm the stability of their relationship. Wiśniewska-Roszkowska underlines that the attractiveness of the sexual act is increased by previous continence, and Fijałkowski adds that a positive value of understatement protects sexual contacts of spouses from monotony and boredom (Jaroszek, 2012). At the end of the first year, the woman's physical and psychological condition usually gets better, and parents feel more secure in their roles, the frequency of sexual intercourses is similar to the one before getting pregnant (LaMarre, Paterson, Gorzalka, 2003; Ślizień-Kuczapska, Czarnowicz, Rabijewski, 2019).

According to the teaching of the Catholic Church (Lasota, 2012), FAM promote an interpersonal dialogue, lead to maturity of a human being and open them to offer a gift from themselves in love, and fulfill the sense of their existence by procreation. Diving into a follow-up of a woman's body helps spouses to make a conscious and free decision on a subsequent conception (Brożek, 2018). Studies carried out by Machaj et al. (Machaj, Stankowska, 2011) demonstrate that sexuality in the procreative period plays an important role for more than 50% of mothers, and 44,4% of mothers claim that experiencing pregnancy, childbirth and breastfeeding helped them to become more attractive women. Because - parallel to ecological values - FAM partially fit the criteria of the ideal method in the field of efficacy in putting off the conception and in creating a partnership-based relationship, they may represent a good alternative for methods of temporary sterilization.

Bibliography:

- Ashworth, A., Beasley, R., Bown, J., Campbell, O., Diaz, S. et al. (1988). Breastfeeding as a family planning method, *The Lancet*, 332 (8621), 1204–1205, doi: 10.1016/S0140-6736(88)90279-6.
- Bassa B. (2017). Towarzystwo małżonkom w aspekcie prokreacji, *Materiały konferencyjne Jednotlivec a rodina v pastoračnej starostlivosti vo farnosti Výzvy Posynodálnej apoštolskej exhortácie Amoris laetitia*, wyd. Mária Šmidová, Bratislava, 110-121.
- Billings, E.J. (1972). Syptoms & Hormonal Changes accompanying ovulation; *Lancet*: Feb 5:1972:282-284
- Billings, J.J. (1964). The Ovulation Method, *Advocate Press*, Melburne, Australia.
- Brożek, M. (2018). Duszpasterskie towarzystwo małżonkom w pierwszych latach małżeństwa. Rola poradni rozpoznawania płodności. *Teologia Praktyczna*, 19, 191-205.
- Cerańska-Goszczyńska, H. (1997). Naturalne planowanie rodziny, (w:) *Ginekologia w praktyce lekarza rodzinnego*, B. Chazan (red.), 183-191, Warszawa.
- Cerańska-Goszczyńska, H. (2007). Metody rozpoznawania płodności – rodzaje, efektywność, (w:) *Nowoczesne metody rozpoznawania płodności*, R. Domżał-Drzewicka, E. Gałęziowska (red.), 31-39, Lublin.
- Connolly, A., Thorp, I., Pahal, L. (2005). Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study, *Int Urogynecol J & Pelvic Floor Dysfunction*, 16 (4): 263-267, doi: 10.1007/s00192-005-1293-6.
- Dębska, S.L., Szyszka, M., Bączek, G., Dmoch-Gajzlerska, E. (2017). Wiedza studentów kierunków medycznych na temat fizjologii płodności kobiety i naturalnych metod planowania rodziny, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 7 (2), 141–147, doi: 10.17219/pzp/64687
- Dmochowski, T., Cerańska-Goszczyńska, H. (2009). Zalety i trudności stosowania metod naturalnego planowania rodziny, *Rozpoznawanie płodności. Materiały edukacyjno-dydaktyczne dla nauczycieli NPR, pracowników służby zdrowia oraz zainteresowanych zdrowiem prokreacyjnym*, M. Troszyński (red.), 115-119, Poznań: Bonami.
- Fehring, J.R. (1995). Physician and nurses' knowledge and use of natural family planning, *The Linacre Quarterly*, Sage Journals, 4 (62), 22-28, doi: 10.1080/20508549.1995.11878322.
- Fijałkowski, W. (1987). Ekologiczne problemy rozrodczości, (w:) W. Fijałkowski (red.), *Miłość, prokreacja, odpowiedzialność*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Filipek, K., Marcyniak, M., Kuran, J. (2014). Rozpoczęcie współżycia płciowego po zakończonym porożu. *Seksuologia Polska*, 12 (1), 8-14.
- Flynn, A., Brooks, M. (1996). *The manual of Natural Family Planning*, Allen & Unwin.
- Frank-Herrmann, P., Gnoth, C., Baur, S., Strowitzki, T., Freundl, G. (2005). Determination of the fertile window: Reproductive competence of women – European cycle databases, *Gynecol Endocrinol*, 20 (6), 305-312.

- Frank-Herrmann, P., Heil, J., Gnoth, C., Toledo, E., Baur, S., Pyper, C., Jenetzky, E., Strowitzki, T. & Freundl, G. (2007). The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study. *Human Reproduction*, 22, 1310-1319, doi: 10.1093/humrep/dem003.
- Hilgers, T. (2004). *The Medical & Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*. Omaha: Pope Paul VI Institute Press.
- Jankowska, M. (2014). Metody regulacji poczęć a więź małżonków i jakość ich związku małżeńskiego, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 4 (20): 144-161.
- Jarczewska, D.Ł. (2015). *Szkodliwość doustnej antykoncepcji hormonalnej*, Warszawa: Medipage.
- Jaroszek, W. (2012). Naturalne metody planowania rodziny a namiętność małżonków, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 2 (10), 79-85.
- Journal Gynecological Endocrinology* (2005). 20 (6), 305-312 | Published online: 07 Jul 2009 Download citation <https://doi.org/10.1080/09513590500097507>
- Kaźmierczak, M., Gebuza, G., Gierszewska, M., Michalska, E. (2010). Problemy kobiet w połogu i ich przyczyny, *Perinatologia Neonatologia Ginekologia*, 3 (4), 290-295.
- Keef, E. (1962). Self-observation of the cervix to distinguish days of possible fertility; *Bull of the Sloane Hospital for Women*, 8 (4), 129-136.
- Kennedy, K., Rivera, R., McNeilly, A. (1989). Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception*; 39 (5), 477-496.
- Kinle, M. (2006). Naturalne planowanie rodziny na świecie i w Polsce, (w:) *Naturalne planowanie rodziny*, M. Troszyński (red.), Warszawa.
- Kinle, M., Małecka, M., Holerek (2006). Naturalne planowanie rodziny w aspekcie historycznym, (w:) *Naturalne planowanie rodziny*, M. Troszyński (red.), 213-222, Warszawa.
- Kippley, S. (1997). *The Art of Natural Family planning 4th edition*, USA, Couple to Couple League; ISBN 0-926412-13-2.
- Klaus, H., Cortés, M.E (2015). Psychological, social, and spiritual effects of contraceptive steroid hormones, *Linacre Q*, 82, 283-300.
- Kramarek, T. (2006). *Rozpoznawania okresowej Płodności Matżeństwa Metoda Objawowo-termiczna*, Fundacja Głos dla Życia, ISBN 83-86345-51-9.
- Kramarek, T. (2007). *Naturalne Planowanie rodziny i jego biologiczne uwarunkowania* wydawnictwo: Fundacja Głos dla Życia, ISBN: 83-86345-35-7.
- Kulkarni, J. (2007). Depression as a side effect of the contraceptive pill, *Expert Opin Drug Saf*, 6, 371-374.
- Labbok, M., Cooney, K., Coily, S. (1994). *Guidelines: Breastfeeding, Family Planning, and the Lactational Amenorrhea Method-LAM*. Washington, DC: Institute for Reproductive Health.

- Labbok, M., Perez, A., Valdes, V., Sevilla, F., Wade, K., Laukaren, V., Cooney, K., Coly, S., Sanders, C., Queenan, J. (1994). The Lactational Amenorrhea Method: a postpartum introductory family planning method with policy and program implications, *Adv Contracept*, 10, 93-109.
- LaMarre, A.K., Paterson, L.Q., Gorzalka, B.B. (2003). Breastfeeding and maternal postpartum functioning, *Canadian Journal of Human Sexuality*, 12 (3-4), 151-169.
- Lasota, K. (2012). <http://www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/Presentations0/npr1.pdf>.
- Machaj, J., Stankowska, I. (2011). Poczucie atrakcyjności seksualnej kobiet w wieku prokreacyjnym po przebyciu ciąży i okresu karmienia, *Nowiny Lekarskie*, 80 (5), 323-333.
- Manhart, M., Duane, Lind, A., Sinai, I., Golden-Tevald, J. (2013). Fertility awareness- based methods of family planning: a review of effectiveness for avoiding pregnancy using SORT, *Osteopathic Family Physician*, 5 (1), 2-8, doi: 10.1016/j.osfp.2012.09.002.
- Marschal, J. (1968). a field trial of basal body temperature method of regulation birth, *Lancet*, 8-10.
- Marschal, J. (1976). Cervical mucus and Basal Body Temperature method Regulating births, *Lancet*, 282-283.
- Mrozowicz, A. (2013). Poradnictwo Rodzinne Archidiecezji Gdańskiej w służbie małżeństwu i rodzinie, (w:) *Rodzicielstwo wobec wyzwań współczesnego świata*, Ateneum Przegląd Familiologiczny, M. Stopikowska (red.), 21-234, Gdańsk: Ateneum Szkoła Wyższa.
- Ohme-Petres S., FEDRA workgroup (2019). *Natural Family Planning Teachers Training Course, Manual, Theoretical Basis for all NFP Method*, European Institute for Family Life Education, ISBN 978-3-948326-00-5.
- Oinonen, K.A., Mazmanian, D. (2001). Effects of oral contraceptives on daily self-ratings of positive and negative affect, *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 647-58.
- Pallone, S.R., Bergus, G.R. (2009). Fertility awareness-based methods: another option for family planning, *Journal of the American Board of Family Medicine*; 22, 147-157, doi: 10.3122/jabfm.2009.02.080038.
- Piejko, E. (2006). The postpartum visit. Why wait 6 weeks, *Reprinted from Australian Family Physician*, 35 (9): 674-678.
- Rotzer, J. (1978). The symphotermal method: Ten years of change, *Linacre Quartely*; 358-374.
- Rötzer, J. (2007). *Ja i mój cykl*, Warszawa: INER.
- Rowland, M., Foxcroft, L., Hopman, W., Patel, R. (2005). Breastfeeding and sexuality immediately post partum, *Canadian Family Physician*, 51, 136-137.
- Sinai, I. Arévalo, M. (2006). It's all in the timing: coital frequency and fertility awareness-based methods of family planning, *Journal of Biosocial Science*, 38, 763-777.
- Sipiński, A., Kazimierczak, M., Ciesielska, B. (2005). Ocena zachowań seksualnych kobiet karmiących. *Seksuologia Polska*, 3 (2), 52-59.

- Smoliński, R. (2010). Seksualność kobiet w ciąży i porożu, (w:) *Podstawy seksuologii*, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), 133–138, Warszawa: PZWL.
- Stadnicka, G., Łepecka-Klusek, C., Pilewska-Kozak, A., Pawłowska-Muc, A. (2015). Satysfakcja seksualna po porodzie, część I, *Problemy Pielęgniarstwa*, 23 (3), 357-361.
- Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie wykorzystania Naturalnych Metod Planowania Rodziny do celów antykoncepcyjnych (2010). Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego 2006–2011, *Ginekologia Polska*, 2010, 81, 947-949.
- Stover, J., Bertrand, J. Shelton, J. (2000). Empirically based conversion factors for calculating couple-years of protection, *Evaluation Review*, 24 (1), 3-46, doi: 10.1177/0193841X0002400101.
- Sujak, E. (2015). *Poradnictwo małżeńskie i rodzinne*, Lubliniec: KB Studio.
- Suszczewicz, N., Ślizień-Kuczapska, E. (2012). Antykoncepcja hormonalna dlaczego nie? Medyczny punkt widzenia, *Życie i Płodność*, 1/2012, 15-33.
- Szturomska-Józwik, L. (2016). Naprotechnologia jako holistyczna medycyna przyjazna rodzinie *Teologia i Moralność*, 11, 2 (20), doi: 10.14746/TIM.2016.20.2.13.
- Szymaniak, M., Ślizień-Kuczapska, E., (2016). Metody Rozpoznawania płodności jako istotny element promocji zdrowia prokreacyjnego, *Życie i Płodność*, 7-11.
- Ślizień-Kuczapska, E. (2007). Czy metody rozpoznawania płodności potrzebują nowych technologii? (w:) *Nowoczesne metody rozpoznawania płodności wybrane zagadnienia*, R. Domżał-Drzewiecka, E. Gałęziowska (red.), 109-120, Lublin: Makmed.
- Ślizień-Kuczapska, E., Sys, D., Baranowska, B., Tataj-Puzyna, U. (2017). Zdrowie prokreacyjne jako zasadniczy kierunek troski o zdrowie rodziny. Wybrane zagadnienia profilaktyki zaburzeń płodności oraz promocji karmienia piersią na tle sytuacji demograficznej Polski, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 4 (32), 88-111.
- Thijssen, A., Meier, A., Panis, K., Ombelet, W. (2014). Fertility Awareness-Based Methods' and subfertility: a systematic review Facts Views, *Vision in Obgyn*, 6 (3): 113-123.
- Thyma, P. (1976). The Double Check method of natural family Planning; Married life information, *Fall River*, Massachusetts.
- Troszyński M. (2009). *Rozpoznawanie płodności. Materiały edukacyjno-dydaktyczne dla nauczycieli NPR, pracowników służby zdrowia oraz zainteresowanych zdrowiem prokreacyjnym*, Poznań: Bonami.
- Unsel, M., Rötzer, E., Weigl, R., Masel, E., Manhart, M. (2017). Use of Natural Family Planning (NFP) and Its Effect on Couple Relationships and Sexual Satisfaction: A Multi-Country Survey of NFP Users from US and Europe, *Front Public Health*, 5, 42, doi: 10.3389/fpubh.2017.00042.
- Van Duong, D. (2012). Breastfeeding, Sexuality and Contraception During the Postpartum Period, *Currellt Pediatric Reviews*, 8, 332-338.

- Vande Vusse, L., Hanson, L., Fehring, R., Newman, A., Fox, J., (2003). Couples' views of the effects of natural family planning on marital dynamics, *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 171-176.
- Vigil, P., Lyon, C., Flores, B., Rioseco, H., Serrano, F. (2017). Ovulation a sign of health, *Linacre Quarterly*, 84 (4), 343-355, doi: 10.1080/00243639.2017.1394053
- Vigil, P., Blackwell, L.F., Cortés, M.E. (2012). The Importance of Fertility Awareness in the Assessment of a Woman's Health a Review, *Linacre Quarterly*, 79 (4), 426-450.
- Warnock, J. K., Clayton A., Croft, H., Segraves, R., Biggs, F. (2006). Comparison of androgens in women with hypoactive sexual desire disorder: those on combined oral contraceptives (COCs) vs. those not on COCs, *J Sex Med*, 3, 878-882.
- Wójcik, E. (2016). *Poradnik małżeński. w poszukiwaniu sensu życia*, Warszawa: Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna Adam.

Dr hab. Bogusława Lachowska, prof. KUL
Institut Psychologii
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Mgr Agnieszka Szteliga
Institut Psychologii
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Zmartwienia kobiet w ciąży

Worries of pregnant women

Abstrakt:

Celem badania było określenie zakresu i treści zmartwień przeżywanych przez kobiety w ciąży w grupie kobiet w Polsce, za pomocą przetłumaczonej i adaptowanej na grunt polski the Cambridge Worry Scale. 91 kobiet wypełniło CWS oraz udzieliło odpowiedzi na pytania dotyczące ich dotychczasowych doświadczeń związanych urodzeniem dziecka. Najsilniejsze zmartwienia przeżywane przez badane kobiety dotyczą możliwości poronienia (wartość średniej w CWS wynosi 3,45), porodu (wartość średniej w CWS wynosi 3,35), pójścia do szpitala (wartość średniej w CWS wynosi 3,13) oraz możliwości, iż z dzieckiem dzieje się coś złego (wartość średniej wynosi 3,12). Rzetelność skali oszacowana metodą spójności wewnętrznej α Cronbacha jest satysfakcjonująca (α Cronbacha = 0,88).

Słowa kluczowe: ciąża, zmartwienie, tranzycja do rodzicielstwa

Abstract:

The aim of this study was to assess the extent and content of worries in pregnancy on a sample of women in Poland using a translated and adapted version of the Cambridge Worry Scale. 91 pregnant women filled out the CWS and answered the questions on their obstetrics history. The major worries referred to possibility of miscarriage (CWS mean value 3,45), to the process of giving birth (CWS mean value 3,35), going to hospital (CWS mean value 3,13) and the possibility, that something might be wrong with the baby (CWS mean value 3,12). The internal consistency of the scale was satisfactory (α Cronbacha = 0,88).

Key words: pregnancy, worry, transition to parenthood

1. Wprowadzenie

Obszarem zagadnień stanowiących przedmiot szczególnego zainteresowania badaczy zajmujących się rozwojem rodziny, jest tranzycja do rodzicielstwa (Belsky, Kelly, 1994). w tranzycji do rodzicielstwa szczególne duże znaczenie ma okres ciąży, będący fazą przejściową między fazą przedrodzicielską i rodzicielską. Okres ten wyraża stopniowe przejście od fazy, kiedy to para jest jeszcze bez dzieci, do fazy, w której para funkcjonuje już jako rodzice. Jest to okres naturalnego przygotowywania się małżonków do pełnienia ról rodzicielskich.

Przyjście na świat dziecka, zwłaszcza pierwszego, wymaga dokonania wielu zmian w życiu, zwłaszcza w życiu matki. Zmiany te dotyczą nabycia nowych umiejętności. Są to

także zmiany aktywności zawodowej, w relacji z małżonkiem oraz w relacji ze środowiskiem pozarodzinnym. Sytuacja ta, ze względu na wymaganie tak wielu znaczących zmian, może być doświadczana jako sytuacja na tyle trudna, że powoduje kryzys. To, czy w związku z przyjściem na świat dziecka pojawi się kryzys, zależy od jakości relacji między małżonkami, od tego, czy rodzicielstwo było zaplanowane, od przygotowania do rodzicielstwa, od oceny własnych możliwości oraz od przebiegu rozwoju dziecka. Macierzyństwo wprawdzie stawia przed kobietą nowe, trudne wymagania, jednocześnie jednak daje jej okazję do uformowania nowej tożsamości, do podejmowania ważnych i odpowiedzialnych decyzji oraz do zmiany hierarchii wartości (Bakiera, 2013; Bartosz, 2002).

Okres ciąży w życiu kobiety wiąże się z podwyższonym poziomem emocji, lęku i niepokoju (Melender, 2002). Badacze wskazują, iż doświadczanie przez kobiety w ciąży pozytywnego i negatywnego afektu ma ogromne znaczenie dla dobrostanu zarówno kobiety, jak i noworodka (por. np. Green, Kafetsios, Statham, Snowdon, 2003; Petersen, Paulitsch, Guethlin, Gensichen, Jahn, 2009). w związku z tym bardzo ważne jest monitorowanie tych stanów, co może pozwolić na opracowanie programów przeciwdziałania ich ewentualnym negatywnym rezultatom. Przedmiotem zainteresowania tego opracowania są zmartwienia doświadczane przez kobiety w ciąży.

Jak podają badacze (por. np. Green i in., 2003), zmartwienie (ang. *worry*) jest konstruktem teoretycznym różnym od pojęcia niepokoju (ang. *anxiety*), chociaż z nim związanym. Zmartwienie traktowane jest jako poznawczy aspekt lęku (Joormann, Stöber, 1997; Mathews, 1990). Zmartwienia rozumiane są jako odnoszące się do przyszłości myśli i obrazy, dotyczące możliwych negatywnych rezultatów wydarzeń (Mathews, 1990; Silverman, La Greca, Wasserstein, 1995). Rozróżnia się zmartwienia patologiczne i niepatologiczne. Green i współpracownicy (2003) skupiają swoją uwagę na zmartwieniach doświadczanych przez kobiety będące w ciąży. Zmartwienia, które ich interesują wchodzą w skład normalnej codziennej aktywności. Nie stanowią one sytuacji patologicznych.

Celem opracowania jest ukazanie nasilenia i treści zmartwień doświadczanych przez kobiety będące w ciąży.

2. Metoda

2.1. Osoby badane

W tym opracowaniu analizie poddano dane uzyskane w efekcie badania 91 kobiet w wieku od 19 do 42 lat ($M = 29,22$; $SD = 4,97$). Dla 52,7% kobiet ich aktualna ciąża była ciążą kolejną ($n = 48$), w przypadku pozostałych kobiet, była to ich ciąża pierwsza ($n=43$; 47,3%). Wszystkie kobiety uczestniczące w badaniu pozostawały w związku. Większość z nich miała ślub kościelny (80,2%), pozostałe miały wyłącznie ślub cywilny (3,3%) lub

związek był niesformalizowany (16,5%). Staż aktualnego związku badanych kobiet wynosił od 1 do 19 lat ($M = 5,71$; $SD = 3,96$).

2.2. Narzędzia pomiaru zmiennych

W tym badaniu zastosowano opracowaną przez Lachowską (w druku) polską wersję The Cambridge Worry Scale (CWS) (Grenn i in., 2003). Skala ta pozwala na zbadanie zarówno nasilenia zmartwień, jak i tego, co jest ich przedmiotem, w przypadku kobiet będących w ciąży. Zmartwienia badane przez skalę obejmują te odnoszące się do ciąży oraz zmartwienia ogólne. Skala składa się z 16 pozycji, a każda z nich odnosi się do jakiegoś zmartwienia, które może być przeżywane przez kobiety w ciąży. Osoba badana ustosunkowuje się do każdej pozycji korzystając z sześciostopniowej skali, na której zaznacza jak dużym zmartwieniem jest dla niej dana sytuacja (od 0 – *wcale nie jest zmartwieniem*; do 5 – *jest wyjątkowo dużym zmartwieniem*).

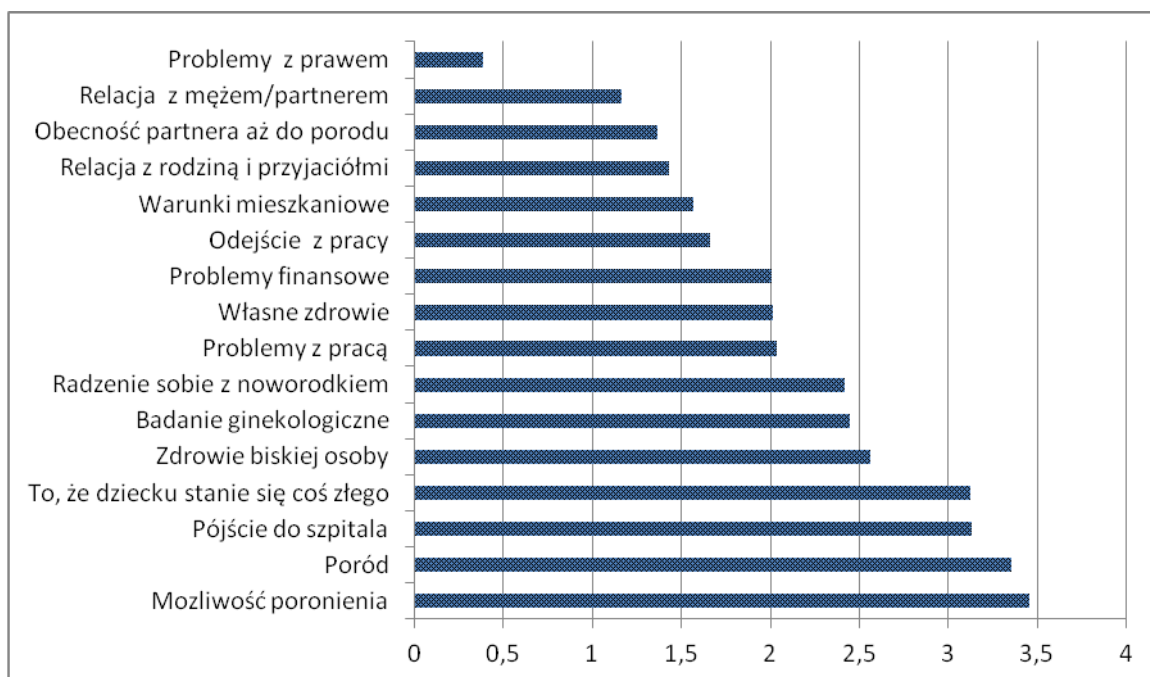
W efekcie analiz statystycznych autorzy oryginalnej wersji skali wyodrębnili cztery grypy zmartwień: społeczno-medyczne, społeczno-ekonomiczne, dotyczące zdrowia oraz relacji interpersonalnych. Zmartwienia społeczno-medyczne dotyczą porodu, pobytu w szpitalu, badań ginekologicznych oraz radzenia sobie z nowo narodzonym dzieckiem. Zmartwienia społeczno-ekonomiczne dotyczą problemów finansowych, warunków mieszkaniowych oraz pracy zawodowej. Zmartwienia odnoszące się do zdrowia obejmują możliwość poronienia, możliwość tego, że z dzieckiem dzieje się coś złego, dotyczą własnego zdrowia oraz zdrowia bliskiej osoby. Zmartwienia w zakresie relacji interpersonalnych odnoszą się do relacji z przyjaciółmi i rodziną, oraz z mężem czy też partnerem.

Rzetelność polskiej wersji skali, obejmującej 16 stwierdzeń, oszacowana metodą spójności wewnętrznej α Cronbacha jest satysfakcjonująca (α Cronbacha = 0,88). Skala CWS posiada kilka wersji językowych. Na gruncie polskim badania za pomocą tej skali nie były przeprowadzane.

W badaniu zgromadzono także dane demograficzne osób badanych, wykorzystując do tego opracowany w tym celu kwestionariusz. Określono wiek osób badanych, ich stan cywilny, staż związku, miejsce zamieszkania, przebieg aktualnej ciąży i ciąż poprzednich, satysfakcję ze związku oraz ocenę sytuacji finansowej. Sytuację finansową oceniono za pomocą jednego stwierdzenia. Osoba badana, korzystając z pięciostopniowej skali odpowiedzi wskazywała, jak ocenia tę sytuację (od *bardzo dobrej*, do *bardzo złej*). Wynik wyższy wskazuje na gorszą sytuację finansową. Satysfakcję ze związku oceniono za pomocą jednego stwierdzenia. Osoby badane na pięciostopniowej skali odpowiedzi (od: *zdecydowanie zadowolona* do *zdecydowanie niezadowolona*) zaznaczały, jak bardzo są zadowolone ze swojego związku. Wynik wyższy wskazuje na mniejsze zadowolenie ze związku.

2.3. Wyniki

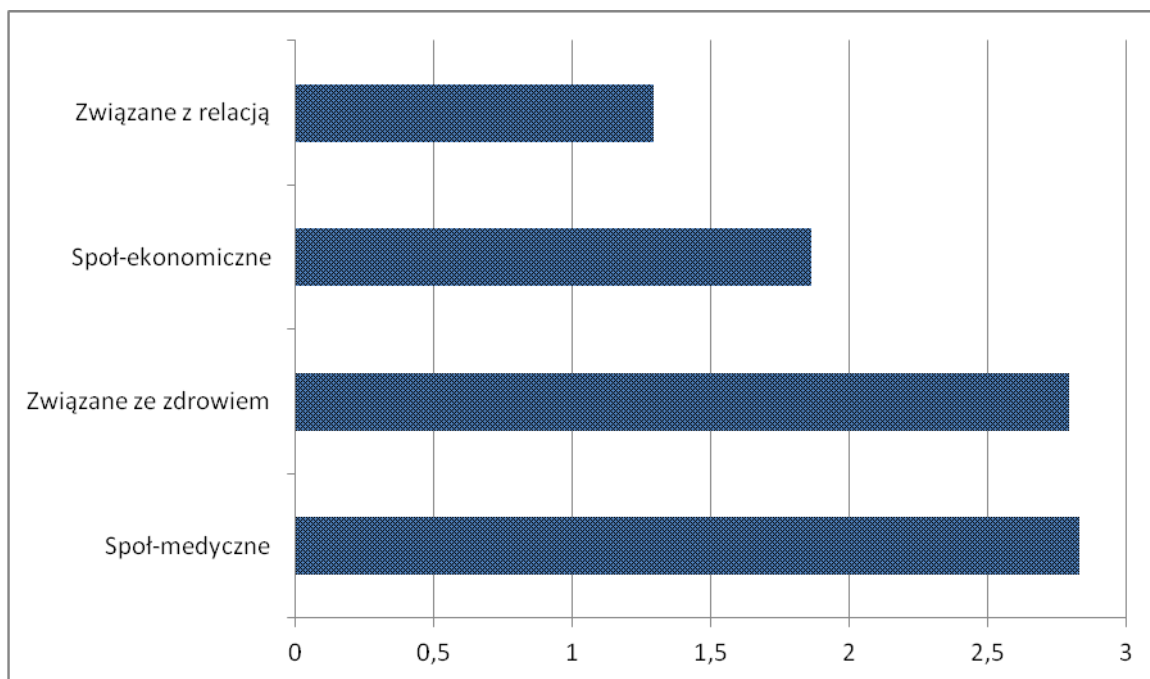
Na wykresie 1. przedstawiono średnie odpowiedzi udzielonych w odniesieniu do poszczególnych pozycji dotyczących zmartwień.



Wykres 1. Zmartwienia kobiet w ciąży (wartości średniej obliczone na skali odpowiedzi 0-5)

Największymi zmartwieniami badanych kobiet są te dotyczące możliwości poronienia ($M = 3,45$; $SD = 1,83$), porodu ($M = 3,35$; $SD = 1,66$), pobytu w szpitalu ($M = 3,13$; $SD = 1,66$), tego, że z dzieckiem dzieje się coś złego ($M = 3,12$; $SD = 1,73$). Stosunkowo dużym zmartwieniem są dla badanych także zdrowie bliskiej osoby ($M = 2,56$; $SD = 1,73$), czekające kobietę wewnętrzne badania ginekologiczne ($M = 2,44$; $SD = 1,73$) oraz radzenie sobie z nowo narodzonym dzieckiem ($M = 2,41$; $SD = 1,67$). Najmniejszymi zmartwieniami badanych kobiet są natomiast problemy z prawem ($M = 0,38$; $SD = 1,06$), relacje z mężem czy też partnerem ($M = 1,16$; $SD = 1,59$) oraz relacje z przyjaciółmi i rodziną ($M = 1,43$; $SD = 1,41$) a także to, czy partner będzie obecny aż do porodu ($M = 1,36$; $SD = 1,67$). w skali nie było stwierdzenia, w odniesieniu do którego by nie wskazano, iż sytuacja opisana w stwierdzeniu jest przedmiotem zmartwień. Jednakże więcej niż połowa badanych kobiet podała, iż następujące zmartwienia wcale nie są jej zmartwieniami, czyli jej nie dotyczą: problemy związane z prawem (83,5% badanych), relacja z mężem czy też partnerem (54,9%), to, czy partner będzie obecny aż do porodu (50,5%). Stosunkowo dużo kobiet podało także,

iż wcale nie martwią się odejściem z pracy (44,%). Natomiast prawie wszystkie kobiety (ponad 80% badanych) podają, iż w różnym stopniu martwią je następujące kwestie: poród (92,3%), pójście do szpitala (91,2%), to, że z dzieckiem może dzieć się coś złego (87,9%), możliwość poronienia (85,7%), zdrowie bliskiej osoby (83,5%), wewnętrzne badania ginekologiczne (81,3%), radzenie sobie z nowo narodzonym dzieckiem (81,3%) oraz problemy finansowe (80,2%).



Wykres 2. Kategorie zmartwień doświadczanych przez kobiety w ciąży i ich nasilenie (wartości średnich obliczonych dla każdej kategorii na skali odpowiedzi 0-5)

Analizując dane w odniesieniu do czterech grup zmartwień wyodrębnionych przez autorów skali (Wykres 2.), można zauważyć, iż największymi zmartwieniami kobiet w ciąży są te z grupy społeczno-medycznych ($M = 2,83$; $SD = 1,35$) i związanych ze zdrowiem ($M = 2,79$; $SD = 1,27$), mniejsze są te z grupy zmartwień społeczno-ekonomicznych ($M = 1,86$; $SD = 1,39$), zaś najmniejsze te odnoszące się do relacji interpersonalnych ($M = 1,29$; $SD = 1,33$).

Analizy przeprowadzone za pomocą testu u Manna-Whitneya ukazały, iż kobiety doświadczające powikłań w poprzednich ciążach ($n = 28$), w porównaniu do kobiet nie doświadczających powikłań ($n = 63$), podają istotnie więcej zmartwień związanych ze zdrowiem ($Z = 2,568$; $p \leq 0,01$), zmartwień społeczno-ekonomicznych ($Z = 2,568$; $p \leq 0,01$) oraz relacyjnych ($Z = 3,171$; $p \leq 0,01$). Nie różnią się natomiast ze względu na wielkość zmartwień społeczno-medycznych. Nasilenie zmartwień jest różne także ze względu na to, czy aktualna ciąża była planowana, czy też nie. Kobiety, które podają, iż ciąża była

planowana ($n = 70$), w porównaniu do kobiet, które podały, iż ich aktualna ciąża nie była planowana ($n=21$), doświadczają istotnie więcej zmartwień relacyjnych ($Z = 4,381$; $p \leq 0,001$), społeczno-ekonomicznych ($Z = 2,359$; $p \leq 0,05$) oraz związanych ze zdrowiem ($Z = 2,143$; $p \leq 0,05$). Nie różnią się natomiast ze względu na wielkość zmartwień społeczno-medycznych. Wielkość zmartwień różnicuje ponadto zagrożenie aktualnej ciąży.

Kobiety, których aktualna ciąża jest zagrożona ($n= 9$) doświadczają istotnie więcej zmartwień związanych ze zdrowiem niż kobiety, których aktualna ciąża nie jest zagrożona ($n=82$) ($Z = 3,224$; $p \leq 0,001$) oraz także zmartwień społeczno-ekonomicznych ($Z = 3,490$; $p \leq 0,001$). Natomiast status związku (ślub kościelny, wyłącznie ślub cywilny, związek niesformalizowany) nie różnicował wielkości zmartwień.

Z kolei analiza testem H Kruskala-Wallisa wykazała, że kobiety doświadczają różnego poziomu zmartwień społeczno-medycznych ($9,915$, $df = 3$, $p = 0,019$) oraz zmartwień społeczno-ekonomicznych ($9,602$, $df = 3$, $p = 0,022$) w zależności od miejsca zamieszkania. Najwięcej zmartwień społeczno-ekonomicznych mają kobiety mieszkające na wsi, istotnie więcej niż kobiety z dużych miast, o liczbie mieszkańców ponad 100 tys. ($Z = 2,562$; $p = 0,01$), oraz kobiety z miast o średniej wielkości, o liczbie mieszkańców od 50 do 100 tys. ($Z = 2,271$; $p = 0,023$). Natomiast najmniej zmartwień społeczno-medycznych mają kobiety mieszkające w dużych miastach, istotnie mniej niż kobiety mieszkające na wsi ($Z = 3,043$; $p = 0,002$) oraz kobiety mieszkające w małych miasteczkach, o liczbie mieszkańców do 50 tys. ($Z = 2,267$; $p = 0,023$).

Analiza korelacji dwuzmiennowych pozwoliła na określenie związku poszczególnych zmartwień oraz kategorii zmartwień z satysfakcją ze związku, z oceną sytuacji finansowej, z wiekiem badanych kobiet oraz nasileniem powikłań doświadczanych w poprzednich ciążach (Tab. 1).

Tab. 1a. Wartości współczynników korelacji r-Pearsona między charakterystykami sytuacji kobiet w ciąży a doświadczanymi przez nie zmartwieniami

Zmienne:	Sytuacja finansowa	Satysfakcja ze związku	Powikłania w poprzednich ciążach	Wiek (w latach)
Sytuacja finansowa	-	-	-	-
Satysfakcja ze związku	0,30***	-	-	-
Powikłania w poprzednich ciążach	0,09	0,22*	-	
Wiek (w latach)	-0,02	0,32**	0,41***	

Tab. 1b. Wartości współczynników korelacji r-Pearsona między charakterystykami sytuacji kobiet w ciąży a doświadczanymi przez nie zmartwieniami

Zmartwienia:				
Warunki mieszkaniowe	0,46***	0,17	0,19	0,09
Problemy finansowe	0,60***	0,15	0,19	0,07
Problemy z prawem	0,13	0,02	-0,07	0,05
Relacja z mężem/partnerem	0,31**	0,51***	0,34***	0,33**
Relacja z rodziną i przyjaciółmi	0,25*	0,16	0,32**	0,19
Twoje zdrowie	0,36***	0,27**	0,25*	0,24*
Zdrowie bliskiej osoby	0,19	0,16	0,25*	0,08
Problemy z pracą	0,45***	0,07	0,11	0,08
Możliwość, że z dzieckiem dzieje się coś złego	0,18	0,18	0,24*	0,06
Pójście do szpitala	0,21*	0,24*	0,19	0,05
Badania ginekologiczne	0,16	0,24*	0,11	0,04
Poród	0,32**	0,17	-0,03	-0,03
Radzenie sobie z nowo narodzonym dzieckiem	0,22*	0,03	-0,03	-0,16
Odejście z pracy	0,09	0,02	-0,02	0,14
To, czy partner będzie aż do porodu	0,12	0,20	0,05	0,03
Możliwość poronienia	0,25*	0,05	0,07	-0,01
Kategorie zmartwień:				
Społeczno-medyczne	0,29**	0,21*	0,08	-0,04
Społeczno-ekonomiczne	0,60***	0,15	0,20	0,10
Zdrowotne	0,33**	0,22*	0,27**	0,12
Relacyjne	0,31**	0,39***	0,37***	0,30**

Adnotacje: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; w przypadku oceny satysfakcji ze związku i sytuacji finansowej wyższy wynik wskazuje odpowiednio na mniejsze zadowolenie i gorszą sytuację

Stwierdzono, iż kobiety starsze podają więcej powikłań doświadczanych w poprzednich ciążach, co może wskazywać, iż wraz z wiekiem kobiety ciężarnej wrasta ryzyko powikłań, lub też, iż kobiety starsze mają za sobą więcej ciąż, a zatem w większym stopniu były narażone na ryzyko powikłań.

Mniejsza satysfakcja ze związku badanych kobiet wiąże się z starszym wiekiem kobiet, z większą liczbą powikłań doświadczanych w poprzednich ciążach oraz z gorszą sytuacją finansową.

Gorsza sytuacja finansowa wiąże się z większym nasileniem wszystkich kategorii zmartwień, przy czym zależność jest szczególnie silna w przypadku zmartwień społeczno-ekonomicznych i dotyczy wszystkich aspektów tej grupy zmartwień (problemy finansowe, warunki mieszkaniowe i problemy z pracą).

W przypadku zmartwień związanych ze zdrowiem, z gorszą sytuacją finansową wiążą się większe zmartwienia dotyczące własnego zdrowia oraz możliwości poronienia. Większe zmartwienia relacyjne w przypadku gorszej sytuacji finansowej obejmują większe zmartwienia związane z relacją z mężem lub partnerem oraz z rodziną i przyjaciółmi. Z gorszą sytuacją finansową wiąże się także większe nasilenie zmartwień społeczno-medycznych, w tym większe nasilenie zmartwień dotyczących pójścia do szpitala, porodu, radzenia sobie z nowo narodzonym dzieckiem.

Występowanie powikłań w poprzednich ciążach wiąże się z większym nasileniem zmartwień zdrowotnych oraz relacyjnych. Przedmiotem zmartwień zdrowotnych jest to, czy z dzieckiem nie dzieje się coś złego, własne zdrowie kobiety oraz zdrowie osób bliskich. Natomiast źródłem zmartwień odnoszących się do relacji interpersonalnych jest relacja z mężem lub z partnerem oraz relacja z rodziną i przyjaciółmi.

Mniejsza satysfakcja ze związku współwystępuje z większym nasileniem zmartwień odnoszących się do relacji, ale jedynie tych dotyczących relacji z mężem lub partnerem, z większym nasileniem zmartwień związanych ze zdrowiem, ale dotyczących wyłącznie zdrowia własnego, a także z większym nasileniem zmartwień społeczno-medycznych, dotyczących pójścia do szpitala oraz badań ginekologicznych.

Z wiekiem badanych kobiet wiąże się wyższy poziom zmartwień dotyczących relacji z mężem lub partnerem. Wraz z wiekiem narastają ponadto także zmartwienia dotyczące własnego zdrowia.

Podsumowanie

Zmartwienia są ważnym zjawiskiem w życiu kobiet będących w ciąży. w badanej grupie nie było ani jednej kobiety, która nie doświadczałaby któregoś ze zmartwień, wymienionych w skali. Niektóre ze zmartwień były doświadczane przez prawie wszystkie badane kobiety. Najbardziej rozpowszechnionymi zmartwieniami w badanej grupie kobiet w ciąży są zmartwienia dotyczące porodu, pójścia do szpitala, tego, iż z dzieckiem może dziać się coś złego, a także możliwości poronienia, zdrowia bliskiej osoby, badań ginekologicznych, radzenia sobie z nowo narodzonym dzieckiem oraz kwestii finansowych. Tego typu zmartwień doświadcza co najmniej 80% badanych kobiet, w przypadku

niektórych zmartwień, nawet ponad 90% badanych. Zmartwienia dotyczące możliwości poronienia, samego porodu, pójścia do szpitala oraz stanu zdrowia nienarodzonego dziecka są zmartwieniami najintensywniej przeżywanymi.

Zmartwienia są tym intensywniejsze im trudniejsza jest sytuacja finansowa kobiet będących w ciąży, im mniej są one zadowolone ze związku ze swoim mężem lub partnerem, im więcej powikłań doświadczyły w poprzednich ciążach oraz im są starsze. Zmartwienia są intensywniejsze także wtedy, kiedy ciąża była nieplanowana oraz w sytuacji zagrożenia ciąży. Ponadto, więcej zmartwień, tych o charakterze społeczno-medycznym i społeczno-ekonomicznym doświadczają kobiety mieszkające na wsi oraz w małych miasteczkach. Sytuacja kobiet mieszkających w większych miastach jest pod tym względem znacznie lepsza.

Wykorzystany w badaniu kwestionariusz zmartwień to rzetelne i łatwe w użyciu, zrozumiałe dla osób badanych narzędzie pomiaru treści i nasilenia zmartwień przeżywanym przez kobiety będące w ciąży. Jego zastosowanie pozwala uzyskać wgląd w wewnętrzny świat przeżyć kobiet w ciąży w aspekcie trapiących je zmartwień. Narzędzie to można wykorzystać w celach badawczych oraz klinicznych.

Wiedza uzyskana za pomocą tej skali może być przydatna w opracowywaniu działań mających na celu wspieranie dobrostanu kobiet w ciąży i ich dzieci oraz zapobieganie niepożądanym zjawiskom w tym zakresie.

Bibliografia:

- Bakiera, L. (2013). *Zaangażowane rodzicielstwo a autokreacyjny aspekt rozwoju dorosłych*, Warszawa: Difin.
- Bartosz, B. (2002). *Doświadczenie macierzyństwa: analiza narracji autobiograficznych*, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Belsky, J., Kelly, J. (1994). *The transition to parenthood*. New York: Dell.
- Green, J. M., Kafetsios, K., Statham, H.E., Snowden, C.M. (2003). Factor Structure, Validity and Reliability of the Cambridge Worry Scale in a Pregnant Population. *Journal of Health Psychology*, 8 (6), 753–764.
- Joormann, J., Stoeber, J. (1997). Measuring facets of Worry: a LISREL analysis of the Worry Domains Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 23 (5), 827-837.
- Lachowska, B., (w druku). *Zmartwienia kobiet w ciąży – validacja polskiej wersji skali*.
- Mathews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 28, 455-468.
- Melender, H. L. (2002). *Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: a Study of 329 Pregnant Women*. *Birth* (Berkeley, Calif.). 29. 101-11. 10.1046/j.1523-536X.2002.00170.x.
- Petersen, J.J., Paulitsch, M. A., Güthlin, C., Gensichen, J., Albrecht, J. (2009). A Survey on

worries of pregnant women - testing the German version of the Cambridge Worry Scale. *BMC Public Health*. 9:490. Doi: 10.1186/1471-2458-9-490.

Silverman, W., La Greca, A., Wasserstein, S. (1995). What Do Children Worry about? Worries and Their Relation to Anxiety. *Child Development*, 66 (3), 671-686. doi:10.2307/1131942

Dr n. med. Radosław Bernard Maksym
Zakład Zdrowia Prokreacyjnego
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
Lek. Milena Skibińska
Studium Doktoranckie
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Diagnostyka niepłodności kobiecej w oparciu o międzynarodowe wytyczne

Diagnostic evaluation of female infertility according to international guidelines

Abstrakt:

Narastający problem niepłodności małżeńskiej wraz ze złożonym tłem patogenetycznym powoduje wiele kontrowersji dotyczących leczenia. Podstawą efektywnego leczenia jest właściwa diagnostyka i postępowanie. Nie bez znaczenia pozostaje efektywność kosztowa i bezpieczeństwo, zarówno dla pacjentów jak i ich potomstwa. Zarówno diagnostyka jak i leczenie muszą być w zgodzie ze światopoglądem oraz oczekiwaniami pacjentów. Wziąwszy pod uwagę powyższe należy wypracować schematy terapeutyczne oparte na dowodach naukowych, które byłyby pomocne w postępowaniu z pacjentami niepłodnymi. Ciągły postęp wiedzy i innowacyjność na polu diagnostyki i leczenia niepłodności wiąże się z tym, że procedury powinny mieć charakter otwarty oraz wewnętrzne mechanizmy walidacji efektywności oraz kosztów. w wielu towarzystwach naukowych i krajach powstały wytyczne dotyczące diagnostyki niepłodności. Mają na celu standaryzowanie postępowania i zapewnienie wysokiej jego jakości niezależnie od ośrodka. W niniejszej pracy prezentujemy zasady diagnostyki niepłodności małżeńskiej z perspektywy kobiety. Opracowanie powstało w oparciu o międzynarodowe rekomendacje najbardziej uznanych środowisk. Ze względu na obszerność zagadnienia poza wytycznymi Amerykańskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu (ASRM) i Brytyjskiego Narodowego Instytutu Zdrowia i Doskonałości Klinicznej (NICE) dotyczącymi niepłodności, uwzględniono wytyczne dotyczące mięśniaków macicy u niepłodnych kobiet oraz wytyczne diagnostyki i leczenia endometriozy, jako chorób często diagnozowanych u pacjentek z niepłodnością. Obecnie najszerzej problem niepłodności u pacjentek z endometriozą poruszają wytyczne Europejskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (ESHRE) oraz Światowego Towarzystwa Endometriozy (WES). Zebrane rekomendacje i zalecenia mogą służyć codziennej praktyce specjalisty zajmującego się diagnostyką niepłodności lub posłużyć do opracowania wspomnianych powyżej schematów terapeutycznych i narzędzi ich ewaluacji.

Słowa kluczowe: diagnostyka, niepłodność, wytyczne, rekomendacje

Abstract:

Numerous controversies regarding infertility treatment arise with the increasing prevalence and complex background of the disease. Effective therapy should be based on proper diagnostics and management. Its cost effectiveness and safety for patients and their offspring are also important. Patients' expectations and outlook on life are also taken into consideration due to their individual autonomy. All the above-mentioned should be considered to create evidence-based medical schemes useful in practical proceeding with patients. The many innovations and constant development in this field call for procedures to be open to some extent and contain effectivity and cost-effectiveness internal validation mechanisms. Many societies and national boards have created guidelines for infertility diagnostics to ensure procedure standardization and high quality across clinics. We present the conventions of infertility diagnostics from the perspective of female patients. The international recommendations of the most prominent societies have been included in the paper. The passable guidelines on uterine fibroids and endometriosis, in addition to the infertility guidelines of the

American Society of Reproductive Medicine (ASRM) and the National Institute of Health and Care Excellence (NICE) from UK were also presented. The European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) and the World Endometriosis Society (WES) have developed contemporary guidelines dealing with infertility in endometriosis patients. Combined recommendations and directives can be a useful tool in the everyday practice of infertility specialists and a starting point for development of the novel therapeutic schemes and protocols that were mentioned above.

Key words: diagnostics, infertility, guidelines, recommendations

1. Znaczenie diagnostyki niepłodności kobiecej

W krajach wysokorozwiniętych od lat obserwuje się narastający problem niepłodności małżeńskiej. Zmiana stylu życia, modelu edukacyjnego i przemiany obyczajowe sprawiają, że kobiety odkładają realizację planów prokreacyjnych na czwartą lub nawet na drugą połowę czwartej dekady życia. Jest to okres, w którym naturalna płodność kobiet spada dość spektakularnie i osiąga niskie wartości po 40 roku życia (Heffner, 2004). Z jednej strony rośnie więc grupa pacjentek z problemem niepłodności, z drugiej skraca się czas, w którym możliwe jest skuteczne działanie. w sposób mniej dramatyczny i z opóźnieniem wynoszącym 15-20 lat spada również naturalna płodność mężczyzn, co jest faktem dużo mniej obecnym w świadomości społecznej (Ratcliffe, et al., 2000). Nałożenie się tych dwóch zjawisk będzie prowadziło do kumulacji problemów z płodnością wraz z postępującym wiekiem par. Biorąc pod uwagę powyższe, tym bardziej niepokojące są trendy obserwowane w populacji Polski i aktualne staje się stworzenie efektywnych programów profilaktycznych, diagnostycznych i terapeutycznych dla Polaków. Na przełomie XX i XXI wieku zaobserwowano istotną zmianę zachowań prokreacyjnych. Okazuje się, że o ile na przełomie lat 80 i 90 prawie 3/4 dzieci rodziło się z matek mających poniżej 30 roku życia, to w roku 2017 już ponad połowa noworodków urodzona była z matek po 30 roku życia. Równie niekorzystnie w kontekście płodności przedstawia się wiek zawierania pierwszego małżeństwa i rodzenia pierwszego dziecka przez Polki. w roku 1990 Polki zawierały pierwsze małżeństwo przeciętnie w 22 roku życia i rodziły pierwsze dziecko przeciętnie przed 23 rokiem życia. Obecnie przeciętny wiek zawierania pierwszego małżeństwa zbliża się do 27 roku życia, a urodzenia pierwszego dziecka przekroczył 28 rok życia. Generalnie obserwuje się ciągłe przesuwanie ww. parametrów wiekowych o około dwa lata na dekadę (GUS, 2018). Podobne trendy obserwowane były uprzednio w Europie Zachodniej i wymagają wdrożenia odpowiedzialnych i skutecznych działań ze strony decydentów, a ze strony medycznej przygotowania opartych na faktach i kompleksowych programów działań w zakresie zdrowia prokreacyjnego.

Ze względu na niejednokrotnie złożone tło patogenetyczne i fakt, że u dużej grupy par nie udaje się ustalić przyczyny ani rozwiązać problemu, postępowanie z parami niepłodnymi wiąże się z licznymi kontrowersjami. Niezależnie od przyjętej strategii, statystyki pokazują, że niezamierzona bezdzietność może pozostać problemem ok. 1/3

leczonych par. z drugiej strony obserwuje się przypadki par, u których po wielu latach dochodzi o spontanicznej ciąży pomimo braku leczenia. w ostatnich latach, w prestiżowej literaturze medycznej opublikowano liczne artykuły podważające dotychczas przyjęte paradygmaty dotyczące leczenia niepłodności oraz poddające w wątpliwość bezpieczeństwo i zbyt szeroką kwalifikację do procedur wspomaganego rozrodu (Kamphuis, et al., 2014).

Niezależnie od dziedziny medycyny podstawą efektywnego leczenia problemu medycznego powinno być właściwe jego zdiagnozowanie i postępowanie przyczynowe. Taka strategia zapewnia efektywność kosztową i bezpieczeństwo zarówno dla pacjentów jak i ich potomstwa. Właściwe poznanie zaburzeń zdrowia występujących u pacjenta pozwala również na uniknięcie konsekwencji chorób współistniejących, które przy pobieżnym badaniu mogłyby zostać pominięte i w przyszłości zagrozić zdrowiu. Nie bez znaczenia jest również autonomia osobista pacjentów, którą należy uszanować. Zarówno diagnostyka jak i leczenie muszą być w zgodzie ze światopoglądem oraz oczekiwaniami pacjentów. Warto podkreślić, że większość z nich oczekuje dogłębnej diagnostyki i przyczynowego leczenia stwierdzonych problemów.

Istotną kwestią staje się wypracowanie protokołów postępowania, opartych na dowodach naukowych, które byłyby pomocne w postępowaniu z pacjentami niepłodnymi. Innowacje i postęp wiedzy dotyczący niepłodności sprawiają, że takie protokoły powinny mieć charakter otwarty oraz posiadać wewnętrzne mechanizmy walidacji efektywności oraz kosztów. Na świecie istnieje wiele wytycznych i rekomendacji stworzonych przez towarzystwa naukowe i instytucje rządowe, które odnoszą się do diagnostyki niepłodności. Instytucje te stawiają sobie za cel wystandaryzowanie postępowania i zapewnienie wysokiej jego jakości w różnych ośrodkach. w niniejszym opracowaniu starano się, zebrać i połączyć zasady dotyczące diagnostyki niepłodności kobiecej, korzystając zarówno z wytycznych zajmujących się niepłodnością (*National Collaborating Centre for and Children's*, 2013, Pfeifer et al., 2015), jak również z wytycznych obejmujących inne problemy, takie jak endometrioza lub mięśniaki macicy, a tylko pośrednio odnoszących się do problemu niepłodności (Dunselman, et al., 2014; Johnson, Hummelshoj, 2013; Penzias, et al., 2017).

Kompletnym i praktycznym opracowaniem dotyczącym tematu są wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Medycyny Reprodukcyjnej (ASRM) (Pfeifer, et al., 2015). Zostały one opracowane przez ekspertów z prestiżowego i wpływowego towarzystwa, a przy ich opracowaniu uwzględniono aktualną wiedzę i zasady medycyny opartej na dowodach (EBM). Już na wstępie wytyczne podkreślają, że ocena diagnostyczna płodności u kobiet powinna być prowadzona w dokładny i całościowy sposób, tak aby zidentyfikować możliwie najszybciej wszystkie istotne czynniki, mogące wpływać na płodność rozpoczynając od najmniej inwazyjnych metod. Tempo i zakres oceny powinny przede wszystkim uwzględniać wiek pacjentki, czas trwania problemów z płodnością oraz badanie podmiotowe i przedmiotowe.

2. Rozpoczęcie diagnostyki

Zgodnie z ogólnie przyjętą zasadą rozpoznanie niepłodności oraz diagnostykę problemów z płodnością powinno się rozpocząć, jeśli po 12 miesiącach regularnego współżycia bez zabezpieczenia, para nie uzyskuje ciąży. Należy pamiętać, że przeciętnie 85% par w czasie roku starań uzyska ciążę bez zewnętrznej ingerencji. Podjęcia działań medycznych w celu uzyskania ciąży, będzie więc wymagało nawet 15% par. u pacjentek powyżej 35 roku życia, ze względu na obserwowany spadek płodności związany z wiekiem, odpowiednią diagnostykę należy rozpocząć już po 6 miesiącach nieudanych starań o ciążę. Wytyczne dopuszczają niezwłoczne rozpoczęcie diagnostyki u pacjentek z zaburzeniami miesiączkowania, znaną lub podejrzaną chorobą narządu rodowego, ze szczególnym uwzględnieniem endometriozy. Natychmiastową diagnostykę można wszcząć w przypadku znanego lub podejrzanego obniżenia płodności u mężczyzny oraz innych przyczyn, które w ocenie lekarskiej mogą być uznane za istotne (Pfeifer, et al., 2015).

Istotnym elementem, który powinien mieć miejsce na początku postępowania medycznego, jest uzyskanie świadomej zgody pacjentów na podejmowane działania. o ile w przypadku procedur operacyjnych świadoma zgoda ma sformalizowaną pisemną formę, to w wypadku postępowania diagnostycznego może mieć charakter ustny. Forma ustna nie wyłącza jednak konieczności spełnienia innych warunków świadomej zgody w tym dogłębnego poinformowania pacjentów. Decyzję co do celowości, sposobu i zakresu działania podejmuje wspólnie para. Należy zauważyć, że w wypadku medycyny reprodukcyjnej niejednokrotnie zakres i sposób diagnostyki determinuje przyszłe leczenie. Po stronie lekarza pozostaje obowiązek przedstawienia wszelkich istotnych informacji, obejmujących wagę dowodów naukowych, efektywność i możliwe efekty uboczne proponowanego postępowania. w praktyce, wytyczne brytyjskie zobowiązują m.in. do poinformowania o możliwym ryzyku uzyskania ciąży mnogiej po technikach rozrodu wspomaganego, co może wiązać się ze znacznie większym ryzykiem powikłań perinatologicznych. Należy również poinformować o możliwym wzroście ryzyka występowania guzów jajnika o granicznej złośliwości wśród pacjentek, u których zastosowano techniki stymulacji owulacji do IVF/ICSI (*National Collaborating Centre for and Children's*, 2013). Obecnie prowadzi się wiele perspektywnych badań dotyczących długoterminowej oceny zdrowia dzieci urodzonych po leczeniu niepłodności, co z czasem pozwoli na prezentowanie pacjentom pełniejszych i bardziej aktualnych danych na ten temat.

Diagnostykę płodności należy z zasady zawsze rozpocząć u obojga partnerów równocześnie (Pfeifer, et al., 2015). Ta reguła pozwala to uniknąć błędów diagnostycznych i niepotrzebnego asymetrycznego leczenia. Biorąc pod uwagę fakt, że duża grupa par nie

osiąga ciąży ze względu na czynniki obecne u obojga partnerów, optymalizacja potencjału płodności równocześnie po obydwu stronach, daje najlepsze efekty terapeutyczne i pozwala na skrócenie czasu leczenia (Comhaire, Mahmoud, 2013).

3. Wywiad i badanie przedmiotowe

Kluczowym elementem prawidłowo rozpoczętej diagnostyki jest odpowiednio zebrany wywiad lekarski. Według wytycznych ASRM uzyskane informacje powinny zawierać odpowiedzi na pytania o:

- 1) czas trwania starań o dziecko oraz wyniki ewentualnych dotychczasowych konsultacji i leczenia;
- 2) cykle menstruacyjne (wiek pierwszej miesiączki, długość i charakterystykę cyklu, bolesność miesiączkowania, objawy zespołu napięcia przedmiesiączkowego);
- 3) przebyte ciąży i ich zakończenie, poronienia, porody przedwczesne, ewentualne powikłania przebytych poronień i okołoporodowe;
- 4) stosowane uprzednio metody antykoncepcyjne;
- 5) częstość współżycia i ewentualne problemy ze współżyciem;
- 6) przebyte zabiegi operacyjne (wskazania, przebieg i ewentualne powikłania), przebyte hospitalizacje (poważne choroby, urazy, choroby zapalne narządów miednicy mniejszej), narażenie na zakażenia przenoszone drogą płciową;
- 7) choroby współistniejące, w szczególności choroby tarczycy oraz charakterystyczne objawy, takie jak: mlekotok, bóle głowy, zaburzenia widzenia, hirsutyzm, zespół bólowy miednicy mniejszej, dyspareunia;
- 8) wyniki aktualnej i poprzednich cytologii szyjki macicy;
- 9) aktualnie przyjmowane leki i uczulenia;
- 10) wywiad rodzinny dotyczący wad wrodzonych, niepełnosprawności intelektualnej, niepłodności, poronień nawykowych, przedwczesnej niewydolności jajników;
- 11) ekspozycje na czynniki zawodowe i środowiskowe;
- 12) nikotynizm, używanie alkoholu, narkotyków.

Badanie przedmiotowe powinno obejmować przynajmniej następujące części:

- określenie masy ciała, wskaźnika masy ciała BMI, ciśnienia tętniczego, tętna;
- ocena gruczołu tarczowego (jego wielkości, tkliwości, obecności guzków);
- badanie piersi, ocena wydzieliny z brodawek sutkowych;
- wychwycenie oznak nadmiaru androgenów;
- badanie ginekologiczne z oceną budowy pochwy i szyjki macicy, wydzieliny pochwowej;

- ocena tkliwości miednicy mniejszej i brzucha, obecności patologicznych oporów, z oceną rozmiaru, kształtu, pozycji i ruchomości macicy;
- ocena tkliwości i ruchomości przydatków;
- ocena obecności oporów, guzków i tkliwości w obrębie zatoki Douglasa.

4. Diagnostyka poszczególnych przyczyn niepłodności

Zaburzenia owulacji stanowią ok. 15% wszystkich zaburzeń u par z problemem niepłodności i stanowią ok. 40% przyczyn tych zaburzeń u kobiet. Często manifestacją zaburzeń owulacji jest brak miesiączek lub rzadkie miesiączkowanie, lecz u wielu pacjentek zaburzenia są dyskretne i łatwe to pominięcia. Do najczęstszych przyczyn zaburzeń owulacji u kobiet należą zespół policystycznych jajników (PCOS), otyłość, nagły przyrost lub utrata masy ciała, nadmierny wysiłek fizyczny, stres, zaburzenia czynności tarczycy i hiperprolaktynemia. Często jednak przyczyna zaburzeń owulacji u kobiet pozostaje nieznana. Zawsze jednak należy poszukiwać możliwej przyczyny, gdyż niektóre z zaburzeń mogą mieć odległe ciężkie konsekwencje również dla ogólnego stanu zdrowia pacjentki (Pfeifer et al., 2015).

Do użytecznych metod oceny funkcji owulacyjnej jajników należą:

- 1) analiza wzoru cykli miesięczkowych- u prawidłowo miesiączkujących kobiet cykle są zwykle regularne i przewidywalne, mieszcząc się w przedziale czasowym 21-35 dni. Użyteczną metodą zebrania wywiadu jest przeanalizowanie zapisów następujących po sobie cykli miesięcznych. w razie stwierdzenia nieprawidłowych krwawień macicznych, oligomenorrhea, amenorrhea nie ma potrzeby wykonywania dodatkowych testów, aby potwierdzić zaburzenia owulacji.
- 2) ocena podstawowej temperatury ciała (BBT) - w następujących po sobie cyklach, monitorowanych za pomocą BBT, okres największej płodności obejmuje 7 dni przed wzrostem w BBT. Podczas gdy cykle owulacyjne wiążą się z wyraźnie dwufazowymi zapisami BBT, a cykle bezowulacyjne zazwyczaj skutkują układami jednofazowymi, u niektórych owulujących kobiet nie występują wyraźne dwufazowe wzorce BBT. Rażąco krótkie fazy lutealne (<10 dni podwyższonej temperatury) mogą identyfikować kobiety z bardziej subtelnymi zaburzeniami owulacji. Przy pomocy BBT nie można w pełni wiarygodnie określić czasu owulacji a w konsekwencji metoda ta nie jest uważana za najlepszą lub preferowaną metodę oceny funkcji owulacyjnej u niepłodnych kobiet, lecz w wielu przypadkach może okazać się pomocna.
- 3) oznaczenie poziomu progesteronu- ocenianego ok. 7 dni przed miesiączką zapewnia wiarygodną i obiektywną miarę funkcji owulacyjnej. Biorąc pod uwagę zakres zmienności w fizjologicznych cyklach owulacyjnych, pomiar progesteronu

w surowicy na ogół powinien być uzyskany około tydzień przed oczekiwanym początkiem następnej miesiączki, a nie w zdefiniowanym, konkretnym dniu cyklu. Stężenie progesteronu większe niż 3 ng/ml zapewnia przypuszczalne dowody niedawnej owulacji. Poziomy przekraczające 10ng/ml świadczą o dobrej jakości owulacji. Kryterium to nie jest w pełni wiarygodne, ponieważ wydzielanie progesteronu przez ciało żółte jest pulsacyjne, a stężenia w surowicy mogą zmieniać się nawet 7-krotnie w ciągu kilku godzin.

- 4) oznaczenie hormonu luteinizacyjnego w moczu (LH) z zastosowaniem różnych dostępnych komercyjnie „zestawów do predykcji owulacji”, które mogą identyfikować wzrost LH poprzedzający owulację o 1-2 dni. Wykrywanie LH w moczu dostarcza pośrednich dowodów owulacji i pomaga określić przedział największej płodności: dzień nagłego wzrostu LH i następny dzień. Wyniki te z reguły korelują z pikiem LH w surowicy, szczególnie gdy test jest wykonywany w próbkach moczu w południe lub wieczorem. Dokładność, łatwość użycia i niezawodność różnią się jednak w zależności od produktu, a testy dają zarówno wyniki fałszywie dodatnie jak i fałszywie ujemne.
- 5) ocena histopatologiczna biopsji endometrium- może wykazać wydzielniczą fazę endometrium, która wynika z działania progesteronu i tym samym świadczy o owulacji.
- 6) Staranne badania wykazały jednak, że histologiczne datowanie nie jest prawidłową metodą diagnostyczną, ponieważ brakuje mu zarówno dokładności jak i precyzji. Test nie odróżnia płodnych kobiet od niepłodnych i nie powinien być rekomendowany w praktyce medycznej. Dopuszcza się biopsję endometrium u pacjentek z klinicznym podejrzeniem rozrostu lub zapalenia endometrium.
- 7) ocena ultrasonograficzna jajników- tzw. monitoring owulacji, który polega na seryjnej ocenie rozmiaru pęcherzyków dominujących, powinien być rekomendowany jedynie u pacjentek, u których wymienione wyżej mniej wymagające metody nie przyniosły konkluzji (Pfeifer et al., 2015). Ocena monitoringu owulacji jest przede wszystkim wskazana w trakcie stymulacji owulacji przy użyciu gonadotropin (National Collaborating Centre for and Children's, 2013). Na uwagę zasługuje fakt, że nie ma podobnej rekomendacji dotyczącej stymulacji monoowulacji lekami doustnymi.
- 8) ocena podstawowych wykładników endokrynologicznych mających wpływ na funkcję jajników: TSH, PRL, E2, FSH, liczba pęcherzyków antralnych (AFC), AMH. Dwa ostatnie oznaczenia wydają się najbardziej przydatne w ocenie pacjentek o zmniejszonej rezerwie jajnikowej (diminished ovarian reserve, DOR). Pojęcie to obejmuje pacjentki w wieku reprodukcyjnym, które mają zmniejszoną odpowiedź na stymulację owulacji i obniżoną płodność względem kobiet w tej samej grupie

wiekowej. Ocenę w kierunku obniżonej rezerwy jajnikowej należy przeprowadzić u kobiet:

- po 35 roku życia;
- z przypadkami przedwczesnej menopauzy w rodzinie;
- po jednostronnej owariektomii, operacjach na jajnikach, chemio- i radioterapii;
- z niewyjaśnioną niepłodnością;
- ze słabą odpowiedzią na stymulację gonadotropinami;
- kandydatek do technik wspomaganego rozrodu (ART).

Należy pamiętać, że obniżona rezerwa jajnikowa nie jest wykładnikiem bezwzględnego braku możliwości zajścia w ciążę, lecz wiąże się z predykcją skuteczności technik wspomaganego rozrodu i powinna być wykonywana celem oceny odpowiedzi na stymulację i dopasowania sposobu leczenia (Pfeifer, et al., 2015). Nie ma dowodów na wpływ obniżonej rezerwy jajnikowej na możliwość spontanicznego zajścia w ciążę przy postępowaniu przyczynowym lub wyczekującym.

4.1. Czynniki szyjkowy

Nieprawidłowości w produkcji śluzu szyjkowego lub interakcji plemnikowo-śluzowych bardzo rzadko są jedyną lub główną przyczyną niepłodności. Badanie szyjki macicy we wzierniku wydaje się podstawowym badaniem, gdyż może wykazać jej zapalenie, wymagające leczenia. Test postkoitalny (PCT), w którym próbkę śluzu uzyskaną na krótko przed oczekiwaną owulacją, badano mikroskopowo pod kątem obecności ruchliwych plemników, był tradycyjną metodą diagnozy czynnika szyjkowego niepłodności. Obecnie PCT można uznać jedynie za metodę oceny obecności plemników u par, dla których formalna analiza nasienia jest niedostępna lub niewykonalna. Ponieważ jednak test ten jest subiektywny, słabo powtarzalny, niewygodny dla pacjenta, rzadko zmienia postępowanie kliniczne, obecnie odradza się go w diagnostyce niepłodności (Pfeifer, et al., 2015). Należy tu podkreślić, że mikroskopowe badanie nasienia zgodnie z aktualnym standardem WHO, pozostaje podstawowym i nieodzownym badaniem dla pary rozpoczynającej diagnostykę.

Należy wspomnieć, że czynnik szyjkowy, którym tradycyjnie tłumaczono wiele przypadków niepłodności, był leczony przy użyciu inseminacji domacicznej. Po odpowiedniej preparatyce wprowadzano plemniki do jamy macicy, pomijając w ten sposób domniemaną „barierę szyjkową”. Zgodnie z brytyjskimi wytycznymi opartymi na dowodach naukowych, inseminacja jako metoda o nieudowodnionej skuteczności nie powinna być obecnie powszechnie stosowaną metodą leczenia. w zasadzie rekomenduje się ją jedynie w przypadkach, gdy współzycie płciowe nie może być podjęte z innych przyczyn. Jest to metoda niezalecana w przypadku endometriozy, czynnika męskiego niepłodności i tzw. niepłodności idiopatycznej (*National Collaborating Centre for and Children's*, 2013).

4.2. Czynniki maciczny

Nieprawidłowości w anatomii lub czynności macicy są stosunkowo rzadkimi przyczynami niepłodności u kobiet, ale należy je wykluczyć, gdyż są dość istotne i mogą być korygowane operacyjnie. Metody oceny struktury macicy obejmują:

- ultrasonografię i rezonans magnetyczny, które mogą być stosowane do diagnozowania patologii macicy, w tym mięśniaków gładkokomórkowych i wad wrodzonych, a także patologii okolicznych narządów. Uważa się, że w razie modelowania jamy macicy szansa na ciążę i urodzenie dziecka spada, a naprawa struktury macicy znosi ten szkodliwy efekt (Penzias, et al., 2017),

- histerosalpingografię (HSG), która pozwala zobrazować kształt i rozmiar jamy macicy i może ujawnić anomalie rozwojowe (macica jednoróżna, przegrodowa, dwudzielna) lub inne nabyte nieprawidłowości (polipy endometrium, mięśniaki podśluzówkowe, zrosty), mające potencjalne konsekwencje reprodukcyjne. HSG ma jednak stosunkowo niską czułość (50%) i dodatnią wartość predykcyjną (PPV 30%) w diagnostyce polipów endometrium i mięśniaków podśluzówkowych u bezobjawowych niepłodnych kobiet. Ponieważ HSG nie może w sposób niezawodny odróżnić przegrody od macicy podwójnej konieczna może być dalsza ocena za pomocą rezonansu magnetycznego miednicy lub USG 3D,

- sonografia infuzyjna z solą fizjologiczną (SIS) obejmująca przezpochwową ultrasonografię po wprowadzeniu soli fizjologicznej do jamy macicy, lepiej określa rozmiar i kształt jamy macicy i ma wysokie pozytywne wartości predykcyjne PPV (>90%) oraz negatywną wartość predykcyjną do wykrywania patologii wewnątrzmacicznej (polipy endometrium, mięśniaki podśluzówkowe, zrosty).

Zarówno badanie USG 3D jak i rezonans magnetyczny miednicy mogą być również wykorzystywane do oceny struktur miednicy, najczęściej w celu dalszego scharakteryzowania wyników wstępnych badań takich jak USG miednicy lub HSG.

- histeroskopia, która jest ostateczną metodą diagnozowania i leczenia patologii wewnątrzmacicznych. Ponieważ jest to również najbardziej kosztowna i inwazyjna metoda oceny macicy, można ją zarezerwować do dalszej oceny i leczenia nieprawidłowości określonych mniej inwazyjnymi metodami, takimi jak HSG i sonoHSG (Pfeifer et al., 2015). Histeroskopia pozwala jednocześnie z diagnozą, usunąć przegrodę, wyciąć polipy i mięśniaki, wykonać celowaną biopsję endometrium, ocenić ujścia jajowodów, oraz wykonać tzw. scratching endometrium. Statystyki wskazują na dużą wartość histeroskopii. Nieprawidłowości jamy macicy są znajdowane u ok 1/3 pacjentek po nieudanym IVF lub poronieniu, a w wyniku usunięcia nieprawidłowości płodność poprawia się o 60%. W wyniku wykonanej histeroskopii w takim przypadku jedna na siedem pacjentek urodzi dziecko dzięki procedurze (Bosteels, et al., 2018, Cholkari-Singh, Sasaki, 2015). Już w wyniku

samego złuszczenia endometrium (scratching) poprawiała się możliwość implantacji i płodność pacjentek (Seval, et al., 2016).

4.3. Badanie drożności jajowodów

Choroba jajowodów jest ważną przyczyną niepłodności i powinna być zawsze wykluczona. Dokładna diagnoza i skuteczne leczenie niedrożności jajowodów często wymaga więcej niż jednej z następujących technik:

- HSG- wykorzystująca środki kontrastowe rozpuszczalne w wodzie lub lipidach, jest tradycyjną, obiektywną metodą oceny drożności jajowodów. Dodatkowo przepłukanie jajowodów może przynieść niedoceniane dotychczas korzyści terapeutyczne. Metaanaliza Cochrane wykonana na 2914 pacjentkach podaje, że zastosowanie lipidowego środka kontrastowego do badania HSG znacznie zwiększa szansę na ciążę (3,59 raza) oraz szansę na urodzenie dziecka (3,09 raza). Szczególnie wysoka poprawa płodności wynosząca ponad cztery razy dotyczyła kobiet z endometriozą (Mohiyiddeen, et al., 2015). Wynika z tego, że szansa na ciążę po, w zasadzie, diagnostycznym zabiegu poprawiała się bardziej niż w wypadku wykonania procedury IVF. Tak znaczny efekt terapeutyczny jest przykładem jak diagnostyka i leczenie przenikają się w wypadku niepłodności;

- SIS jest testem określającym drożność jajowodów za pomocą płynu i ultradźwięków. Chociaż drożność jajowodów można zaobserwować poprzez pojawienie się płynu, test nie rozróżnia drożności jednostronnej i obustronnej więc jego użyteczność jest znacznie ograniczona;

- laparoscopia i badanie drożności jajowodów rozcieńczonym roztworem błękitu metylenowego lub indygokarminy wprowadzanym przez szyjkę macicy. Badanie drożności jajowodów w trakcie laparoskopii pozwala na precyzyjną ocenę anatomii jajowodu i na stwierdzenie oraz skorygowanie zwężenia strzępek i zrostów okołojajowodowych, które nie są możliwe nawet do stwierdzenia innymi technikami;

- fluoroskopowe/histeroskopowe selektywne cewnikowanie jajowodów jest użyteczną metodą pozwalającą na dokładne zbadanie okluzji proksymalnej oraz dzięki zastosowaniu zwiększonego ciśnienia i specjalnych cewników i baloników na rekanalizację jajowodów (Pfeifer et al., 2015). Metoda niestety jest rzadko stosowana w polskich warunkach (wg wiedzy autorów obecnie jeden ośrodek radiologii interwencyjnej w Polsce) a wydaje się dość obiecująca. Literatura podaje, że nawet po stwierdzeniu obustronnej niedrożności, w wyniku procedury, udaje się uzyskać drożność jajowodów - 2/3 przypadków, a 1/3 pacjentek po tej procedurze zachodzi w ciążę (Osada, et al., 2000);

- wykrywanie przeciwciał przeciwko Chlamydia trachomatis wiąże się z patologią jajowodów, jednak jest to test mało użyteczny w klinicznej praktyce. w porównaniu

z laparoskopią ma umiarkowaną czułość i pozytywną wartość predykcyjną, ale wysoką negatywną wartość predykcyjną w wykrywaniu choroby jajowodów (Pfeifer, et al., 2015).

4.4. Czynniki otrzewnowe

Czynniki otrzewnowe takie jak endometrioza i zrosty otrzewnowe miednicy lub przydatków mogą powodować niepłodność lub znacznie się do niej przyczyniać. Wywiad i badanie fizykalne mogą nasuwać podejrzenie rozpoznania, ale rzadko są wystarczające do postawienia ostatecznej diagnozy. Czynniki otrzewnowe należy rozważyć zwłaszcza u kobiet bez rozpoznanych innych uchwytnych przyczyn obniżenia płodności. Do diagnostyki służą:

- ultrasonografia przezpochwowa, która pozwala rozpoznać zmiany współistniejące i mające wpływ na płodność, jak na przykład: torbiele endometrialne jajników lub pasmowate zrosty widoczne w obecności płynu w jamie otrzewnej. Nie bez znaczenia pozostaje możliwość oceny ruchomości poszczególnych struktur i obecność zmian głębokonaciekających, które można oceniać zgodnie z protokołem IDEA (Guerriero, et al., 2016). Pozwala to na właściwe zakwalifikowanie pacjentek oraz prawidłowe przygotowanie zespołu i szpitala do operacji,

- laparoscopia z wzrokową oceną anatomii miednicy- jest jedyną ostateczną i pewną metodą rozpoznania czynników otrzewnowych, które mogą upośledzać płodność. Wpływ łagodnej endometriozy na płodność jest stosunkowo niewielki, a większość kobiet z istotnymi zrostami przydatków ma nieprawidłowy wynik HSG lub rozpoznawalne czynniki ryzyka jak: ból miednicy, umiarkowaną lub ciężką endometriozę, przebytą w wywiadzie infekcję narządu rodowego lub operację. w związku z tym laparoscopia jest wskazana u pacjentek z objawami lub czynnikami ryzyka endometriozy, nieprawidłowym wynikiem HSG lub ultrasonografii. Kwalifikuje się pacjentki, które nie wymagają ART z innych powodów (np. ciężka niepłodność męska). Przydatność tego badania u kobiet bezobjawowych bez wskazanych powyżej czynników jest niewielka. Laparoscopia nie jest zalecana w rutynowej diagnostyce zaburzeń płodności kobiety bez rozpoznanej patologii miednicy mniejszej lub innego specyficznego wskazania (np. zespołu bólowego miednicy, bolesnego miesiączkowania). Biorąc pod uwagę indywidualne podejście do każdej pacjentki, może istnieć miejsce dla laparoskopii diagnostycznej w kierunku poszukiwania endometriozy u młodych kobiet z długim czasem trwania (>3 lata) starań o ciążę u pacjentek bez rozpoznanych innych czynników, które tłumaczyłyby tak długotrwałą niepłodność (Pfeifer et al., 2015).

Laparoscopia jest nie tylko pewną metodą diagnostyczną, ale również pozwala na jednoczesne usunięcie ognisk endometriozy i zrostów. Aktualne wytyczne odrzucają możliwość wykonywania laparoskopii diagnostycznej z pozostawieniem napotkanych

zmian. Rekomenduje się radykalne wycięcie lub waporyzację stwierdzonych zmian w obrębie jednej procedury. Operacja ma służyć także odtworzeniu stosunków anatomicznych w miednicy mniejszej. Ze względu na niższą częstość nawrotów oraz możliwość badania drożności jajowodów rekomenduje się operowanie w fazie pęcherzykowej cyklu. Aktualne badania wskazują, że przeprowadzenie operacji usunięcia zmian poprawia w sposób pewny płodność w I i II stadium endometriozy wg klasyfikacji rASRM, a poprawa płodności jest możliwa i prawdopodobna w III i IV stadium. w okresie przedoperacyjnym jak i pooperacyjnym u pacjentek z endometriozą, które starają się o dziecko nie ma zastosowania supresyjne leczenie hormonalne (Dunselman, et al., 2014, Johnson, Hummelshoj, 2013). u pacjentek z niepłodnością i endometriozą warto natomiast przeprowadzić oszacowanie szansy na zajście w ciążę, wykorzystując zwalidowane narzędzia takie jak Endometriosis Fertility Index (EFI), które biorą pod uwagę nie tylko stan anatomiczny i zaawansowanie choroby, lecz również czynniki demograficzne (Adamson, Pasta, 2010).

Wnioski

Tylko dokładna diagnostyka i ustalenie przyczyn niepłodności pozwala na efektywne przyczynowe leczenie chorób leżących u jej podłoża. Przeprowadzając postępowanie diagnostyczne niepłodność można potraktować jako jeden z objawów zaburzeń zdrowia a nie jako jednolitą jednostkę nozologiczną. Zaburzenia mogą mieć dla pacjentów również inne, czasem zagrażające życiu, konsekwencje. Rozwiązanie problemów zdrowotnych pozwala na zwiększenie efektywności leczenia niepłodności i zapewnienie bezpieczeństwa leczenia, a niejednokrotnie wystarcza do spontanicznego zajścia w ciążę. Diagnostyka u kobiet z obniżoną płodnością powinna obejmować przede wszystkim wszechstronny wywiad i badanie przedmiotowe. Należy pamiętać, że problem z płodnością dotyczy zawsze pary i diagnostyka od początku powinna obejmować zarówno kobietę, jak i mężczyznę. Odpowiednią diagnostykę u kobiet powyżej 35 roku życia należy podjąć już po 6 miesiącach starań o ciążę. u pacjentek z wywiadem obciążonym zaburzeniami miesiączkowania, brakiem miesiączki, zaawansowaną endometriozą lub jakimkolwiek innym stanem, który może ograniczać płodność diagnostykę należy rozpocząć bezzwłocznie. Diagnostyka problemów z płodnością powinna obejmować ocenę występowania owulacji, budowy narządu rodnego, drożności jajowodów oraz analizę nasienia. Niektóre z badań i metod leczenia tradycyjnie stosowanych w niepłodności nie ma obecnie uzasadnienia w praktyce lekarskiej np.: test postkoitalny lub datowanie endometrium. Istnieje wiele małoinwazyjnych metod diagnostycznych mających jednocześnie potencjał terapeutyczny jak HSG, cewnikowanie jajowodów i histeroskopia. Laparoscopia jest ważną metodą diagnostyczną, ale nie powinna być przeprowadzana

u wszystkich pacjentek. Do laparoskopii kwalifikują się kobiety z podejrzeniem endometriozy, niedrożności jajowodów lub zrostów otrzewnowych oraz w przypadku niewyjaśnionych problemów z płodnością trwających dłużej niż 3 lata (Pfeifer et al., 2015). Właściwa diagnostyka chorób w okresie starań o ciążę jest punktem wyjścia dla prawidłowo dobranej opieki nad ciężarną i opieki okołoporodowej. Umożliwia również właściwą opiekę w dalszym okresie życia i wczesną profilaktykę u potomstwa.

Bibliografia:

- Adamson, G.D. & Pasta, D.J. (2010). Endometriosis fertility index: the new, validated endometriosis staging system. *Fertility and Sterility*, 94, 1609-1615.
- Bosteels, J., Van Wessel, S., Weyers, S., Broekmans, F.J., D'hooghe, T.M., Bongers, M.Y. & Mol, B.W.J. (2018). Hysteroscopy for treating subfertility associated with suspected major uterine cavity abnormalities. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, Cd009461.
- Cholkeri-Singh, A. & Sasaki, K.J. (2015). Hysteroscopy for infertile women: a review. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 22, 353-62.
- Comhaire, F. & Mahmoud, A. (2013). An Update on Treatments and Interventions for Male Infertility, and the Role of Nutraceutical Food Supplementation. *Journal of Pharmacy and Nutrition Sciences*, 3, 1-16.
- Dunselman, G.A., Vermeulen, N., Becker, C., Calhaz-Jorge, C., D'hooghe, T., De Bie, B., Heikinheimo, O., Horne, A.W., Kiesel, L., Nap, A., Prentice, A., Saridogan, E., Soriano, D. & Nelen, W. (2014). ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Human Reproduction*, 29, 400-12.
- Guerriero, S., Condous, G., Van Den Bosch, T., Valentin, L., Leone, F.P., Van Schoubroeck, D., Exacoustos, C., Installe, A.J., Martins, W.P., Abrao, M.S., Hudelist, G., Bazot, M., Alcazar, J.L., Goncalves, M.O., Pascual, M.A., Ajossa, S., Savelli, L., Dunham, R., Reid, S., Menakaya, U., Bourne, T., Ferrero, S., Leon, M., Bignardi, T., Holland, T., Jurkovic, D., Benacerraf, B., Osuga, Y., Somigliana, E. & Timmerman, D. (2016). Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 48, 318-32.
- Główny Urząd Statystyczny (2018). *Rocznik Demograficzny Głównego Urzędu Statystycznego*, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Heffner, L.J. (2004). Advanced maternal age--how old is too old? *The New England Journal of Medicine*, 351, 1927-9.
- Johnson, N.P. & Hummelshoj, L. (2013). Consensus on current management of endometriosis. *Human Reproduction*, 28, 1552-1568.

- Kamphuis, E.I., Bhattacharya, S., Van Der Veen, F., Mol, B.W. & Templeton, A. (2014). Are we overusing IVF? *British Medical Journal*, 348, g252.
- Mohiyiddeen, L., Hardiman, A., Fitzgerald, C., Hughes, E., Mol, B. W., Johnson, N. & Watson, A. (2015). Tubal flushing for subfertility. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Cd003718.
- National Collaborating Centre For, W. S. & Children's, H. (2013). National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. *Fertility: Assessment and Treatment for People with Fertility Problems*. London: Royal College of Obstetricians & Gynaecologists.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.
- Osada, H., Kiyoshi Fujii, T., Tsunoda, I., Tsubata, K., Satoh, K. & Palter, S.F. (2000). Outpatient evaluation and treatment of tubal obstruction with selective salpingography and balloon tuboplasty. *Fertility and Sterility*, 73, 1032-6.
- Penzias, A., Bendikson, K., Butts, S., Coutifaris, C., Falcone, T., Fossum, G., Gracia, C., Hansen, K., La Barbera, A., Mersereau, J., Odem, R., Paulson, R., Pfeifer, S., Pisarska, M., Rebar, R., Reindollar, R., Rosen, M., Sandlow, J. & Vernon, M. (2017). Removal of myomas in asymptomatic patients to improve fertility and/or reduce miscarriage rate: a guideline. *Fertility and Sterility*, 108, 416-425.
- Pfeifer, S., Butts, S., Dumesic, D., Fossum, G., Gracia, C., La Barbera, A., Odem, R., Pisarska, M., Rebar, R., Reindollar, R., Rosen, M., Sandlow, J., Sokol, R., Vernon, M. & Widra, E. (2015). Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 103, e44-50.
- Ratcliffe, A.A., Hill, A.G. & Walraven, G. (2000). Separate lives, different interests: male and female reproduction in the Gambia. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 570-579.
- Seval, M.M., Sukur, Y. E., Ozmen, B., Kan, O., Sonmezer, M., Berker, B. & Atabekoglu, C. (2016). Does adding endometrial scratching to diagnostic hysteroscopy improve pregnancy rates in women with recurrent in-vitro fertilization failure? *Gynecological Endocrinology*, 32, 957-960.

Dr n. med. Joanna Smyczyńska
*Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych
Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi
Centrum Medycyny Spersonalizowanej CODE w Łodzi*

Diagnostyka i leczenie zaburzeń hormonalnych jako wyraz troski o zdrowie prokreacyjne i profilaktyka niepłodności. Czy metody rozpoznawania płodności mogą być pomocne?

**Diagnostics and treatment of hormonal disorders
as a sign of care for procreative health and a prophylaxis of infertility.**

Can fertility awareness methods be helpful?

Abstrakt:

Zaburzenia hormonalne dotyczące zarówno kobiety, jak i mężczyzny mogą stanowić przyczynę niepłodności, uniemożliwiając uzyskanie ciąży bądź jej donoszenie. z tego względu optymalne byłoby, aby każda para decydująca się na prokreację została wstępnie oceniona pod kątem możliwości występowania chorób gruczołów dokrewnych jeszcze przed podjęciem starań o ciążę, a nie dopiero w przypadku trudności w uzyskaniu poczęcia. Diagnostykę i leczenie zaburzeń hormonalnych można w tym przypadku traktować jako profilaktykę niepłodności, a zarazem wyraz troski o zdrowie prokreacyjne. u osób w wieku rozrodczym istotna jest również kontynuacja leczenia chorób rozpoznanych w dzieciństwie.

W opracowaniu omówiono wybrane zaburzenia dotyczące czynności jajników (zaburzenia owulacji, niedomoga lutealna, zespół policystycznych jajników), podwzgórza i przysadki (podwzgórzowy brak miesiączki, hiperprolaktynemia), tarczycy (niedoczynność tarczycy, choroba Hashimoto, nadczynność tarczycy), które mogą stanowić przyczynę niepłodności.

U kobiet szczególne znaczenie w rozpoznawaniu chorób endokrynologicznych może mieć samoobserwacja cyklu miesięczkowego, która pozwala stwierdzić takie objawy, jak: nieprawidłowa długość poszczególnych faz cyklu, zaburzenia dotyczące śluzu szyjkowego czy podstawowej temperatury ciała. Prawidłowe i możliwie wczesne zauważenie tych niepokojących objawów wymaga ścisłej współpracy pacjentki nie tylko z lekarzem, ale przede wszystkim z instruktorem metod naturalnego planowania rodziny.

Słowa kluczowe: Niepłodność, zaburzenia hormonalne, metody rozpoznawania płodności, zdrowie prokreacyjne

Abstract:

Hormonal disorders both, in females and males, may be a cause of infertility, making impossible to conceive or to maintain full-term pregnancy. Therefore it would be optimal for every couple to be pre-evaluated for disorders of endocrine glands before starting efforts to get pregnant, not just in difficulty with obtaining conception. Diagnostics and treatment of hormonal disorders can be, in this case, treated as a prevention of infertility and – at the same time – an expression of concern for reproductive health. In people of reproductive age, it is also important to continue treatment of diseases diagnosed in childhood.

The study discusses selected disorders related to ovarian function (disorders of ovulation, luteal insufficiency, polycystic ovary syndrome), hypothalamus and pituitary gland (hypothalamic amenorrhoea, hyperprolactinemia), thyroid gland (hypothyroidism, Hashimoto disease, hyperthyroidism) that may cause infertility.

In women, self-observation of the menstrual cycle, which allows to state such symptoms as: inappropriate length of particular phases of the cycle, may be of particular importance in the diagnosis of endocrine diseases, abnormalities of cervical mucus or of basal body temperature. Correct and early observation of these disturbing symptoms requires close cooperation of the patient not only with the doctor, but above all with the instructor of natural family planning.

Key words: Infertility, hormonal disorders, fertility awareness methods, procreative health

1. Niepłodność jako choroba wymagająca diagnostyki i leczenia

Niepłodność jest poważnym problemem zdrowotnym i społecznym. Ocenia się, że w skali światowej może ona dotyczyć 10-16% par w wieku rozrodczym, przy czym dane epidemiologiczne pochodzące z różnych źródeł nie są spójne. Według metaanalizy obejmującej 277 prac z lat 1990-2010, poświęconych temu zagadnieniu, liczba niepłodnych par na świecie szacowana jest na 48,5 miliona (Mascarenhas i in., 2012, s. 8), natomiast według kolejnego opracowania, obejmującego dane ze 103 artykułów w recenzowanych czasopismach i 37 rozdziałów z podręczników z lat 2000-2014, ocenia się, że 8-12%, a w niektórych regionach nawet do 30% par w wieku rozrodczym może być dotkniętych problemem niepłodności (Inhorn, Patrizio, 2015, s. 412). Szacuje się, że w Polsce niepłodność może dotyczyć około 1-1,5 miliona par (Łukaszuk i in., 2018, s.3; Łepecka-Klusek i in., 2012, s. 164; Ministerstwo Zdrowia, 2016, s. 8).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje zdrowie prokreacyjne jako „stan fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym”, a zatem jako chorobę należy traktować „niezdolność partnerów do satysfakcjonującego życia płciowego oraz niemożność spełniania swoich zamierzeń prokreacyjnych” (Łepecka-Klusek i in., 2012, s. 163). Niepłodność definiowana jest przez WHO jako „niemożność uzyskania ciąży przez okres 12 miesięcy, mimo regularnych stosunków (2-4 razy w tygodniu), bez stosowania metod antykoncepcyjnych” (Łukaszuk i in., 2018, s. 3). Należy podkreślić, że WHO uznała niepłodność za chorobę społeczną, a w Międzynarodowej klasyfikacji Chorób, Urazów i przyczyn Zgonów (ICD-10) istnieje wyodrębniona jednostka chorobowa „Niepłodność kobieca” (kod: N97). Wiadomo jednak, że problem niepłodności, jakkolwiek wiąże się z niemożnością uzyskania ciąży u kobiety, dotyczy zawsze konkretnej pary starającej się o dziecko, a tzw. czynnik męski jako przyczyna niepowodzeń prokreacji może odgrywać podobną rolę jak czynnik kobiecy. Istotne jest zatem kompleksowe podejście do zagadnienia niepłodności, ukierunkowane na poszukiwanie jej przyczyn u obojga partnerów, a następnie adekwatną terapię.

Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIe) oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGP)

„diagnostyka i leczenie niepłodności wymaga holistycznego podejścia do problemu” , tym niemniej „postępowanie z niepłodną parą obejmuje działania ukierunkowane na osiągnięcie jednoznacznie określonego celu”, definiowanego przez autorów rekomendacji jako „doprowadzenie do uzyskania prawidłowej ciąży i urodzenia zdrowego dziecka” (Łukaszuk i in., 2018, s. 6). Strategia ta zakłada w pierwszej kolejności ocenę czynności jajników pod kątem występowania owulacji, badanie drożności jajowodów i ocenę budowy macicy u kobiet oraz wykonanie badania nasienia u mężczyzn. Zalecane jest również wykonanie podstawowego panelu badań hormonalnych u kobiet z zaburzeniami miesiączkowania oraz u mężczyzn w przypadku nieprawidłowości stwierdzonych podczas zbierania wywiadu i badania przedmiotowego, a także nieprawidłowego wyniku badania nasienia. Jeśli na podstawie przeprowadzonej diagnostyki nie uda się ustalić przyczyny zaburzeń płodności, należy rozpoznać niepłodność idiopatyczną. „Diagnoza ta może być postawiona, gdy rutynowe badania diagnostyczne nie wykazują przyczyny niepłodności. Rozpoznanie to może dotyczyć nawet około 20-30% par leczonych z powodu niepłodności i jest wynikiem niedoskonałości i ograniczeń diagnostycznych współczesnej medycyny” (Łukaszuk i in., 2018, s. 15). Wśród dostępnych metod leczenia niepłodności, autorzy cytowanego opracowania rekomendują zapłodnienie pozaustrojowe jako metodę najskuteczniejszą, a w określonych sytuacjach klinicznych – postępowanie z wyboru.

Odmienne podejście do problemu prezentują zwolennicy tzw. naprawczej medycyny prokreacyjnej (*reproductive restorative medicine* – RRM), którzy uważają, że nadrzędnym celem leczenia niepłodności powinna być poprawa stanu zdrowia pacjentów i przywrócenie optymalnego potencjału reprodukcyjnego , tak, aby do poczęcia dziecka mogło dojść już w sposób naturalny (Boyle i in., 2018, s. 2). Wiąże się niekiedy to z koniecznością przeprowadzenia znacznie rozszerzonej diagnostyki i zindywidualizowanej terapii, co skutkuje wydłużeniem czasu potrzebnego na obserwację i leczenie. Niewątpliwą korzyścią z takiego postępowania jest wdrożenie leczenia przyczynowego stwierdzonych chorób, a tym samym rzeczywiste odzyskanie zdrowia prokreacyjnego, a nie tylko uzyskanie jednorazowego efektu w postaci ciąży. Najczęściej RRM kojarzona jest z terminem „NaProTechnologia” (*Natural Procreative Technology*), odnoszącym się w istocie do panelu metod diagnostyki i leczenia opracowanych przez Thomasa Hilgersa z Instytutu Papieża Pawła VI w Omaha (Hilgers, 2004). Strategia ta jest przedmiotem krytyki, jako wprowadzana głównie ze względów ideologicznych (światopoglądowych), a przy tym nie poparta publikacjami wyników badań naukowych, co znalazło swój wyraz także w cytowanych wcześniej aktualnych rekomendacjach PTMRIe oraz PTGP z 2018 r. (Łukaszuk i in., 2018, s. 31). Tym niemniej, biorąc pod uwagę możliwość uzyskania ciąży w wyniku zastosowania metod RRM u prawie 1/3 kobiet po nieudanej procedurze *in vitro* (Boyle i in., 2018, s. 3), wydaje się, że należy poświęcić więcej uwagi diagnostyce i leczeniu przyczynowemu niepłodności.

2. Zaburzenia hormonalne jako przyczyna niepłodności

Obok chorób samego układu rozrodczego, czy ciężkich chorób ogólnoustrojowych, także zaburzenia hormonalne dotyczące nie tylko gonad, ale i innych gruczołów dokrewnych zarówno u kobiety, jak i u mężczyzny mogą stanowić przyczynę niepłodności, uniemożliwiając uzyskanie ciąży bądź jej donoszenie. Niekiedy ich objawy mogą być na tyle skąpe i niecharakterystyczne, że nie są one brane pod uwagę w rutynowej diagnostyce niepłodności. Prawidłowe rozpoznanie i właściwe leczenie chorób gruczołów dokrewnych jest niezbędnym warunkiem dla uzyskania lub przywrócenia płodności i poczęcia dziecka w sposób naturalny, ma także istotne znaczenie dla utrzymania każdej ciąży (bez względu na sposób jej uzyskania).

Wydaje się, że w przypadku wszystkich chorób istniejących przed podjęciem starań o uzyskanie ciąży (nie tylko problemów endokrynologicznych), ich diagnostykę i leczenie na tym etapie powinno się traktować jako swojego rodzaju profilaktykę niepłodności. u osób w wieku rozrodczym istotna jest również kontynuacja leczenia chorób rozpoznanych w dzieciństwie.

U kobiet przydatna w rozpoznawaniu niektórych chorób endokrynologicznych może być samoobserwacja cyklu miesięczkowego, która pozwala stwierdzić takie objawy, jak: nieprawidłowa długość poszczególnych faz cyklu, zaburzenia dotyczące śluzu szyjkowego czy podstawowej temperatury ciała (PTC).

2.1. Zaburzenia owulacji i niedomoga lutealna

Zgodnie z rekomendacjami PTMRiE oraz PTGP, w celu oceny występowania owulacji należy zebrać wywiad dotyczący regularności krwawień miesięcznych oraz jednorazowo oznaczyć stężenie progesteronu na 7 dni przed spodziewaną miesiączką i wykonać badanie USG ginekologiczne pod koniec fazy folikularnej cyklu miesięczkowego, przy czym autorzy opracowania nie zalecają wykrywania piku LH, badania śluzu szyjkowego ani pomiarów PTC, dopuszczając jednak te metody do samoobserwacji cyklu. Autorzy rekomendacji uważają, że cykle o długości poniżej 19 dni lub powyżej 35 dni są najczęściej bezowulacyjne, natomiast stężenie progesteronu powyżej 5 ng/ml na 7 dni przed spodziewaną miesiączką wskazuje na prawdopodobieństwo przebytej owulacji (Łukaszuk i in., 2018, s. 9). Należy jednak zauważyć, że termin spodziewanej miesiączki niekoniecznie odpowiada momentowi jej wystąpienia, a zatem celowe wydaje się sprawdzenie, czy miesiączka rzeczywiście się pojawiła, aby uniknąć błędów w interpretacji uzyskanego wyniku oznaczenia. w przypadku nieregularnych, zwłaszcza wydłużonych cykli miesięczkowych, trudno jest ustalić prawidłowy termin oznaczenia stężenia progesteronu,

a zalecane wykonanie tego badania około 22 dnia cyklu daje miarodajny wynik tylko w przypadku gdy cykl jest prawidłowej długości. w praktyce klinicznej dość często spotykamy się zarówno z sytuacjami, kiedy u tej samej kobiety długość kolejnych cykli miesięczkowych jest różna. Może to dotyczyć kobiet zdrowych, z prawidłowymi owulacjami i prawidłową fazą lutealną cyklu, ale przede wszystkim kobiet z zaburzeniami owulacji, prowadzącymi często do niepłodności. z drugiej strony, sama prawidłowa długość cyklu nie gwarantuje, że jest to cykl owulacyjny, z prawidłowo przebiegającą fazą folikularną i lutealną.

Rozwój wiedzy na temat cyklu miesięczkowego i zachodzących w nim zmian oraz postępujący w ślad za nim progres w dziedzinie metod rozpoznawania płodności datuje się od końca XIX wieku. Pierwsze obserwacje dotyczące zmian temperatury ciała w cyklu miesięczkowym opublikowano w 1876 r., a przebieg krzywej temperatury opisano po raz pierwszy w 1905 r. Jednocześnie w 1903 r. określono czas obecności ciała żółtego na około dwa tygodnie, ale dopiero 20 lat później - w 1924 r. - ustalono, że miesięczka jest poprzedzona występującą 14 dni wcześniej owulacją, a faza lutealna cyklu miesięczkowego trwa 12-14 dni. Powiązanie skoku PTC z owulacją dało podstawy do rozwoju tzw. metod termicznych obserwacji cyklu, których rozkwit przypada na lata 50-te XX wieku. z kolei w latach 60-tych badania nad związkami pomiędzy poziomami hormonów jajnikowych a cechami śluzu szyjkowego doprowadziły do sformułowania zasad obserwacji śluzu jako wyłącznego wskaźnika płodności, obecnie znanych jako metoda Billingsa. Pewnym rozwinięciem tej metody jest model Creighton, wykorzystywany obecnie w NaPro-Technologii. z połączenia obserwacji temperatury, śluzu szyjkowego oraz - dodatkowo - zmian szyjki macicy - wywodzą się metody wielowskaźnikowe (Szymaniak, 2016, s. 41, s. 44). Wszystkie metody wykorzystujące obserwację, że zarówno skok PTC, jak i „szczyt” (Peak) objawu śluzu wykazują dobrą korelację z momentem owulacji, mogą znaleźć zastosowanie nie tylko w celu unikania poczęcia czy wyznaczenia optymalnego okresu na uzyskanie ciąży (tzw. „okna płodności”), ale także do monitorowania przebiegu cyklu i ustalenia odpowiednich terminów wykonania badań hormonalnych oceniających czynność przysadki i jajników w ramach postępowania diagnostycznego prowadzonego przez lekarza. w ramach NaProTechnologii wypracowane zostały szczegółowe schematy diagnostyczne, w których wykorzystuje się wystandardyzowaną obserwację cyklu (model Creighton), uzupełnioną o wykonane w ściśle określonych punktach czasowych badania hormonalne. w tej metodzie diagnostyka w kierunku niedomogi lutealnej wymaga ustalenia długości fazy Post-Peak wyznaczonej na podstawie obserwacji śluzu oraz oceny profilu stężeń progesteronu na podstawie kilku oznaczeń w wyznaczonych dniach fazy Post-Peak, a nie w określonych dniach cyklu liczonych od daty miesiączki (Hilgers, 2004). Należy jednak podkreślić, że - niezależnie od tego, która z metod obserwacji płodności jest stosowana - można ją z powodzeniem wykorzystać do identyfikacji owulacji i właściwego

zaplanowania diagnostyki hormonalnej, a cykl bezowulacyjny można zidentyfikować na podstawie braku prawidłowego „płodnego” śluzu szyjkowego i/lub braku skoku PTC podczas całego cyklu. Stwierdzenie braku owulacji wymaga dalszej diagnostyki w celu ustalenia przyczyny tej sytuacji i wdrożenia odpowiedniego postępowania terapeutycznego.

Te same obserwacje są przydatne w planowaniu leczenia, zwłaszcza w przypadku konieczności stosowania preparatów progesteronu w fazie lutealnej. „Standardowe” podanie progestagenów w 16-25 dniu cyklu miesięczkowego jest adekwatne w przypadku cykli 28-dniowych, ale nie w cyklach wydłużonych, kiedy moment ich zastosowania przypada jeszcze zanim doszło do owulacji, co nie tylko nie jest właściwym sposobem leczenia, ale wręcz może zahamować owulację, prowadząc tym samym do tzw. „niepłodności jatrogennej” (Barczeniewicz, Gałczyński, 2016, s. 62). Zgodnie z danymi przedstawionymi w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczących stosowania progesteronu w ginekologii i położnictwie, niewydolność ciała żółtego i niedomoga lutealna mogą dotyczyć od 23 do nawet 50% kobiet z poronieniami nawracającymi (Bomba-Opoń i in., 2012, s. 76). w badaniach randomizowanych wykazano, że stosowanie progesteronu zmniejsza częstość kolejnych poronień u kobiet z trzema lub więcej poronieniami w wywiadzie. Suplementacja fazy lutealnej zwiększa także skuteczność procedur zapłodnienia pozaustrojowego, podczas których wskutek zahamowania sekrecji LH dochodzi do wtórnej niedomogi lutealnej (Bomba-Opoń i in., 2012, s. 77).

2.2. Podwzgórzowe zaburzenia miesiączkowania

Występowanie po sobie kolejnych faz cyklu miesięczkowego zależy przede wszystkim od prawidłowej pulsacyjnej sekrecji gonadoliberyny (GnRH), która pobudza wydzielania gonadotropin (LH i FSH) przez przysadkę. Do zaburzeń tej fizjologicznej czynności podwzgórza dochodzi przede wszystkim w warunkach stresu, intensywnego wysiłku fizycznego, czy nadmiernej utraty masy ciała (Ruchała, Sawicka-Gutaj, 2016, s.18). Jest to przyczyną zaburzeń owulacji, których konsekwencją może być wtórny brak miesiączki i niepłodność. u kobiet prowadzących obserwację cyklu poza zaburzeniami miesiączkowania można stwierdzić pogorszenie jakości bądź zanik śluzu szyjkowego oraz brak fizjologicznego wzrostu PTC związanego z owulacją. Potwierdzeniem rozpoznania są znacznie obniżone stężenia LH i FSH. w terapii tych pacjentek podstawowe znaczenie ma zmiana stylu życia mająca na celu wyeliminowanie czynników, które doprowadziły do zahamowania wydzielania GnRH (Ruchała, Sawicka-Gutaj, 2016, s. 18). w diagnostyce różnicowej podwzgórzowych zaburzeń miesiączkowania należy uwzględnić możliwość wystąpienia zmian rozrostowych bądź pourazowych w okolicy podwzgórzowo-przysadkowej. Pomimo, że w znacznej części przypadków przyczyna niewydolności podwzgórzowo-przysadkowej może być względnie łatwo ustalona i wyeliminowana,

autorzy rekomendacji PTMRiE i PTGP stoją na stanowisku, że „Ustalenie przyczyny nie ma istotnego znaczenia w praktyce leczenia niepłodności z wyjątkiem chorób uwarunkowanych genetycznie, które mogą być istotne w prognozowaniu wystąpienia schorzenia u potomstwa”, zaznaczając jednocześnie konieczność szczegółowej diagnostyki w przypadku chorób ośrodkowego układu nerwowego (Łukaszuk i in., 2018, s. 10).

2.3. Zespół policystycznych jajników

Zespół policystycznych jajników (*polycystic ovary syndrome* – PCOS) rozpoznawany jest zasadniczo u kobiet spełniających przynajmniej dwa z trzech kryteriów: brak owulacji lub oligoowulacja (z odpowiadającymi im zaburzeniami miesiączkowania – wtórnym brakiem miesiączki lub *oligomenorrhoea*), hiperandrogenizm, policystyczna struktura jajników w badaniu USG, przy czym różne towarzystwa naukowe podają własne modyfikacje powyższych kryteriów. Uważa się, że PCOS jest przyczyną niepłodności nawet u 70% dotkniętych tym zaburzeniem kobiet. Zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Endokrynologicznego (*European Society of Endocrinology* – ESE), w diagnostyce niepłodności u kobiet z PCOS zalecany jest screening w kierunku cykli bezowulacyjnych, polegający na zebraniu wywiadu dotyczącego cykli miesiączkowych i oznaczeniu stężenia progesteronu w środkowej fazie lutealnej (Legro i in., 2013, s. 4573). Biorąc pod uwagę, że u kobiet z PCOS cykle miesiączkowe są nieregularne i zazwyczaj wydłużone, spełnienie wymogu oznaczenia stężenia progesteronu na kilka dni przed wystąpieniem miesiączki (co zazwyczaj nie przypada u tych pacjentek w 22 dniu cyklu) może być łatwiejsze jeśli prowadzona jest obserwacja cyklu i uda się odnotować wystąpienie owulacji. w modelu Creighton opisany jest typowy dla PCOS wzorzec cyklu (Hilgers, 2004).

Podstawą leczenia niepłodności związanej z PCOS jest stymulacja owulacji. Stosuje się w tym celu klomifen lub modulatory estrogenów (np. letrozol) oraz preparaty gonadotropin i GnRH. z uwagi na to, że często występująca u tych chorych otyłość zmniejsza skuteczność farmakologicznej indukcji owulacji, istotne jest uzyskanie redukcji masy ciała wskutek zmiany stylu życia (dieta i ćwiczenia fizyczne), co pozwala na odzyskanie potencjału reprodukcyjnego. Zalecane jest ponadto stosowanie metforminy u kobiet z cukrzycą typu 2, nietolerancją glukozy lub otyłością (Legro i in., 2013, s. 45-69). Zgodnie z aktualnymi zaleceniami, farmakologiczna indukcja owulacji jest postępowaniem z wyboru u kobiet z zaburzeniami owulacji, u których nie występują inne przyczyny niepłodności. Autorzy rekomendacji polskich wskazują przy tym na większą skuteczność letrozolu w porównaniu z cytrynianem klomifenu, jednakże w przypadku letrozolu stosowany jest on nadal poza wskazaniami rejestracyjnymi. u pacjentek opornych na klomifen i letrozol można zastosować stymulację gonadotropinami bądź kauteryzację jajników (Łukaszuk i in., 2018, s. 11). w procedurach NaProTechnologii uznane miejsce mają

wykonywanie niegdyś także w Polsce zabiegi klinowej resekcji jajników, przy czym obecnie do ich przeprowadzenia powinno się wykorzystywać techniki laparoskopowe. Według danych prezentowanych przez Hilgersa (2004), skuteczność tych zabiegów w leczeniu niepłodności u kobiet z PCOS jest większa niż pozostałych metod terapeutycznych, łącznie z procedurami wspomaganego rozrodu.

2.4. Hiperprolaktynemia

Prolaktyna jest hormonem przedniego płata przysadki mającym istotne znaczenie dla zapoczątkowania i utrzymania laktacji. Prawidłowa sekrecja prolaktyny charakteryzuje się typowym rytmem dobowym, ze spadkiem stężeń w godzinach przedpołudniowych a wyraźną wyżką w godzinach nocnych. Nadmierne wydzielanie prolaktyny poza okresem laktacji może być przyczyną zahamowania wydzielania GnRH i LH, co prowadzi wtórnie do zaburzeń miesiączkowania o typie *oligomenorrhoea* lub braku miesiączki, a także mlekotoku. Ocenia się, że hiperprolaktynemia występuje u około 20% pacjentek z niepłodnością. Należy pamiętać, że problem hiperprolaktynemii może dotyczyć również mężczyzn, u których powoduje ona ginekomastię i zaburzenia potencji. w warunkach fizjologicznych wydzielanie prolaktyny stymulują: ciąża, karmienie piersią, drażnienie brodawek sutkowych, a także wysiłek fizyczny i stres (Ruchała, Sawicka-Gutaj, 2016, s. 18).

W diagnostyce przyczyn hiperprolaktynemii należy uwzględnić guzy przysadki wydzielające prolaktynę (mikro- i makrogruczolaki), uszkodzenie neuronów dopaminergicznych podwzgórza i/lub szypuły przysadki, niedoczynność tarczycy, przewlekłą niewydolność nerek, urazy klatki piersiowej, a także możliwy wpływ stosowanych z innych przyczyn leków (m.in. estrogenów, doustnych środków antykoncepcyjnych, leków antypsychotycznych i przeciwdepresyjnych, metoklopramidu, spironolaktonu, blokerów kanału wapniowego czy inhibitorów receptora histaminowego). w leczeniu hiperprolaktynemii stosuje się preparaty agonistów receptora dopaminergicznego D2: bromokryptynę, kabergolinę i chinagolid (Ruchała, Sawicka-Gutaj, 2016, s. 19; Łukaszuk i in., 2018, s. 12). Należy podkreślić, że aktualne rekomendacje PTMRiE i PTGP traktują leczenie farmakologiczne jako skuteczną metodę indukcji owulacji u pacjentek z hiperprolaktynemią (Łukaszuk i in., 2018, s. 12). Bromokryptyna i kabergolina są dopuszczone do stosowania w ciąży, należy jednak mieć na uwadze, że w okresie ciąży fizjologiczna sekrecja prolaktyny wzrasta i nie jest wskazana jej supresja do takiego stopnia jak przed ciążą.

3. Choroby tarczycy

Istotnym problemem u kobiet z niepłodnością lub problemami z donoszeniem ciąży mogą być zaburzenia czynności tarczycy.

Niedoczynność tarczycy, zarówno jawna, jak subkliniczna, wiąże się ze zwiększonym ryzykiem niepłodności (Abalovich i in., 2007, s. 279 i poronień (Ashoor i in., 2010, s. 989). U około 80% kobiet jednym z objawów niedoczynności tarczycy są zaburzenia miesiączkowania o typie *oligomenorrhoea*, czyli skąpe i rzadkie miesiączki, co może być łatwo wychwycone podczas samoobserwacji cyklu, nawet jeśli inne objawy choroby są jeszcze słabo wyrażone. w przypadku niedoczynności tarczycy dochodzi do zwiększonego wydzielania tyreoliberyny (TRH), która stymuluje nie tylko sekrecję TSH, ale także prolaktyny, co prowadzi do hiperprolaktynemii, niekiedy objawiającej się mlekotokiem. Zaburzenia te ustępują po zastosowaniu terapii preparatem lewoskrętnej tyroksyny (L-T4), nie wymagają leczenia stosowanego w przypadku hiperprolaktynemii związanej np. z obecnością mikrogruczolaka przysadki. z kolei u mężczyzn z niedoczynnością tarczycy dochodzi do obniżenia wydzielania testosteronu i androgenów nadnerczowych oraz zaburzeń spermatogenezy (Ruchała, Sawicka-Gutaj, 2016, s. 17). Wiadomo również, że podwyższone stężenie przeciwciał przeciwko tyreoperoksydazie (anty-TPO) wiąże się z większym ryzykiem niepowodzeń prokreacji, a szczególnie porodów przedwczesnych, nawet jeśli czynność tarczycy jest prawidłowa (Vissenberg i in., 2012, 367). Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne (PTE) rekomenduje dążenie do uzyskania optymalnego stężenia TSH (poniżej 2,5 mU/l) w okresie przedkoncepcyjnym u kobiet z uprzednio rozpoznaną niedoczynnością tarczycy. u kobiet planujących ciążę z TSH powyżej 2,5 mIU/l należy oznaczyć stężenie anty-TPO i – jeśli jest ono podwyższone – monitorować stężenie TSH. Proponowane jest włączanie terapii preparatem L-T4 także u kobiet z prawidłowym TSH (w przedziale 2,0-2,5 mU/l), zwłaszcza jeśli poziom anty-TPO jest podwyższony. Kolejnym ważnym zaleceniem jest oznaczanie stężenia TSH i anty-TPO u kobiet z nawracającymi niepowodzeniami położniczymi oraz u pacjentek leczonych z powodu niepłodności (Hubalewska-Dydejczyk i in., 2011, s. 375-376). Wszystkie te działania mogą być w pewnym sensie traktowane jako profilaktyka niepłodności i niepowodzeń prokreacji.

W badaniach z ostatnich lat wykazano, że u części pacjentów leczonych preparatami L-T4 nie udaje się uzyskać prawidłowego stężenia wolnej trijodotyroniny (FT3) (Midgley i in., 2015, s. 201). Badania autorów polskich wykazały, że u pacjentek z niedoczynnością tarczycy w przebiegu choroby Hashimoto zwiększenie dawki L-T4 prowadziło do wzrostu stężenia FT3, co z kolei zwiększało prawdopodobieństwo uzyskania ciąży zakończonej urodzeniem zdrowego dziecka (Sowiński i in., 2015, s. 116). Jakkolwiek większość dostępnych rekomendacji dotyczących prowadzenia terapii chorych z niedoczynnością

tarczycy opiera się na monitorowaniu stężenia TSH, autorzy przytaczanej publikacji proponują oznaczanie nie tylko TSH, ale także wolnych hormonów tarczycy, szczególnie FT3, w monitorowaniu leczenia niedoczynności tarczycy. w procedurach NaProTechnologii u każdej pacjentki z niepłodnością zalecane jest oznaczanie stężenia TSH, tyroksyny całkowitej (T4) i wolnej (FT4), trijodotyroniny całkowitej (T3) oraz rewers-T3, a w terapii wykorzystuje się obok L-T4 także preparaty T3 o przedłużonym uwalnianiu, które są konfekcjonowane w dawkach 7,5 µg oraz 22,5 µg (Hilgers, 2004). w Polsce preparaty takie nie są dostępne. Podejmując decyzje o stosowaniu preparatów zawierających T3 należy mieć na uwadze, że stosowanie T3 bądź preparatów suszonej tarczycy w okresie ciąży może być niebezpieczne dla rozwoju mózgu płodu, gdyż zmniejszają one transfer T4 do mózgu płodu (Alexander i in., 2017, s. 341).

Nadczynność tarczycy powoduje u kobiet zaburzenia owulacji i zaburzenia miesiączkowania o typie *oligomenorrhoea*, przy czym są one zdecydowanie bardziej nasilone u palaczek papierosów (szkodliwy wpływ palenia w okresie planowanej prokreacji i podczas ciąży to temat na osobne opracowanie). Kobieta chorująca na nadczynność tarczycy powinna przed zajściem w ciążę uzyskać stan eutyreozy, potwierdzony prawidłowymi wynikami badań hormonalnych powtórzonych w odstępie 1 miesiąca (Alexander i in., 2017, s. 344). Jeśli kobieta zachodzi w ciążę w stanie niewyrównanej nadczynności tarczycy, to podczas ciąży może być konieczne jest stosowanie leków przeciwtarczycowych, które przechodzą przez łożysko i mogą mieć niekorzystny wpływ na rozwijającą się tarczycę płodu (Hubalewska-Dydejczyk i in., 2011, s. 371). Uzyskanie stanu eutyreozy jeszcze przed koncepcją można rozpatrywać w odniesieniu do planowanej ciąży jako postępowanie profilaktyczne. u mężczyzn nadczynność tarczycy może powodować obniżenie libido, ginekomastię oraz obniżenie stężenia wolnego testosteronu, jest też przyczyną pogorszenia parametrów nasienia (Krassas i in., 2010, s. 704-705). w terapii nadczynności tarczycy obok leczenia farmakologicznego i operacyjnego jedną z opcji terapeutycznych jest podanie izotopu jodu radioaktywnego ¹³¹I, mające na celu zniszczenie tkanki tarczycowej. Trzeba pamiętać, że ciąża stanowi bezwzględne przeciwwskazanie do zastosowania tej metody leczenia (kobieta, której podano ¹³¹I nie powinna również karmić piersią). Ponadto, z uwagi na wychwyt ¹³¹I przez gonady, konieczne jest odroczenie poczęcia dziecka co najmniej 6 miesięcy od podania dawki terapeutycznej ¹³¹I, przy karencja ta dotyczy zarówno kobiety, jak i mężczyzny leczonego ¹³¹I. u kobiet z chorobą Gravesa i Basedowa zalecane jest wydłużenie tego okresu nawet do 1-2 lat, w celu zmniejszenia ryzyka zaburzeń czynności tarczycy u płodu, ponieważ w tym okresie obserwowany jest wzrost stężenia przeciwciał przeciwko receptorowi TSH (anty-TSHR), które mają zdolność przechodzenia przez łożysko (Hubalewska-Dydejczyk i in., 2011, s. 373).

U kobiety ciężarnej bardzo istotnym zagadnieniem jest odróżnienie nadczynności tarczycy od fizjologicznego obniżenia stężenia TSH w związku ze wzrostem wydzielania

gonadotropiny kosmówkowej (hCG). Pacjentki takie powinny pozostawać pod opieką endokrynologa, a decyzje o zastosowaniu leczenia nadczynności tarczycy należy podejmować z dużą ostrożnością. u zdrowej ciężarnej, u której w pierwszym trymestrze ciąży stwierdza się obniżone TSH (najczęściej $<0,4$ mIU/l) zaleca się kontrolę FT3 i FT4, a przy prawidłowych lub granicznych stężeniach tych hormonów leczenie nie jest konieczne (Hubalewska-Dydejczyk i in., 2011, s. 369-370).

Na szczególną uwagę zasługują rekomendacje PTE, odnoszące się do postępowania u kobiet planujących ciążę i ciężarnych. Zalecane jest rutynowe oznaczanie stężenia TSH u każdej kobiety planującej ciążę oraz w 4-8 tygodniu ciąży, oznaczanie stężenia anty-TPO u kobiet ciężarnych lub planujących ciążę z chorobami autoimmunizacyjnymi, poziomem TSH powyżej 2,5 mIU/l oraz leczonych z powodu niepłodności i/lub z dodatnim wywiadem w kierunku poronień i porodów przedwczesnych, a także kontrola TSH przed koncepcją podczas stosowania leków mających wpływ na stężenia hormonów tarczycy, w tym podczas procedur wspomaganego rozrodu (Hubalewska-Dydejczyk i in., 2011, s. 368). Należy pamiętać, że wyniki oznaczeń TSH i wolnych hormonów u kobiet ciężarnych powinny być interpretowane w odniesieniu do zakresów referencyjnych odpowiednich dla danego trymestru ciąży (Hubalewska-Dydejczyk i in., 2011, s. 364). Kolejnym istotnym elementem działań profilaktycznych jest zalecenie stosowania dodatkowej podaży jodu u kobiet planujących ciążę, ciężarnych i w okresie laktacji. Dzielne spożycie jodu powinno wynosić w tych grupach kobiet 250 μ g, co wiąże się z zaleceniem dodatkowej suplementacji jodu w dawce 150 μ g dziennie (Hubalewska-Dydejczyk i in., 2011, s. 367; Alexander i in., 2017, s. 323).

4. Inne choroby gruczołów dokrewnych

Jednym z objawów różnych rzadziej występujących chorób gruczołów dokrewnych są zaburzenia miesiączkowania. Rozpoznanie tych chorób ustala się na podstawie charakterystycznego obrazu klinicznego potwierdzonego wynikami badań dodatkowych. Pacjentki z rozpoznanymi chorobami przysadki (akromegalia, gruczolaki przysadki czynne i nieczynne hormonalnie, niedoczynność przysadki), tarczycy (wole guzkowe, raki), kory nadnerczy (choroba Addisona, hiperkortyzolemia, wrodzony przerost kory nadnerczy, guzy nadnerczy), przytarczyc, czy zespołami wielogruczołowymi powinny być indywidualnie przygotowane do ciąży i prowadzone podczas ciąży przez doświadczonego endokrynologa. Bardzo istotne znaczenie ma kontynuacja leczenia w wieku dorosłym zaburzeń hormonalnych rozpoznanych w dzieciństwie, nawet, jeśli ich objawy są skąpe i nie powodują ewidentnego pogorszenia jakości życia (dopóki nie okaże się, że ich konsekwencją jest np. niepłodność). Zalecenie to dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Osobnym ważnym zagadnieniem, wykraczającym poza ramy tego opracowania, jest prowadzenie

pacjentek z cukrzycą lub insulinoopornością. w tym ostatnim przypadku obok niekiedy koniecznego leczenia farmakologicznego podstawowe znaczenie ma zmiana nawyków dietetycznych i modyfikacja stylu życia. Te działania wpisują się również dobrze w model profilaktyki niepłodności i niepowodzeń ciąży.

Podsumowanie

Zaburzenia hormonalne stanowią ważną grupę przyczyn niepłodności i strat ciąży, a także porodów przedwczesnych. Powinny one być rozpoznawane i leczone już w okresie przedkoncepcyjnym, a postępowanie takie można w pewnym stopniu traktować jako profilaktykę niepłodności i niepowodzeń prokreacji. z tego względu optymalne byłoby, aby każda para decydująca się na prokreację została wstępnie oceniona pod kątem możliwości występowania chorób gruczołów dokrewnych jeszcze przed podjęciem starań o ciążę, a nie dopiero w przypadku trudności w uzyskaniu poczęcia. Pomocne w realizacji tego założenia może być prowadzenie obserwacji cyklu miesięczkowego przez kobiety nie tylko w celu uniknięcia ciąży, ale także dla upewnienia się o prawidłowym przebiegu poszczególnych faz cyklu przed planowaną prokreacją. Prawidłowe i możliwie wczesne zauważenie jakichkolwiek niepokojących objawów wymaga ścisłej współpracy pacjentki nie tylko z lekarzem, ale przede wszystkim z instruktorem metod naturalnego planowania rodziny (NPR).

W praktyce klinicznej zdarzają się niestety sytuacje, w których młode kobiety otrzymują przez wiele lat doustną antykoncepcję hormonalną z powodu zaburzeń miesięczkowania i zmian trądzikowych, bez przeprowadzenia diagnostyki endokrynologicznej, a następnie po jej odstawieniu okazuje się, że samoistne miesiączki nadal nie występują, gdyż przyczyną występujących objawów jest niediagnozowana, a przez to nie rozpoznana przez wiele lat choroba. w sytuacji, w której środowiska ginekologów zwracają uwagę, aby „nie marnować czasu prokreacyjnego” stosując np. NaProTechnologię zamiast stosunkowo szybkiego wdrożenia procedury *in vitro*, wydaje się, że należy spojrzeć na problem „czasu prokreacyjnego” również w aspekcie wieloletniego stosowania antykoncepcji u kobiet z nie rozpoznanymi chorobami zaburzającymi płodność. Diagnostykę i leczenie zaburzeń hormonalnych można w tym przypadku traktować również jako profilaktykę niepłodności, a zarazem wyraz troski o zdrowie prokreacyjne.

Bibliografia:

- Abalovich, M., Mitelberg, L., Allami, C., Gutierrez, S., Alcaraz, G., Otero, P., Levalle, O. (2007). Subclinical hypothyroidism and thyroid autoimmunity in women with infertility, *Gynecological Endocrinology*, 23, 279-83.
- Alexander, E.K., Pearce, E.N., Brent, G.A., Brown, R.S., Chen, H., Dosiou, C., Grobman, W.A., Laurberg, P., Lazarus, J.H., Mandel, S.J., Peeters, R.P., Sullivan, S. (2017). Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum, *Thyroid*, 27, 315-389. doi: 10.1089/thy.2016.0457.
- Ashoor, G., Maiz, N., Rotas, M., Jawdat, F., Nicolaidis, K.H. (2010). Maternal thyroid function at 11 to 13 weeks of gestation and subsequent fetal death, *Thyroid*, 20, 989-993, doi: 10.1089/thy.2010.0058.
- Barcentewicz, M., Gałczyński, K. (2016). Niepłodność jako problem wieloczynnikowej choroby przewlekłej. Diagnostyka i leczenie w oparciu o metody naprawcze w medycynie prokreacji, (w:) *Profilaktyka, rozpoznanie przyczyn i leczenie niepłodności*, J. Gadzinowski (red.), 55-64, Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych ICHB PAN.
- Boyle, P.C., de Groot, T., Andralojc, K.M., Parnell, T.A. (2018). Healthy Singleton Pregnancies From Restorative Reproductive Medicine (RRM) After Failed IVF, *Frontiers in Medicine*, DOI: 10.3389/fmed.2018.00210.
- Hilgers, T. (2004). *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, Omaha, Nebraska USA: Pope Paul VI Institute Press.
- Hubalewska-Dydejczyk, A., Lewiński, A., Milewicz, A., Radowicki, S., Poręba, R., Karbownik-Lewińska, M., Kostecka-Matyja, M., Trofimiuk-Müldner, M., Pach, D., Zygmunt, A., Bandurska-Stankiewicz, E., Bar-Andziak, E., Bednarczuk, T., Buziak-Bereza, M., Drews, K., Gietka-Czernel, M., Górska, M., Jastrzębska, H., Junik, R., Nauman, J., Niedziela, M., Reroń, A., Sowiński, J., Sworczak, K., Syrenicz, A., Zgliczyński, W. (2011). Postępowanie w chorobach tarczycy u kobiet w ciąży, *Endokrynologia Polska*, 62, 362-381.
- Inhorn, M.C., Patrizio, P. (2015). Infertility around the globe: new thinking on gender , reproductive technologies and global movements in the 21st century, *Human Reproduction Update*, 21, 411-426.
- Krassas, G.E., Poppe, K., Glinoe, D. (2010). Thyroid function and human reproductive health, *Endocrine Reviews*, 31, 702-755.
- Legro, R.S., Arslanian, S.A., Ehrmann, D.A., Hoeger, K.M., Murad, M.H., Pasquali, R., Welt, C.K. (2013). Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: an Endocrine Society clinical practice guideline, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 98, 4565-4592. doi: 10.1210/jc.2013-2350.

- Łepecka-Klusek, C., Pilewska-Kozak, A.B., Jakiel, G. (2012). Niepłodność w świetle definicji choroby podanej przez WHO, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 18, 163-166.
- Łukaszuk, K., Koziół, K., Jakiel, G., Jakimiuk, A., Jędrzejczak, P., Kuczyński, W., Kurzawa, R., Pawelczyk, L., Radwan, M., Spaczyński, R., Wielgoś, M., Wołczyński, S. (2018). Diagnostyka i leczenie niepłodności - rekomendacje Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE) oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGP), *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, 3, 112-140.
- Mascarenhas, M.N., Flaxman, S.R., Boerma, T., Vanderpoel, S., Stevens, G.A. (2012). National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys, *PLOS Medicine*, 9, 1-12.
- Midgley, J.E., Larisch, R., Dietrich, J.W., Hoermann, R. (2015). Variation in the biochemical response to l-thyroxine therapy and relationship with peripheral thyroid hormone conversion efficiency, *Endocrine Connections*, 4, 196-205. doi: 10.1530/EC-150056.
- Minister Zdrowia. (2016, aktualizacja 2019). *Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2012-2020*, Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.
- Ruchała, M., Sawicka-Gutaj, N. (2016) Endokrynologiczne przyczyny niepłodności, (w:) *Profilaktyka, rozpoznanie przyczyn i leczenie niepłodności*, J. Gadzinowski (red.), 15-24, Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych ICHB PAN.
- Sowiński, J., Sawicka-Gutaj, N., Gutaj, P., Ruchała, M. (2015). The role of free thriodothyronine in pathogenesis of infertility in levothyroxine-treated women with thyroid autoimmunity - a preliminary obsrvation, *Gynecological Endocrinology*, 31, 116-118.
- Szymaniak, M. (2016). Metoda rozpoznawania płodności - istotny element promocji zdrowia prokreacyjnego, (w:) *Profilaktyka, rozpoznanie przyczyn i leczenie niepłodności*, J. Gadzinowski (red.), 39-46, Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych ICHB PAN.
- Vissenberg, R., van den Boogaard, E., van Wely, M., van der Post, J.A., Fliers, E., Bisschop, P.H., Goddijn, M., (2012). Treatment of thyroid disorders before conception and in early pregnancy: a systematic review, *Human Reproduction Update*, 18, 360-373, doi: 10.1093/humupd/dms007.

Lek. Dagmara Filipecka-Tyczka
Zakład Zdrowia prokreacyjnego
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Lek. Katarzyna Muzyka-Placzyńska
Zakład Zdrowia prokreacyjnego
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Lek. Jan Modzelewski
Zakład Zdrowia prokreacyjnego
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Dr n. med. Anna Kajdy
Zakład Zdrowia prokreacyjnego
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Prof. CMKP dr hab. n. med. Michał Rabijewski
Zakład Zdrowia prokreacyjnego
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Ciąża heterotopowa

Heterotopic pregnancy

Abstrakt:

Ciąża heterotopowa (ang. heterotopic pregnancy, HP) to rzadkie schorzenie, w którym doszło do implantacji co najmniej dwóch jaj płodowych jednocześnie w różnych miejscach w organizmie kobiety. Naturalne występowanie HP wynosi 1:30 000, jednak metody rozrodu wspomaganego zwiększają częstość tej patologii do 1:125. HP pozostaje stanem zagrażającym życiu, opisanym głównie w pierwszym i na przełomie pierwszego i drugiego trymestru ciąży. Autorzy przeprowadzili przegląd piśmiennictwa w celu oceny najnowszych czynników ryzyka, sposobów rozpoznawania i leczenia ciąży heterotopowej.

Słowa kluczowe: Ciąża heterotopowa, ciąża pozamaciczna, metody rozrodu wspomaganego, ostry brzuch w ciąży

Abstract:

Heterotopic pregnancy (HP) is a rare condition in which at least two ova have been implanted simultaneously at various locations. The natural occurrence of HP is 1:30 000 pregnancies. However, assisted reproduction methods increase the frequency of this pathology to 1: 125. HP remains a life-threatening condition, mainly described in the first and at the beginning of the second trimester of pregnancy. The authors reviewed the literature to assess the latest knowledge regarding risk factors, diagnosing and management of heterotopic pregnancy.

Key words: Heterotopic pregnancy, ectopic pregnancy, assisted reproductive technology, acute abdomen in pregnancy

Wprowadzenie

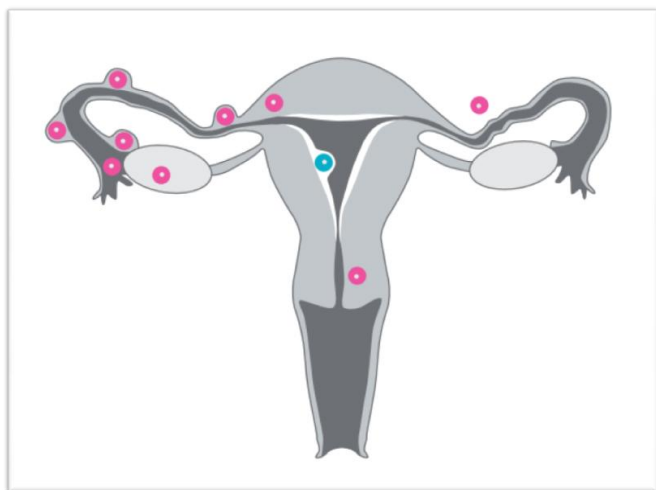
Ciąża heterotopowa (ang. *heterotopic pregnancy*, HP) to rzadkie schorzenie, w którym doszło do implantacji co najmniej dwóch jaj płodowych w jednym czasie, w różnych miejscach w miednicy mniejszej lub jamie brzusznej kobiety. Jedna z ciąż może

być prawidłowo umiejscowiona w jamie macicy, a druga poza nią. Mogą też wszystkie wszystkie ciąży być nieprawidłowo zlokalizowane. Występowanie HP w ciążach powstałych w sposób naturalny wynosi 1:30000, jednak stosowanie metod rozrodu wspomaganego zwiększa częstość występowania tego schorzenia do 1:125 (Tal, Haddad, Gordon, & Timor-Tritsch, 1996). Najczęściej do rozpoznania HP dochodzi pod koniec pierwszego i na początku drugiego trymestru ciąży w przebiegu wystąpienia objawów ostrego brzucha, co wymaga interwencji chirurgicznej.

Dokonano przeglądu piśmiennictwa wykorzystując bazę PubMed, używając słów kluczowych według Medical Subject Headings: heterotopic pregnancy, assisted reproductive technology, ectopic pregnancy z zakresu czasu od początku 2004 do aktualnego czasu, 2019 roku. Do przeglądu zakwalifikowano 122 prace spełniające powyższe kryteria. Najważniejsze z nich opisano w poniższej publikacji.

1. Definicja

Ciąża heterotopowa oznacza współwystępowanie w organizmie kobiety kilku ciąż o różnej lokalizacji. Najczęściej ciąży zlokalizowanej w jamie macicy, towarzyszy drugie jajo płodowe w jajowodzie, może być też ciąża śródścienna, w szyjce macicy, bliźnie po cięciu cesarskim, międzywiązadłowa (rys. 1).



Rys. 1 Ciąża heterotopowa: niebieski – ciąża o prawidłowej lokalizacji w jamie macicy, której towarzyszy ciąża ektopowa – różowy. Ilustrację wykonała Kinga Salwińska

Opisywano przypadki ciąży heterotopowej (HP) w jajniku, czy w śledzionie (Kitade et al., 2005). Zdarzają się ciąży heterotopowe wyłącznie pozamaciczne. Zwykle dochodzi do implantacji dwóch jaj płodowych, jednak największa opisana liczba współwystępujących ciąż wynosiła sześć (Bettocchi i in., 2004).

2. Epidemiologia i etiologia

Częstość występowania ciąży heterotopowej wynosi 1:30000 w ciążach uzyskiwanych drogą naturalną wzrasta aż do 1:125 w ciążach powstałych w wyniku zastosowania metod rozrodu wspomaganego (ART., ang. *assisted reproductive technology*, czyli stymulacja owulacji, inseminacja, transfer zarodków) (Perkins, Boulet, Kissin, & Jamieson, 2015). Ryzyko wystąpienia HP wynika z zastosowania procedur technologicznych w planowaniu potomstwa czyli podania dwóch lub większej liczby zarodków, bądź po transferze jednego zarodka w cyklu, w którym pacjentka współżyła bez stosowania środków antykoncepcyjnych w dniu podania gonadotropiny kosmówkowej (Gergolet i in., 2015).

Dodatkowymi czynnikami ryzyka HP są: uszkodzenie jajowodów podczas operacji, z powodu ciąży pozamacicznej lub endometriozy, przebycie stanu zapalnego miednicy mniejszej oraz wystąpienie czynników ryzyka ciąży pozamacicznej takich jak wcześniejsza ciąża pozamaciczna, operacja jajowodu w wywiadach, inna patologia jajowodu, wewnątrzmaciczne narażenie na dietylostilbestrol (DES), stosowanie wkładki wewnątrzmacicznej, niepłodność, zapalenie szyjki macicy lub miednicy mniejszej w wywiadach, w przebiegu chorób przenoszonych drogą płciową, wielu partnerów seksualnych, palenie tytoniu, przebyta operacja miednicy mniejszej lub jamy brzusznej, wczesny wiek inicjacji seksualnej (<18 r.ż.) (tabela 1 i 2). (Farnaghi & Kothari, 2013).

Tabela 1. Czynniki ryzyka wystąpienia ciąży heterotopowej

Czynnik ryzyka	Występowanie
Techniki rozrodu wspomaganego (ART.)	1/100 do 1/3900
Uszkodzenie jajowodów: operacje lub endometrioza	6-krotnie lub więcej
Farmakologiczna indukcja owulacji	33/10000
Ciąża ectopowa	-
Stan zapalny miednicy mniejszej	-
Wcześniejsza ciąża pozamaciczna	-

Opracowano na podstawie danych z Farnaghi, S., Kothari, A., 2013. Heterotopic pregnancy: a report of two cases. Australas. J. Ultrasound Med. 16, 30-36.

Tabela 2. Czynniki ryzyka ciąży pozamacicznej

Czynnik ryzyka	Iloraz szans
Wcześniejsza ciąża pozamaciczna	9,3–47
Operacja jajowodu w wywiadach	6,0–11,5
Wycięcie jajowodu	3,0–139
Patologia jajowodu	3,5–25
Wewnątrzmaciczne narażenie na DES	2,4–13
Stosowanie wkładki wewnątrzmacicznej	1,1–45
Niepłodność	1,1–28
Zapalenie szyjki macicy (rzeżączka, chlamydia)	2,8–3,7
Stan zapalny miednicy mniejszej w wywiadach	2,1–3,0
Wielu partnerów seksualnych	1,4–4,8
Palenie tytoniu	2,3–3,9
Przebyta operacja miednicy mniejszej lub jamy brzusznej	0,93–3,8
Irygacja pochwy	1,1–3,1

Opracowano na podstawie danych z Farnaghi, S., Kothari, A., 2013. Heterotopic pregnancy: a report of two cases. Australas. J. Ultrasound Med. 16, 30–36.

3. Objawy

Objawy ciąży heterotopowej są podobne jak w ciąży pozamacicznej, czyli ból w podbrzuszu i/lub krwawienie z dróg rodnych, krwawienie do jamy otrzewnej, wstrząs krwotoczny u pacjentki z zatrzymaniem miesiączki i dodatnim testem ciążowym. Utrudnieniem w postawieniu prawidłowego rozpoznania jest stwierdzenie ciąży w jamie macicy. Nie rzadko zdarza się, że lekarz po stwierdzeniu ciąży o prawidłowej lokalizacji, nie szuka ciąży ektopowej, co odwleka rozpoznanie aż do wystąpienia objawów ostrego brzucha. Do rozpoznania ultrasonograficznego zdecydowanie częściej dochodzi u pacjentek poddawanych procedurze ART, ponieważ w tych przypadkach lekarze zdecydowanie częściej świadomie poszukują patologicznej masy w przydatkach towarzyszącej prawidłowej ciąży wewnątrzmacicznej.

4. Rozpoznanie i postępowanie w przypadku ciąży heterotopowej¹

Do rozpoznania ciąży heterotopowej najczęściej dochodzi na przełomie pierwszego i drugiego trymestru ciąży. Opisywane w piśmiennictwie przypadki rozpoznawano od 4 do 37 tygodnia ciąży (Han i in., 2007; Wu, Zhang, Xu, & Huang, 2018). Najczęściej do postawienia prawidłowej diagnozy dochodzi podczas laparoskopii lub laparotomii wykonywanej z powodu objawów ostrego brzucha (74%), zdecydowanie rzadziej w czasie badania ultrasonograficznego z zastosowaniem kolorowego Dopplera (26%) (Barrenetxea i in., 2007).

W przypadku podejrzenia lub stwierdzenia krwawienia do jamy otrzewnej postępowaniem najczęściej stosowanym jest leczenie operacyjne. Lekarze bardziej preferują wykonanie laparoskopii niż laparotomii („*Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy*”, 2016). Natomiast w przypadku wstrząsu hipowolemicznego lub przeciwwskazań do wytworzenia odmy otrzewnowej powinna być wykonana laparotomia. Otyłość i zrosty wewnątrzotrzewnowe są względnymi przeciwwskazaniem do laparoskopii.

W przypadku ciąż jajowodowych najczęściej wykonywana jest salpingektomia, czyli wycięcie jajowodu, rzadziej salpingotomia (nacięcie jajowodu). Postępowanie uzależnione jest od stanu jajowodów i wywiadu ginekologicznego. u kobiet, u których w przeszłości występowały czynniki zmniejszające płodność takie jak: wcześniejsza ciąża pozamaciczna, uszkodzenie kontrlateralnego jajowodu, wcześniejsza operacja brzuszna, przebycie stanu zapalnego miednicy mniejszej, zalecana jest salpingotomia. („*Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy*”, 2016) w przypadkach ciąż śródściennych niektórzy badacze wykonywali nacięcie rogu macicy. w nielicznych opisanych przypadkach konieczna była histerektomia z powodu niedającego się ustabilizować krwawienia do jamy brzusznej.

W sytuacjach nie zagrażających życiu i zdrowiu pacjentki, istnieje możliwość leczenia zachowawczego – począwszy od postępowania wyczekującego z samoistnym obumarciem ciąży ekotopowej, po leczenie farmakologiczne miejscowe lub ogólne. Opisano dwa przypadki rozpoznania ciąży ekotopowej podczas planowego cięcia cesarskiego w 37 tyg. ciąży u kobiet, u których nie występują objawy (Han i in., 2007).

Inni badacze opisują zastosowanie w przypadku ciąży heterotopowej podania stężonego roztworu KCl, NaCl, glukozy lub metotreksatu pod kontrolą ultrasonograficzną (Yu, Xu, Xie, Huang, & Li, 2014). Zwykle stosowano pojedynczą substancję, jednak niektórzy badacze łączyli również te preparaty (Wu et al., 2018). Takie postępowanie miało na celu

¹ Z moralnego punktu widzenia - w przypadku ciąży heterotopowej - stosowana jest tzw. zasada podwójnego skutku (Katechizm Kościoła Katolickiego). Zgodnie z tą zasadą śmierć istoty ludzkiej, będąca następstwem działania medycznego, z moralnego punktu widzenia jest działaniem dopuszczalnym w sytuacji braku możliwości jej rozwoju i przy zagrożeniu życia matki. Śmierć ta nie jest działaniem zamierzonym samym w sobie, ale tzw. drugim skutkiem, służącym ratowaniu życia matki (przypis redakcji).

zminimalizowanie ogólnoustrojowych objawów ubocznych u pacjentki, jednocześnie zwiększało szanse na utrzymanie ciąży prawidłowo zlokalizowanej, co ma szczególne znaczenie dla pacjentek po wieloletnim leczeniu niepłodności.

W opracowaniu Barrenetxea i wsp. (2007), w wyniku zastosowania powyższych procedur w ciąży heterotopowej 63% ciąż wewnątrzmacicznych zostało zakończonych porodem o czasie, 6% porodem przedwczesnym, a w 31% przypadków, doszło do poronienia. Krwotok do jamy otrzewnej nie stanowił czynnika ryzyka straty ciąży wewnątrzmacicznej. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że opisano jeden przypadek uszkodzenia tkanki mózgowej u płodu z wtórnym wodogłowieciem w wyniku niedotlenienia spowodowanego wstrząsem hipowolemicznym w przebiegu pęknięcia ciąży heterotopowej u matki (por. także: Ezzati, Shamshirsaz, & Haeri, 2015). Część pacjentek opisana w publikacjach była leczona ogólnoustrojowo metotreksatem zgodnie z przewidywanymi standardami leczenia ciąży ektopowej („ACOG Practice Bulletin No. 193”, 2018; „*Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy*”, 2016).

Podsumowanie

Ciąża heterotopowa w dobie rozwoju technik wspomaganego rozrodu jest coraz częściej występującą patologią wczesnej ciąży. Dlatego w każdym przypadku ostrego bólu jamy brzusznej u pacjentek ciężarnych, zwłaszcza z podejrzeniem krwawienia do jamy otrzewnej, należy podejrzewać ciążę heterotopową.

Bibliografia:

- ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. (2018). *Obstetrics & Gynecology*, 131 (3), e91–e103. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002560>
- Barrenetxea, G., Barinaga-Rementería, L., Lopez de Larruzea, A., Agirregoikoa, J.A., Mandiola, M., & Carbonero, K. (2007). Heterotopic pregnancy: Two cases and a comparative review. *Fertility and Sterility*, 87 (2), 417.e9–417.e15. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.05.085>
- Bettocchi, S., Nappi, L., Ceci, O., Vimercati, A., Selvaggi, L., Cormio, G., & Vicino, M. (2004). Simultaneous bilateral tubal pregnancies and intrauterine pregnancy with five fetuses. *The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*, 11 (2), 195–196.
- Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy: Green-top Guideline No. 21. (2016). *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123 (13), e15–e55. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14189>
- Ezzati, M., Shamshirsaz, A. A., & Haeri, S. (2015). Undiagnosed heterotopic pregnancy, maternal hemorrhagic shock, and ischemic stroke in the intrauterine fetus: Ischemic

- stroke in surviving fetus of a heterotopic pregnancy. *Prenatal Diagnosis*, 35 (9), 926–927. <https://doi.org/10.1002/pd.4633>
- Farnaghi, S., & Kothari, A. (2013). Heterotopic pregnancy: a report of two cases. *Australasian Journal of Ultrasound in Medicine*, 16 (1), 30–36. <https://doi.org/10.1002/j.2205-0140.2013.tb00095.x>
- Gergolet, M., Klanjšček, J., Steblovnik, L., Teran, N., Bizjak, N., Di Bon, N., Vrtačnik-Bokal, E. (2015). a case of avoidable heterotopic pregnancy after single embryo transfer. *Reproductive BioMedicine Online*, 30 (6), 622–624. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2015.02.003>
- Han, S.H., Jee, B.C., Suh, C.S., Kim, S.H., Choi, Y.M., Kim, J. G., & Moon, S.Y. (2007). Clinical Outcomes of Tubal Heterotopic Pregnancy: Assisted vs. Spontaneous Conceptions. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 64 (1), 49–54. <https://doi.org/10.1159/000099014>
- Kitade, M., Takeuchi, H., Kikuchi, I., Shimanuki, H., Kumakiri, J., & Kinoshita, K. (2005). a case of simultaneous tubal-splenic pregnancy after assisted reproductive technology. *Fertility and Sterility*, 83 (4), 1042.e19-1042.e21. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.10.047>
- Perkins, K. M., Boulet, S. L., Kissin, D. M., & Jamieson, D. J. (2015). Risk of Ectopic Pregnancy Associated With Assisted Reproductive Technology in the United States, 2001–2011: *Obstetrics & Gynecology*, 125 (1), 70–78. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000584>
- Tal, J., Haddad, S., Gordon, N., & Timor-Tritsch, I. (1996). Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature review from 1971 to 1993. *Fertility and Sterility*, 66 (1), 1–12. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)58378-2](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)58378-2)
- Wu, Z., Zhang, X., Xu, P., & Huang, X. (2018). Clinical analysis of 50 patients with heterotopic pregnancy after ovulation induction or embryo transfer. *European Journal of Medical Research*, 23 (1). <https://doi.org/10.1186/s40001-018-0316-y>
- Yu, Y., Xu, W., Xie, Z., Huang, Q., & Li, S. (2014). Management and outcome of 25 heterotopic pregnancies in Zhejiang, China. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 180, 157–161. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.04.046>

Lek. Tatiana Boryczko
Szpital Specjalistyczny św. Zofii w Warszawie

Lek. Patrycja Żółtowska-Bajczuk
Szpital Specjalistyczny św. Zofii w Warszawie

Dr Dorota Sys
Zakład Zdrowia Prokreacyjnego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Dr n. med. Barbara Baranowska
Zakład Zdrowia Prokreacyjnego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Dr n. med. Anna Kajdy
Zakład Zdrowia Prokreacyjnego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Ewaluacja postępowania niechirurgicznego w przypadku wczesnych strat ciąż - retrospektywne badanie przekrojowe

Retrospective cross-sectional study analyzing the effect of introducing non-surgical management of early pregnancy loss

Abstrakt:

Cele: Częstość poronień samoistnych określa się na ok 15-20% wszystkich rozpoznawanych ciąż, z czego około 80% następuje w ciągu pierwszych 12 tygodni ciąży. Na przestrzeni ostatnich 20 lat Specjalistycznym św. Zofii w Warszawie od 2012 r. wdrożono na szerszą skalę postępowanie zachowawcze w przypadku stwierdzenia poronienia zatrzymanego, przelamując dotychczasowy schemat dominacji postępowania zabiegowego. Celem niniejszej pracy jest omówienie doświadczeń oraz efektów zmiany trendów postępowania z zabiegowego na zachowawczy.

Materiał i metody: Retrospektywna analiza medycznej bazy danych pacjentek hospitalizowanych w oddziale ginekologii Szpitala Specjalistycznego Św. Zofii w Warszawie z powodu poronienia zatrzymanego i niekompletnego w okresie od 2010 do 2017 roku. Badaniem objęto grupę 3513 pacjentek, które zgłosiły się do szpitala z poronieniem w I trymestrze ciąży (do 13 tyg.).

Wyniki: Na przestrzeni siedmiu lat zmalała liczba hospitalizowanych kobiet z powodu wczesnej straty ciąży, które zostały poddane postępowaniu zabiegowemu. Równocześnie wzrosła liczba pacjentek, u których zastosowano postępowanie zachowawcze oraz farmakologiczne. Skuteczność postępowania zachowawczego malała wraz z czasem trwania ciąży.

Wnioski: Zmiana schematu postępowania wpłynęła na zmniejszenie odsetka interwencji zabiegowych względem postępowania zachowawczego i farmakologicznego. Jednocześnie wprowadzona zmiana w standardach postępowania nie wiązała się ze wzrostem negatywnych następstw u kobiet hospitalizowanych z powodu wczesnej straty ciąży. Postępowanie niezabiegowe stanowi bezpieczną, skuteczną i zgodną z aktualnymi światowymi wytycznymi metodę postępowania u kobiet z wczesną stratą ciąży.

Słowa kluczowe: wczesna strata ciąży; postępowanie wyczekujące; postępowanie farmakologiczne; postępowanie zabiegowe

Abstract:

Objectives: The incidence of spontaneous abortions is estimated at about 15-20% of all diagnosed pregnancies, of which about 80% occur in the first 12 weeks of pregnancy. Over the last 20 years,

views on diagnosis and treatment early pregnancy miscarriage or the finding of an empty pregnancy follicle have evolved. This was possible due to the development of more and more advanced diagnostic techniques (especially ultrasonography), the possibility of quantitative evaluation of B-HCG, the availability of antibiotic therapy as well as the introduction of pharmacological methods of miscarriage induction. The Specialist Hospital of St. Sophia in Warsaw since 2012 has implemented a specialist protocol of treatment in cases missed abortions to reduce the dominance of surgical procedures. The aim of this work is to show and discuss the experiences and effects of changing the trends of surgical and conservative procedures.

Materials and methods: Retrospective analysis of changes in trends in proceedings in missed abortions at the St. Hospital Sophia in 2010-2017. The study comprised of 3513 patients who reported to the hospital with a miscarriage in the first trimester of pregnancy (up to 13 weeks).

Results: Over the seven year period, there was a total reversal in the proportion of the number of hospitalized women due to early pregnancy loss who underwent surgical treatment. At the same time, the number of patients who underwent conservative and pharmacological management increased. The increase in the frequency of non-surgical management in the event of early pregnancy loss was not associated with an increase in the risk of complications and repeated hospitalizations. The effectiveness of conservative management decreased with the duration of pregnancy

Conclusions: a change in the procedure led to a reduction in the percentage of surgical interventions in relation to conservative and pharmacological procedures. At the same time, the introduced change in standards of management was not associated with an increase of negative consequences in women hospitalized due to early pregnancy loss. Non-surgical management is a safe, effective and consistent with current global guidelines for the treatment of women with early pregnancy loss.

Key words: Early pregnancy loss, Expectant management, Medical management, Surgical management

Wprowadzenie

Częstość poronień samoistnych określa się na ok 15-20% wszystkich rozpoznawanych ciąży, z czego około 80% następuje w ciągu pierwszych 12 tygodni ciąży. Szacuje się, że około 50% ciąży traconych jest przed zagnieżdżeniem się w macicy (Jarvis, 2016); w okresie po zagnieżdżeniu się w zależności od badań od 12% do 24% (Jones, Lopez, 2014).

Najczęstszą przyczyną jest poronienie samoistne, puste jajo płodowe lub obumarcie zarodka. w sytuacji straty wczesnej ciąży w mechanizmie poronienia zatrzymanego do 12 tygodnia ciąży, pustego pęcherzyka ciążowego bądź poronienia niekompletnego, w celu całkowitego opróżnienia jamy macicy, możliwe są różne sposoby postępowania, zależne od sytuacji klinicznej, ale również, coraz częściej, od oczekiwania pacjentki (Shorter, Atrio, Schreiber, 2019).

Od XIX wieku, praktycznie wszystkie kobiety, u których doszło do niepowodzenia we wczesnej ciąży leczone były poprzez zabiegowe opróżnienie jamy macicy - „złoty standard”. Zgodnie z Rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego z 2004 roku „rozpoznanie poronienia zatrzymanego i/lub pustego jaja płodowego badaniem ultrasonograficznym, upoważnia do opróżnienia jamy macicy po ewentualnym przygotowaniu farmakologicznym” (Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie wybranych patologii wczesnej ciąży oraz postępowania w ciąży po zapłodnieniu *in vitro*, 2004). w 1997 Chung i współpracownicy oszacowali

całkowity wskaźnik powikłań u kobiet poddanych chirurgicznemu wyłyżeczkowaniu jamy macicy po poronieniu niekompletnym na 6.6% (Chung, Leung, Cheung, Haines, Chang, 1997).

Na podstawie badań klinicznych oraz rekomendacji zagranicznych towarzystw naukowych powstały zaktualizowane metody postępowania w sytuacji potwierdzenia poronienia wczesnej ciąży lub stwierdzenia pustego pęcherzyka ciążowego. Umożliwił to rozwój coraz bardziej zaawansowanych technik diagnostycznych (zwłaszcza ultrasonografii), możliwości oceny ilościowej B-HCG, dostępności antybiotykoterapii, jak również wprowadzenia farmakologicznych metod indukcji poronienia (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK), 2012; Neilson, Gyte, Hickey, Vazquez, Dou, 2013; Ngoc et al., 2013; Verschoor et al., 2013). w Szpitalu Specjalistycznym św. Zofii w Warszawie od 2012 r. rozpoczęto proces wdrażania postępowania zachowawczego w przypadku stwierdzenia poronienia zatrzymanego. Proces obejmował szkolenie zespołu, konsultacje z pacjentkami, przygotowanie rekomendacji. W listopadzie 2013r. stworzono ostateczną rekomendację medyczną dotyczącą zasad postępowania w zależności od czasu trwania ciąży, obrazu ultrasonograficznego jamy macicy, a także uwzględniającą oczekiwania pacjentki.

Celem artykułu jest przedstawienie zmiany trendów postępowania w przypadkach poronień zatrzymanych i niekompletnych po wprowadzeniu protokołu farmakologicznej indukcji poronienia w Szpitalu Specjalistycznym św. Zofii w latach 2010-2017. Analiza odsetka powikłań i powtórnych hospitalizacji.

Material i metoda

W artykule przedstawiono wyniki retrospektywnej analizy medycznej bazy danych pacjentek hospitalizowanych w Oddziale Ginekologii Szpitala Specjalistycznego Św. Zofii z powodu poronienia zatrzymanego i niekompletnego w okresie od 2010 do 2017 roku. Badanie otrzymało pozytywną opinię komisji bioetycznej CMKP (Nr 47/PB/2018). Badaniem objęto grupę 3513 pacjentek, które zgłosiły się do szpitala z poronieniem w I trymestrze ciąży (do 13 tyg.). Poza wiekiem ciąży nie zastosowano żadnych kryteriów wykluczających z badania.

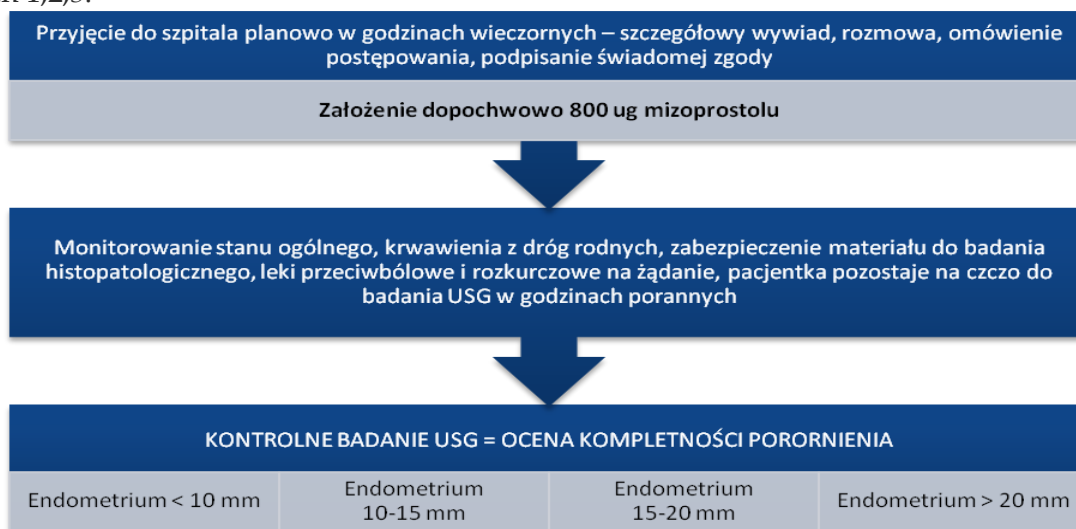
Rekomendacje medyczne postępowania w przypadku poronienia zatrzymanego i niekompletnego zostały opracowane na podstawie dostępnych aktualnych wytycznych (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK), 2012; Neilson et al., 2013; Ngoc et al., 2013; Verschoor et al., 2013) i wprowadzone w listopadzie 2013 roku w Szpitalu Specjalistycznym Św. Zofii. w wytycznych zawarto trzy schematy postępowania: wyczekujące, farmakologiczne i zabiegowe.

Pacjentki przy przyjęciu do szpitala miały przedstawiane opcje terapeutyczne, na podstawie których podejmowano decyzję o postępowaniu. Pacjentka na ustalone postępowanie podpisywała pisemną zgodę. Pacjentki wybierające postępowanie wyczekujące nie były hospitalizowane.

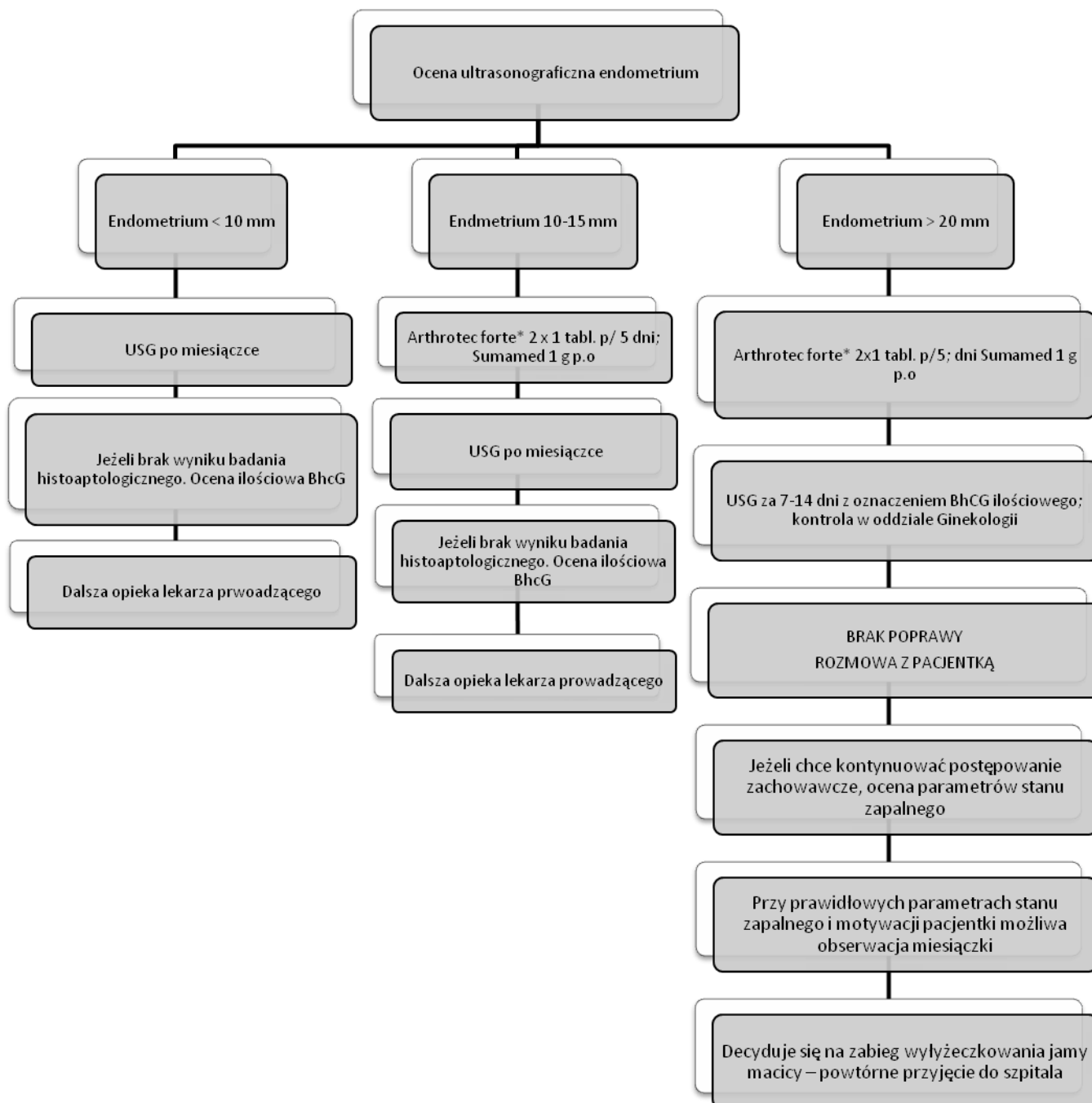
Przyjęto następujące kryteria doboru postępowania w zależności od zaproponowanej metody.

Postępowanie wyczekujące: 1. Akceptacja metody przez pacjentkę; 2. Dobry stan ogólny pacjentki, niewielkie krwawienie z dróg rodnych; 3. Poinformowanie pacjentki o niepokojących objawach będących wskazaniem do hospitalizacji (gorączka, bóle podbrzusza, nasilenie krwawienia); 4. Objęcie pacjentki opieką ambulatoryjną (konsultacja lekarska, kontrolne badania USG, monitorowanie poziomu B-HCG).
 Postępowanie farmakologiczne: 1. Brak akceptacji przez pacjentkę postępowania wyczekującego; 2. Zastosowanie w warunkach szpitalnych Mizoprostolu w początkowej dawce 800 ug dopochwowo;
 3. Poinformowanie pacjentki o przebiegu i skuteczności indukcji poronienia. Postępowanie chirurgiczne: 1. Wystąpienie objawów klinicznych: obfitego krwawienia z dróg rodnych, silnych dolegliwości bólowych w podbrzuszu, objawów zakażenia; 2. Nieskuteczna farmakologiczna indukcja poronienia (pęcherzyk w jamie macicy, endometrium > 30 mm mimo zastosowania Mizoprostolu); 3. Brak zgody pacjentki na postępowanie zachowawcze lub jego kontynuowanie. Pacjentki na każdym etapie postępowania miały możliwość zadawania pytań, zmiany postępowania, w tym podjęcia decyzji o leczeniu chirurgicznym.

Wyniki podzielono na trzy okresy: 2010-2012 rok – przed wdrożeniem rekomendacji. 2013-2015 rok po wprowadzeniu rekomendacji – kryterium skuteczności leczenia endometrium 15 mm i po 2015 roku – kryterium 30 mm i rozpoczęcie krwawienia. Schemat postępowania farmakologicznego szpitalnego i ambulatoryjnego został przedstawiony na rycinach 1,2,3.

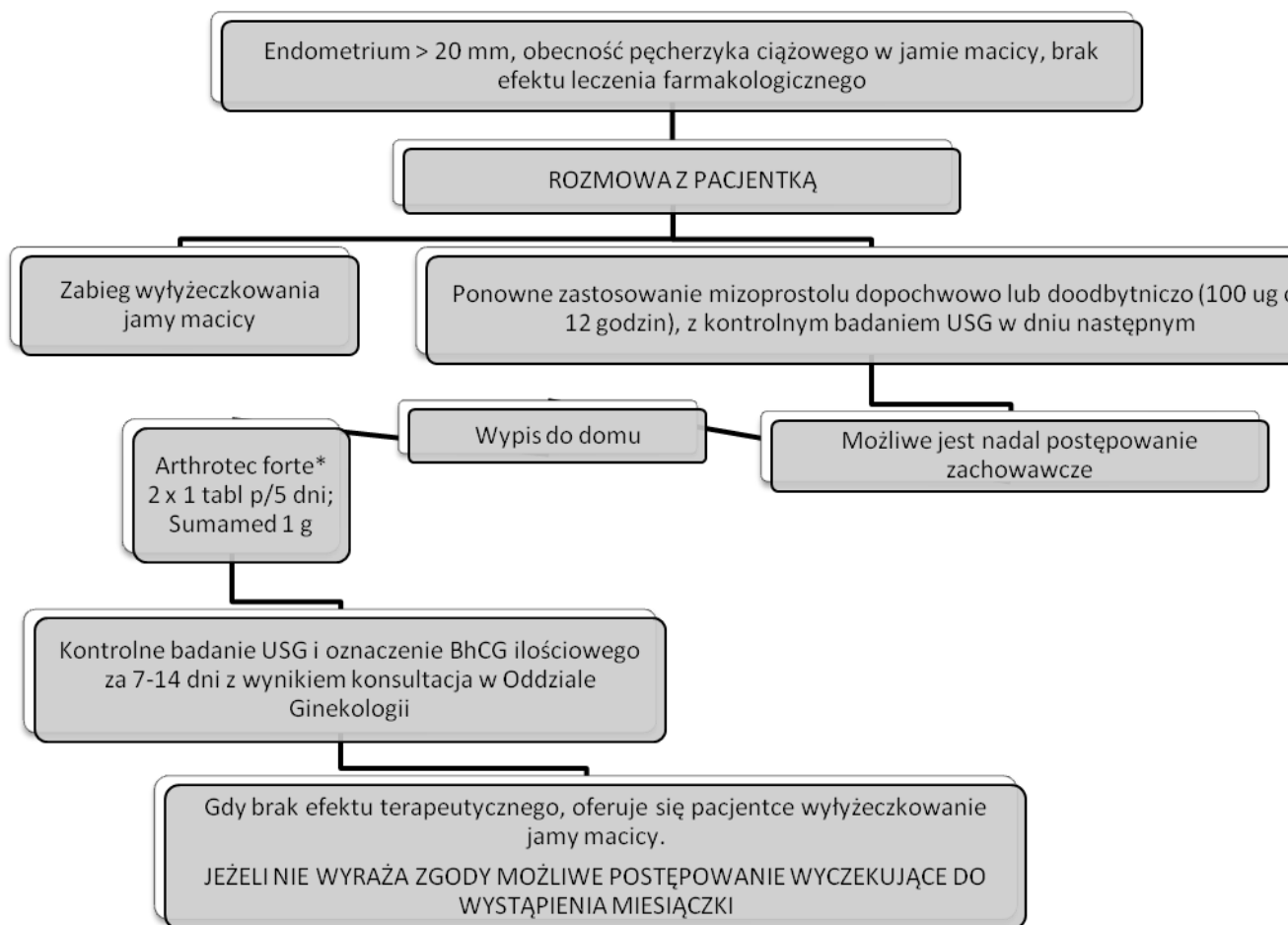


Rycina 1. Schemat postępowania farmakologicznego w trakcie hospitalizacji

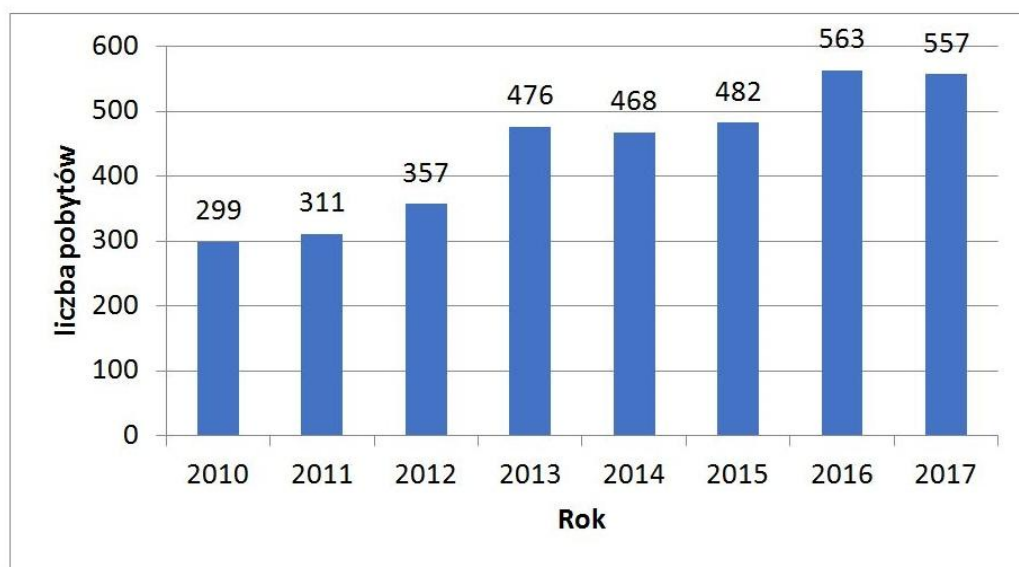


Rycina 2. Schemat postępowania z pacjentką po indukcji poronienia w zależności od grubości endometrium w latach 2013-2015.

*Arthrotec forte jest postacią Mizoprostolu do stosowania ambulatoryjnego



Rycina 3. Schemat postępowania w zależności od obrazu ultrasonograficznego w latach 2013-2017 *
Arthrotec forte jest postacią Mizoprostolu do stosowania ambulatoryjnego.



Wykres. 1. Liczba pacjentek hospitalizowanych w Szpitalu św. Zofii z powodu poronienia zatrzymanego lub niekompletnego w latach 2010-2017

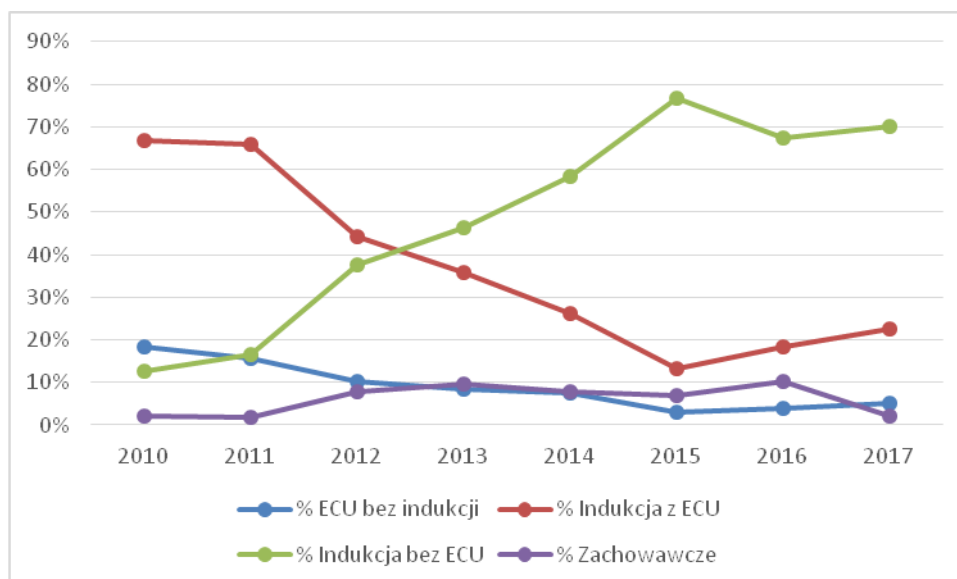
Analizie zostały poddane tylko dane znajdujące się w elektronicznej bazie danych. Utworzona baza została zanonimizowana. Wykluczono pacjentki > 13 tygodnia ciąży oraz duplikaty rekordów. Duplikaty rekordów wynikały z powtórnych hospitalizacji lub innych powikłań nadzoru ambulatoryjnego.

Wyniki

Od 2010-2017 roku w Oddziale Ginekologii Szpitala Specjalistycznego Św. Zofii w Warszawie hospitalizowano łącznie 3513 pacjentek z powodu poronienia w I trymestrze ciąży < 13 tygodnia. Zdecydowana większość pacjentek miała wyższe wykształcenie i dobry status materialny. Średni wiek pacjentek wynosił 32 lata, pierwiastki stanowiły 37%, a wieloródki 63%. Hospitalizacje najczęściej miały miejsce w 8. (21%), 9. (23%) i 10. (17%) tygodniu ciąży. Analizowane dane dotyczyły w 588 przypadkach (17%) ciąży poniżej 8. tygodnia i w 764 przypadkach (22%) ciąży powyżej 10. tygodnia.

Od 2013 roku, kiedy to wprowadzono rekomendację przewidującą możliwość postępowania zachowawczego i farmakologicznego liczba leczonych pacjentek zaczęła wzrastać (2010 rok – 299 pacjentek; 2017 rok 557 pacjentek) (wykres 1).

Przed wdrożeniem rekomendacji (w latach 2010-2012) odsetek postępowania zachowawczych wynosił 2%, farmakologicznych 13%-16%, a zabiegowych 2%-85%. W roku, w którym wprowadzono rekomendację odsetki te wynosiły odpowiednio: 8%, 38%, 54%, a w ostatnim analizowanym roku odpowiednio 2%; 70%, 28% (wykres 2).



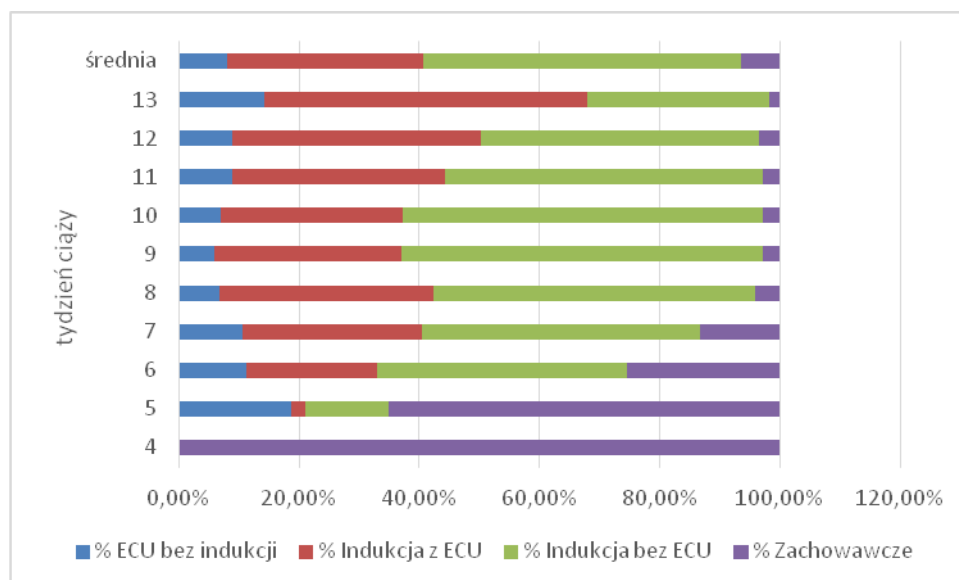
Wykres 2. Ewolucja postępowania u pacjentek z poronieniem ciąży w I trymestrze w latach

2010-2017

Średnia pobytu na oddziale to 1,23 doby. Czas ten nie różni się istotnie w zależności od postępowania i wynosi odpowiednio: 0,96 doby – zabieg bez farmakologicznej indukcji; 1,09 doby – postępowanie zachowawcze; 1,32 doby – leczenie farmakologiczne; 1,53 doby – leczenie farmakologiczne zakończone zabiegiem.

W badanej grupie porównywano skuteczność postępowania zachowawczego (postawa wyczekująca, farmakologiczne opróżnienie jamy macicy) z leczeniem zabiegowym w zależności od czasu trwania ciąży. Średni wiek ciąży wynosił 8,8 tyg., a mediana 9 tyg. Zaobserwowano znaczące zmniejszenie skuteczności postępowania zachowawczego wraz z czasem trwania ciąży. Największą skuteczność wykazano do 9 tyg. trwania ciąży (ryc. 6). Przeanalizowano w kolejnych latach odpowiednio dane pacjentek 2010-2011 – 610; 2012-2014 – 1301; 2015-2017 – 1602.

Przed wprowadzeniem nowych rekomendacji (do 2013 r.), w tutejszym szpitalu, liczba zabiegów wyłyżeczkowania jamy macicy po poronieniu, mimo stosowania preindukcji poronienia mizoprostolem, dotyczyła ponad 80% kobiet. Jedynie pacjentki, u których w badaniu USG TV stwierdzono poronienie kompletne wypisywano ze szpitala bez interwencji zabiegowej. w kolejnych latach utrzymywał się trend spadkowy, aż do 2015 roku, kiedy to tylko 15% indukcji było zakończonych interwencją zabiegową. Od tego momentu zaobserwowano niewielki wzrost interwencji zabiegowych (22% w 2016 roku i 24% w 2017) spowodowany zmianą kryterium skuteczności leczenia z endometrium 15 mm na endometrium 30 mm i rozpoczęcie krwawienia (Wykres 3).



Wykres 3. Schemat postępowania w zależności od czasu trwania ciąży

Wraz ze zmianą postępowania zauważono wzrost odsetka powtórnych hospitalizacji. w latach 2010-2011 odsetek ten wynosił 1%, po zmianie rekomendacji zwiększył się do 2%-3% w latach 2012-2014. w ostatnich analizowanych latach trend zwykły utrzymywał się, aż do osiągnięcia niemal 6% w 2017 roku.

Dyskusja

Proces wdrażania postępowania prezentowanego w rekomendacjach dotyczących wczesnej straty ciąży był bardzo skuteczny. w krótkim czasie proponowane postępowanie zdobyło akceptację pacjentek i lekarzy, co można zauważyć nie tylko po zmianach w odsetkach postępowania niezabiegowego, ale i zwiększonej liczbie przyjmowanych pacjentek. Dane odnośnie skuteczności postępowania zgodne są z licznymi publikacjami porównującymi skuteczność zastosowania mizoprostolu z postępowaniem zabiegowym. Skuteczność takiego postępowania w Szpitalu Specjalistycznym Św. Zofii nie odbiega od prezentowanych wyników w innych, stosujących te metody, ośrodkach i dochodzi do 85% (Creinin et al., 2006; Davis et al., 2007; Demetroulis, Saridogan, Kunde, Naftalin, 2001). Głównym kryterium decydującym o skuteczności leczenia do 2015 roku była grubość endometrium. Takie stanowisko było zgodne z wynikami pracy Lavecchia M., Klam S., Abenchaim HA opublikowanej w 2016 r. (Lavecchia, Klam, Abenchaim, 2016). Od 2015 roku, zgodnie z rekomendacjami RCOG, grubość endometrium w badaniu USG przestała być wyznacznikiem skuteczności postępowania. Potwierdzają to również inne doniesienia naukowe (Menager et al., 2012; Reeves, Lohr, Harwood, Creinin, 2008).

Na podstawie obserwacji 1031 pacjentek hospitalizowanych po wprowadzeniu rekomendacji w 2012 roku postanowiono w 2015 roku zmodyfikować dotychczasowe postępowanie. Biorąc pod uwagę występujące powikłania, przyczyny niepowodzenia stosowanej metody oraz preferencje pacjentek opracowano nowy standard. Za kryterium kwalifikujące pacjentkę do wypisu ze szpitala i kontynuację postępowania zachowawczego w warunkach ambulatoryjnych uznano sam fakt rozpoczęcia wydalania tkanek z jamy macicy, a nie grubość endometrium w badaniu USG.

Od 2015 roku, jeśli u pacjentki po zastosowaniu dopochwowo mizoprostolu doszło do poronienia, nawet w przypadku poronienia niekompletnego z endometrium poniżej 30 mm, pacjentka wypisywana jest ze szpitala bez zabiegu. o takim postępowaniu przesądza stan kliniczny i decyzja kobiety.

Pacjentki, u których zastosowano postępowanie zachowawcze pozostają pod opieką Szpitala do chwili, gdy badanie USG jamy macicy jest prawidłowe (bez podejrzenia resztek po poronieniu), wynik badania BHCG jest ujemny (w przypadku braku tkanek do badania histopatologicznego), nie ma wykładników stanu zapalnego i stan kliniczny pacjentki nie pozostawia żadnych wątpliwości, co do skuteczności w/w postępowania.

Jeśli po wystąpieniu pierwszej miesiączki po poronieniu obraz jamy macicy nie jest w pełni satysfakcjonujący, również możliwe jest odstępnie od wykonania zabiegu, jeśli nie występują nieprawidłowe krwawienia z dróg rodnych oraz nie ma żadnych przesłanek sugerujących chorobę trofoblastu lub istnienie stanu zapalnego, a pacjentka w pełni akceptuje przedstawiony schemat postępowania.

Zgodnie z rekomendacjami RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) z 2006 roku, aktualizowanymi w 2017 roku, postępowaniem pierwszego wyboru w przypadku poronienia ciąży do 13 tygodnia jest przez pierwsze 7-14 dni postępowanie wyczekujące (Early Pregnancy Loss, Management). Pomimo istnienia rekomendacji postępowanie zachowawcze nie było wprowadzone naszej populacji ze względu na brak świadomości i przekonanie o niezbędności zabiegowego opróżnienia macicy. RCOG w swoich rekomendacjach zaznacza, że nie dotyczą one: kobiet z podwyższonym ryzykiem wystąpienia krwotoku z dróg rodnych (np. w przypadku występowania u pacjentki koagulopatii czy poronienia w późnym okresie i trymestrze tj. po 13 tygodniu ciąży), kobiet z traumatycznymi przeżyciami związanymi z ukończeniem poprzednich ciąż, pacjentek z objawami zagrażającej lub toczącej się infekcji, pacjentek nie wyrażających zgody na powyższe postępowanie.

Każda pacjentka zakwalifikowana do postępowania wyczekującego powinna uzyskać szczegółowe informacje (również na piśmie) dotyczące dalszego postępowania i planu leczenia, wystąpienia możliwych powikłań, sposobów radzenia sobie z bólem oraz miejsc, gdzie w razie konieczności uzyska natychmiastową pomoc. Jeśli w ciągu 7-14 dni wystąpi krwawienie i/lub ból w podbrzuszu, zaleca się wykonanie po około 21 dniach testu ciążowego. w razie wyniku pozytywnego konieczny jest kontakt z lekarzem prowadzącym celem ustalenia dalszego planu postępowania. w przypadku gdy po 7-14 dniach postępowania wyczekującego nie wystąpią objawy poronienia (tj. ból w podbrzuszu, krwawienie) lub jeśli natężenie objawów będzie się nasilało lub nie będzie ustępowało (co sugeruje występowanie poronienia niekompletnego) konieczna jest rozmowa lekarza prowadzącego z pacjentką, która umożliwi podjęcie wspólnej, w pełni świadomej decyzji dotyczącej dalszego leczenia i ewentualnego wdrożenia metod farmakologicznych lub zabiegowych.

Mizoprostol jest syntetycznym analogiem prostaglandyny E1, którego pierwotnym zastosowaniem była prewencja powstawania wrzodów żołądka u pacjentów regularnie przyjmujących niesteroidowe leki przeciwzapalne. w późniejszych badaniach wykazano, iż użycie tych względnie tanich substancji powoduje podwyższenie napięcia mięśnia macicy (Norman, Thong, Baird, 1991), co skutkuje całkowitym opróżnieniem jamy macicy u przeszło 80% kobiet z poronieniem wczesnej ciąży (Kruse, Poppema, Creinin, Paul, 2000; Muffley, Stitely, Gherman, 2002; Vilos et al., 2015). Badany jest wpływ poszczególnych parametrów na skuteczność zastosowania mizoprostolu u pacjentek po poronieniu. Wśród

udowodnionych czynników zwiększających ryzyko niepowodzenia metody wymieni ć należy wysoki wskaźnik masy ciała u pacjentki, wielodzie tność oraz wiek ciąży powyżej 13 tygodnia (Bartley, Tong, Everington, Baird, 2000; Chien, Liu, Tzeng, Au, 2009; Grimes, Bernstein, Laccarra, Shoupe, Mishell Jr, 1990). Co więcej, u pacjentek, u których uprzednio zastosowano dopochwowo Mizoprostol, a które w późniejszym okresie mimo tego wymagały wyłączenia jamy macicy, udowodniono znaczne zmniejszenie ryzyka zarówno powikłań okołozabiegowych, jak również wczesnych skutków samego poronienia (Chung, Cheung, Sahota, Haines, Chang, 1998).

Wśród parametrów umożliwiających ocenę skuteczności postępowania farmakologicznego wymieni ć należy: kontrolę poziomu B-HCG w osoczu, ultrasonograficzną ocenę grubości endometrium, ocenę wzoru i intensywności krwawienia z dróg rodnych oraz seryjne, następujące po sobie kontrolne badania poziomu hemoglobiny i hematokrytu (Harwood, Meckstroth, Mishell, Jain, 2001). Do najczęściej stosowanych należy ocena B-HCG oraz ultrasonograficzna ocena endometrium. Nie udowodniono, jednakże, aby którakolwiek z powyższych metod umożliwiała w pełni skuteczną klasyfikację kobiet z określonymi parametrami do konkretnej grupy, dla której stworzono jednoznaczne wskazania co do dalszego postępowania. w przeprowadzonych dotychczas badaniach brak jest dowodów na korelację pomiędzy grubością endometrium a wskazaniami do zastosowania określonego postępowania klinicznego (Abbasi, Jamal, Eslamian, Marsousi, 2008; Creinin et al., 2004; Durfee, Frates, Luong, Benson, 2005). Co więcej, część badań klinicznych zaleca stosowanie seryjnych pomiarów poziomu B-HCG w surowicy jako bardziej wiarygodne niż kontrola grubości endometrium w USG (Fiala, Safar, Bygdeman, Gemzell-Danielsson, 2003), inne wykazują ich porównywalną skuteczność (Clark, Panton, Hann, Gold, 2007), jeszcze inne kładą nacisk na korelację badań diagnostycznych z oceną kliniczną konkretnej pacjentki (El-Baradie, El-Said, Ragab, Elssery, Mahmoud, 2008). w związku z powyższym zarówno poziom B-HCG, jak również ocenę grubości endometrium stosować należy jako przydatne, ale wyłącznie względne parametry oceny skuteczności leczenia, a wskazania do dalszego leczenia określać w korelacji ze stanem klinicznym i oczekiwaniami konkretnej pacjentki.

W trakcie całego procesu pacjentka powinna być szczegółowo informowana o jego zaletach i wadach oraz możliwych powikłaniach i skutkach ubocznych. Wśród najczęściej występujących działań niepożądanych zastosowania Mizoprostolu wymieni ć należy: biegunkę, wysypkę, zawroty głowy pochodzenia ośrodkowego, bóle głowy, bóle brzucha, zaparcia, niestrawność, wzdęcia z oddawaniem wiatrów, nudności, wymioty. Do znacznie rzadziej występujących zaliczamy: krwawienia z pochwy, skurcze macicy, gorączka (Allen O'Brien, 2009). w chwili obecnej dostępne na polskim rynku preparaty Mizoprostolu to Cytotec i Arthrotec. W związku z częstym występowaniem dolegliwości bólowych podbrzusza oraz nudności, każda pacjentka powinna zostać zaopatrzona w leki

przeciwbólowe, na przykład paracetamol oraz przeciwwymiotne - Metoclopramid (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK), 2012).

Ocena skuteczności metody farmakologicznej w przypadku wystąpienia krwawienia z dróg rodnych jest identyczna jak w przypadku postępowania zachowawczego tj. wykonanie testu ciążowego po około 21 dniach. Zgodnie z zaleceniami przedstawionymi w Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline w 2011 roku po 6 tygodniach od zastosowania pierwszej dawki Mizoprostolu wskazana jest kontrola ginekologiczna łącznie z wykonaniem przezpochwowego badania USG (Queensland Clinical Guidelines, 2011).

Każdorazowo w razie braku zgody pacjentki na postępowanie zachowawcze lub farmakologiczne, w przypadku poronienia w toku z obfitym krwawieniem z dróg rodnych lub w razie braku skuteczności opisywanych powyżej metod zalecane jest wyłyżeczkowanie jamy macicy po uzyskaniu wcześniejszej świadomej, pisemnej zgody na zabieg.

Przegląd bazy Cochrane pozwala na znalezienie 24 randomizowanych badań klinicznych, obejmujących dane 5577 kobiet z poronieniami samoistnymi przed 13 tygodniem ciąży (Kim et al., 2017). Na jego podstawie nie wykazano znaczących różnic w odsetku poronień całkowitych oraz w liczbie wykonanych wyłyżeczkowań jamy macicy w przypadku zastosowania postępowania wyczekującego w porównaniu do metod farmakologicznych. Wykazano natomiast nieznacznie niższy odsetek poronień całkowitych w przypadku zastosowania metod farmakologicznych w porównaniu do postępowania chirurgicznego (RR 0.96). Odsetek poronień całkowitych w obu przypadkach był wysoki (80-90%). Dodatkowo nie wykazano większej skuteczności którejkolwiek drogi podania lub dawki Mizoprostolu.

Zaobserwowana w Szpitalu św. Zofii tendencja do zmiany proporcji postępowania w odniesieniu do wczesnej straty ciąży wynika nie tylko z możliwości wyboru sposobu postępowania przedstawionych w nowych rekomendacjach. Wydaje się, że duży wpływ na zmianę sposobu postępowania miały preferencje pacjentek, które zdecydowanie częściej wybierają opcję postępowania zachowawczego obawiając się wczesnych powikłań w trakcie zabiegu lub późnych następstw instrumentalnego opróżnienia jamy macicy, a także konieczności poddania się znieczuleniu ogólnemu. Zmiana ta była możliwa dzięki ścisłej współpracy pacjenta i lekarza. Lekarz jest zobowiązany do przekazania dostępnej wiedzy o proponowanym leczeniu. Pacjentka powinna zdawać sobie sprawę z możliwych powikłań prowadzonej terapii i mieć możliwość współdecydowania o swoim zdrowiu, zarówno fizycznym jak i psychicznym.

Wnioski

Zmiana schematu postępowania wpłynęła na zmniejszenie odsetka interwencji zabiegowych względem postępowania zachowawczego i farmakologicznego. Jednocześnie

wprowadzona zmiana nie wiązała się ze wzrostem negatywnych następstw u kobiet hospitalizowanych z powodu poronienia. w przypadku kobiet z wczesną stratą ciąży postępowanie niezabiegowe jest bezpieczne.

Bibliografia:

- Abbasi, S., Jamal, A., Eslamian, L., Marsousi, V. (2008). Role of clinical and ultrasound findings in the diagnosis of retained products of conception. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 32 (5), 704–707.
- Allen, R., O'Brien, B.M. (2009). Uses of misoprostol in obstetrics and gynecology. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 2 (3), 159.
- Bartley, J., Tong, S., Everington, D., Baird, D.T. (2000). Parity is a major determinant of success rate in medical abortion: a retrospective analysis of 3161 consecutive cases of early medical abortion treated with reduced doses of mifepristone and vaginal gemeprost. *Contraception*, 62 (6), 297–303.
- Chien, L.-W., Liu, W.-M., Tzeng, C.-R., Au, H.-K. (2009). Effect of previous live birth and prior route of delivery on the outcome of early medical abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 113 (3), 669–674.
- Chung, T.K.H., Cheung, L.P., Sahota, D.S., Haines, C.J., Chang, A.M.Z. (1998). Spontaneous abortion: Short-term complications following either conservative or surgical management. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 38 (1), 61–64.
- Chung, T., Leung, P., Cheung, L.P., Haines, C., Chang, A.M. (1997). a medical approach to management of spontaneous abortion using misoprostol. Extending misoprostol treatment to a maximum of 48 hours can further improve evacuation of retained products of conception in spontaneous abortion. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 76 (3), 248–251.
- Clark, W., Panton, T., Hann, L., Gold, M. (2007). Medication abortion employing routine sequential measurements of serum hCG and sonography only when indicated. *Contraception*, 75 (2), 131–135.
- Creinin, M.D., Harwood, B., Guido, R.S., Fox, M.C., Zhang, J. (2004). Endometrial thickness after misoprostol use for early pregnancy failure. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 86 (1), 22–26.
- Creinin, M.D., Huang, X., Westhoff, C., Barnhart, K., Gilles, J.M., Zhang, J. (2006). National Institute of Child Health and Human Development Management of Early Pregnancy Failure Trial. Factors related to successful misoprostol treatment for early pregnancy failure. *Obstetrics and Gynecology*, 107 (4), 901–907.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000206737.68709.3e>

- Davis, A.R., Hendlish, S.K., Westhoff, C., Frederick, M.M., Zhang, J., Gilles, J.M. (2007), National Institute of Child Health and Human Development Management of Early Pregnancy Failure Trial. (2007). Bleeding patterns after misoprostol vs surgical treatment of early pregnancy failure: Results from a randomized trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 196 (1), 31.e1-7.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.07.053>
- Demetroulis, C., Saridogan, E., Kunde, D., Naftalin, A.A. (2001). a prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Human Reproduction*, 16 (2), 365–369.
- Durfee, S.M., Frates ,M.C., Luong, A., Benson, C.B. (2005). The sonographic and color Doppler features of retained products of conception. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 24 (9), 1181–1186.
- Early Pregnancy Loss, Management (Green-top Guideline No. 25). (n.d.). Dostęp 22.06.2019:
<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg25/>
- El-Baradie, S.M., El-Said, M.H., Ragab, W.S., Elssery, K.M., Mahmoud, M. (2008). Endometrial Thickness and Serum β -hCG as Predictors of the Effectiveness of Oral Misoprostol in Early Pregnancy Failure. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 30 (10), 877–881.
- Fiala, C., Safar, P., Bygdeman, M., Gemzell-Danielsson, K. (2003). Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 109 (2), 190–195.
- Grimes, D.A., Bernstein, L., Lacarra, M., Shoupe, D., Mishell, Jr D.R. (1990). Predictors of failed attempted abortion with the antiprogestin mifepristone (RU 486). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 162 (4), 910–917.
- Harwood, B., Meckstroth, K.R., Mishell, D.R., Jain, J.K. (2001). Serum beta-human chorionic gonadotropin levels and endometrial thickness after medical abortion. *Contraception*, 63 (5), 255–256.
- Jarvis, G.E. (2016). Early embryo mortality in natural human reproduction: What the data say. *F1000 Research*, 5, 2765. <https://doi.org/10.12688/f1000research.8937.2>
- Jones, R.E., Lopez, K.H. (2014). Pregnancy, (in:) R.E. Jones, K.H. Lopez (eds.), *Human Reproductive Biology (Fourth Edition)* (175–204). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-382184-3.00010-6>
- Kim, C., Barnard, S., Neilson, J.P., Hickey, M., Vazquez, J.C., Dou L. (2017). Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD007223. DOI: 10.1002/14651858.CD007223.pub4.
- Kruse, B., Poppema, S., Creinin, M.D., Paul, M. (2000). Management of side effects and complications in medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183 (2), S65–S75.

- Lavecchia, M., Klam, S., Abenhaim, H.. (2016). Effect of Uterine Cavity Sonographic Measurements on Medical Management Failure in Women With Early Pregnancy Loss. *Journal of Ultrasound in Medicine: Official Journal of the American Institute of Ultrasound in Medicine*, 35 (8), 1705–1710. <https://doi.org/10.7863/ultra.15.09063>
- Menager, N.E., Loundou, D.A., Chau, C., Cravello, L., Gamerre, M., Agostini A. (2012). Clinical and ultrasonographic factors affecting successful medical treatment of early pregnancy failure. *Gynecologie, Obstetrique and Fertilité*, 40 (2), 84–87.
- Muffley, P.E., Stitely, M.L., Gherman, R.B. (2002). Early intrauterine pregnancy failure: A randomized trial of medical versus surgical treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187 (2), 321–326.
- National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health (UK). (2012). *Ectopic Pregnancy and Miscarriage: Diagnosis and Initial Management in Early Pregnancy of Ectopic Pregnancy and Miscarriage*. Dostęp: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK132775/>
- Neilson, J.P., Gyte, G.M.L., Hickey, M., Vazquez, J.C., Dou, L. (2013). Medical treatments for incomplete miscarriage. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD007223. DOI: 10.1002/14651858.CD007223.pub3.
- Ngoc, N.T.N., Shochet, T., Blum, J., Hai, P.T., Dung, D.L., Nhan, T.T., Winikoff, B. (2013). Results from a study using misoprostol for management of incomplete abortion in Vietnamese hospitals: Implications for task shifting. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13 (1), 118.
- Norman, J.E., Thong, K.J., Baird, D.T. (1991). Uterine contractility and induction of abortion in early pregnancy by misoprostol and mifepristone. *The Lancet*, 338 (8777), 1233–1236.
- Queensland Clinical Guidelines. (2011). *Guideline: Early Pregnancy Loss*. Dostęp: <https://pdfs.semanticscholar.org/129a/f32f02d8c899530d7a1a8ac52e18352fe97f.pdf>
- Reeves, M.F., Lohr, P.A., Harwood, B.J., Creinin, M.D. (2008). Ultrasonographic Endometrial Thickness After Medical and Surgical Management of Early Pregnancy Failure: *Obstetrics and Gynecology*, 111 (1), 106–112. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000296655.26362.6d>
- Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie wybranych patologii wczesnej ciąży oraz postępowania w ciąży po zapłodnieniu *in vitro*. (2004). *Menopause Review*, 3 (6), 8–12.
- Shorter, J. M., Atrio, J.M., Schreiber, C.A. (2019). Management of early pregnancy loss, with a focus on patient centered care. *Seminars in Perinatology*, 43 (2), 84–94. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2018.12.005>
- Verschoor, M.A., Lemmers, M., Bossuyt, P.M., Graziosi, G.C., Hajenius, P.J., Hendriks, D.J., van Tulder, M.W. (2013). Surgical versus expectant management in women with an

incomplete evacuation of the uterus after treatment with misoprostol for miscarriage: The MisoREST trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13 (1), 102.

Vilos, G.A., Marks-Adams, J.L., Vilos, A.G., Oraif, A., Abu-Rafea, B., Casper, R.F. (2015). Medical treatment of ureteral obstruction associated with ovarian remnants and/or endometriosis: Report of three cases and review of the literature. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 22 (3), 462–468.

Dr n. med. Radosław Bernard Maksym

Zakład Zdrowia Prokreacyjnego

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Lek. Hanna Ruta

Zakład Zdrowia Prokreacyjnego

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Lek. Milena Skibińska

Studium Doktoranckie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź

Postępowanie kliniczne z mięśniakami macicy u kobiet w wieku reprodukcyjnym

Clinical management of uterine fibroids in women of reproductive age

Abstrakt:

Mięśniaki macicy to najczęstsze nowotwory człowieka, gdyż dotyczą około 40% kobiet w wieku reprodukcyjnym. Częstość występowania mięśniaków rośnie z wiekiem a przebyta ciąża wydaje się mieć ochronny wpływ – hamując ich wzrost. Mięśniaki wpływając na strukturę i funkcję macicy mogą wywoływać niepłodność i poronienia. Obserwowane w krajach wysoko uprzemysłowionych przesunięcie planów prokreacyjnych na czwartą dekadę życia sprawia, że mięśniaki stają się istotnym problemem zdrowia prokreacyjnego. Duże rozpowszechnienie, jak również łagodny charakter sprawia, że leczenie rezerwuje się dla przypadków, w których obserwuje się już objawy i indywidualizuje według potrzeb i oczekiwań pacjentek. Mięśniaki mogą powodować obfite miesiączki, objawy uciskowe oraz niepłodność, a także poronienia i porody przedwczesne. Do ustalenia postępowania spersonalizowanego niejednokrotnie użyteczne są dokładne badania obrazowe, które pozwalają ocenić liczbę, rozmiar, usytuowanie i unaczynienie mięśniaków oraz sklasyfikować je w systemie FIGO oraz skali Funaki'ego. Pacjentkom w wieku rozrodczym należy zaproponować skuteczne metody terapeutyczne, które pozwalają na zachowanie i poprawę czynności narządu płciowego. Metody zachowawcze różnią się między sobą inwazyjnością i skutecznością. Wśród metod zachowawczych, należy wymienić laparoskopowe wyłuszczenie mięśniaków oraz histeroskopową resekcję mięśniaków na drodze przezpochwowej. W ostatnim czasie pojawiły się metody prawie całkowicie nieinwazyjne, takie jak embolizacja radiologiczna oraz ultradźwiękowa termoablacja mięśniaków (HIFU). Ostatnia z nich nie wymaga nawet nacięcia skóry. Zastosowanie zogniskowanej wiązki ultradźwięków o wysokiej energii pozwala na zdalne podgrzanie mięśniaka, jego koagulację i martwicę. Następnie objawy chorobowe stopniowo ustępują. Aktualne dane wskazują na najlepsze wyniki położnicze HIFU w porównaniu z konkurencyjnymi metodami. Znajomość wpływu mięśniaków na płodność oraz możliwości współczesnej terapii pozwala dobrać najodpowiedniejszą metodę leczenia – zapewniającą jednocześnie skuteczność i bezpieczeństwo.

Słowa kluczowe: mięśniak, płodność, embolizacja, termoablacja, HIFU

Abstract:

Fibroids are the most common human tumors affecting approximately 40% of women of reproductive age. The prevalence rises with age, and pregnancy seems to have a protective effect. Fibroids change uterine anatomy and function, thus, can be a cause of infertility. Since reproductive plans are shifted to the fourth decade of life in developed countries, uterine fibroids have become an emerging issue of

reproductive health. Their high prevalence and benign characteristics imply that treatment is reserved mainly for symptomatic cases, and personalized to individual needs and expectations. The main symptoms include: heavy menstruation, tension, and infertility due to miscarriage and premature labor. The precise evaluation of the myoma number, size, localization, vascularisation, and their classification according to the FIGO and the Funaki classification system are invaluable for personalized treatment. Conservative treatment is targeted towards the maintenance and improvement of uterine function and is a method of first choice in women of reproductive age. Different treatment modalities vary by diverse invasiveness and effectiveness. Conservative methods include laparoscopic myomectomy and hysteroscopic resection. Novel, minimally-- or non-invasive methods are radiological embolization and ultrasonographic thermoablation (HIFU), the latter not even requiring skin incision. The implementation of ultrasound beams that transfer energy, remotely increases fibroid temperature. Treatment causes coagulation and concomitant aseptic necrosis. Symptoms alleviate afterwards. Current literature shows that HIFU has the best obstetrical outcomes compared to other methods. Knowledge of the influence of fibroids on fertility and the possibilities of contemporary therapeutic modalities enables treatment optimization of. Careful personalization warrants therapy effectiveness and safety.

Key words: fibroid, fertility, embolization, thermoablation, HIFU

1. Etiopatogeneza i epidemiologia mięśniaków macicy

Mięśniaki macicy to najczęstsze nowotwory łagodne u człowieka. Wywodzą się z miometrium i rosną powoli, nie naciekając okolicznych tkanek. Są to guzy słabo ukrwione i z reguły nie wytwarzają krążenia obocznego. Guzy otoczone są pseudotorebką wytworzoną z mechanicznie uciśniętych włókien mięśnia macicy (Tinelli et al., 2018). W wieku reprodukcyjnym stwierdza się je u około 2/5 pacjentek. w badaniach histopatologicznych ich występowanie można potwierdzić nawet u około 70-80% badanych narządów rozrodczych (Sparic et al., 2016).

W praktyce klinicznej niezmiernie istotne jest odróżnienie łagodnych mięśniaków macicy od mięsaków będących guzami złośliwymi, które zagrażają życiu i wymagają intensywnego radykalnego leczenia. Łagodne mięśniaki nie wymagają leczenia inwazyjnego, a niektóre metody zachowawcze będą bezpieczniejsze i równie skuteczne dla kobiet starających się o ciążę. Mięsaki stanowią relatywnie rzadką postać nowotworu macicy występując jedynie u 9 do 15 kobiet na milion, w zależności od pochodzenia etnicznego (Zanotti and Connor, 2018). w przypadku, gdy w wyniku badań obrazowych guz macicy zostanie zakwalifikowany jako łagodny mięśniak istnieje jedynie ryzyko na poziomie 0,35-0,57%, że okaże się mięsakiem (Multinu et al., 2019) . Mięsaki macicy najczęściej diagnozowane są u kobiet po menopauzie jako duże i szybko rosnące guzy. Pomocne może być stwierdzenie charakterystycznego obrazu w tomografii rezonansu magnetycznego (MRI), któremu towarzyszy podwyższenie poziomu niespecyficznego markera nowotworowego jakim jest LDH (Zanotti and Connor, 2018).

Istnieją liczne opisane czynniki ryzyka i mechanizmy powstawania mięśniaków macicy. Szacuje się, że około 60% mięśniaków macicy powstaje w wyniku aberracji chromosomalnych powstających w komórkach mięśniaka i dotyczących chromosomów

12 i 14. Do innych istotnych genów, których mutacje punktowe wiążą się z powstawaniem mięśniaków należą geny kodujące kolagen oraz geny *MED12*, *FH* i *HMGA2*. Do czynników istotnych na etapie transformacji należą nie zrównoważone poziomy progesteronu, estradiolu, insulinopodobnego czynnika wzrostu IGF-1 oraz przebieg choroby na drodze czynnika WNT- β -kateniny. Po zróżnicowaniu komórek mięśniaka uważa się, że na podział i wzrost komórek guza wpływają czynniki środowiskowe w tym: dieta, poziom witaminy D3, poziom hormonów, antyoksydanty i substancje toksyczne obecne w środowisku. Nie bez znaczenia są na tym etapie czynniki związane z angiogenezą, transformujący czynnik wzrostu β (TGF β) i witaminy z grupy A. Uważa się, że na wzrost wczesnych guzów hamujący wpływ ma poziom progesteronu. Wiąże się to z faktem, że przebieg ciąży ma ochronne działanie przed wzrostem małych mięśniaków i może prowadzić do regresji większych zmian. Mięśniaki macicy statystycznie częściej występują u pacjentek rasy czarnej. Do czynników ryzyka zaliczamy także: nieurodzenie dziecka, wysokie BMI, brak ruchu (Stewart et al., 2016).

2. Rosnące znaczenie mięśniaków macicy w medycynie prokreacyjnej

Wzrost znaczenia właściwej diagnostyki i leczenia mięśniaków macicy wynika z nakładania się dwóch niezależnych zjawisk. Częstość występowania mięśniaków macicy rośnie u nieródek i ryzyko występowania mięśniaków zwiększa się radykalnie wraz z wiekiem pacjentek. z drugiej strony kobiety dotychczas nierodzące w związku z następującymi zmianami społecznymi przesuwają plany prokreacyjne na czwartą lub nawet drugą połowę czwartej dekady życia. w grupie kobiet w wieku 20-30 lat, które w przeszłości stawały się matkami, częstość mięśniaków macicy widocznych w badaniu USG została określona na poniżej 5%. w czwartej dekadzie życia to ryzyko rośnie do około 15% i wynosi powyżej 30% po czterdziestym roku życia (Lurie et al., 2005). Wraz z rozpowszechnianiem się mięśniaków współlistnieje skokowy spadek płodności kobiecej rozpoczynający się po 35 roku życia, który zasadniczo jest nieodwracalny i w dużej mierze wynika z utraty rezerwy jajnikowej (Heffner, 2004, Jankowska et al., 2019). Zaobserwowane w ostatnich dziesięcioleciach trendy demograficzne w populacji Polski wydają się w tym kontekście niepokojące. z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że na przełomie lat 80 i 90 prawie 3/4 dzieci rodziły kobiety przed trzydziestym rokiem życia. Natomiast w roku 2017 większość porodów miała miejsce u kobiet po trzydziestym roku życia. w Polsce radykalnie zmienia się wiek zawierania pierwszego małżeństwa i rodzenia pierwszego dziecka. Polki w 1990r zawierały pierwsze małżeństwo przeciętnie w 22 roku życia i rodziły pierwsze dziecko przeciętnie przed 23 rokiem życia. Wiek zawierania pierwszego małżeństwa zbliża się obecnie do 27 roku życia, a urodzenie pierwszego dziecka następuje po 28 roku życia. w Polsce następuje przesuwanie parametrów wiekowych

o około 2 lata na dekadę i na ten moment trend wydaje się odwzorowywać zjawiska widoczne uprzednio w krajach zachodniej Europy (GUS, 2018). Wyżej wspomniane zjawiska socjologiczne i medyczne sprawiają, że liczba pacjentek z mięśniakami macicy, które starają się o pierwsze lub kolejne dzieci będzie w przyszłości znacznie większa niż poprzednio. Rozpoznanie mięśniaków macicy u wielu spośród nich nastąpi w wyniku diagnostyki niepłodności, a obfite miesiączki i ucisk nie będą pierwszym ani dominującym objawem. Pacjentki te, w przeciwieństwie do większości dotychczas leczonych kobiet z mięśniakami macicy, będą oczekiwały efektywnego leczenia mięśniaków, które dodatkowo pozwoli na zachowanie macicy, odtworzenie jej prawidłowej funkcji oraz możliwie fizjologiczny przebieg ciąży i porodu.

3. Klasyczne metody leczenia mięśniaków

Biorąc pod uwagę łagodny onkologicznie charakter mięśniaków macicy, leczenie mięśniaków ma zasadniczo charakter leczenia poprawiającego jakość życia (QoL) a rzadko leczenia ratującego życie. w związku z powyższym leczeniu podlegają jedynie mięśniaki dające objawy takie jak obfite krwawienia lub objawy uciskowe, a mięśniaki bezobjawowe z reguły mogą być tylko obserwowane. Mięśniaki macicy stanowią jedną z głównych przyczyn kwalifikacji do operacji ginekologicznych. Szacuje się, że na terenie Unii Europejskiej wykonuje się corocznie około 300 tysięcy operacji ginekologicznych z powodu mięśniaków macicy a 230 tysięcy z nich to całkowite lub nadszyjkowe wycięcia macicy (histerektomie). Jedynie w Polsce wykonuje się rocznie 35 tysięcy histerektomii i pomimo zmiany technik na mniej inwazyjne, mamy do czynienia ze znaczną inwazyjnością leczenia, które nie daje możliwości zachowania narządu rodowego (Lepka et al., 2018). Nie należy zapominać, że sam zabieg usunięcia macicy z powodu łagodnego guza jakim jest mięśniak, wiąże się z ryzykiem poważnych powikłań wynoszącym od 1,8-2,8% (Multinu et al., 2018). Natomiast śmiertelność okołoperacyjna i pooperacyjna przy tego typu zabiegach wynosi 0,38% (McPherson et al., 2004). Należy zwrócić uwagę, że te relatywnie wysokie poziomy powikłań dotyczą pacjentek względnie mało obciążonych internistycznie, zazwyczaj jeszcze miesiączkujących i operowanych z przyczyn niezwiązanych ze złośliwym procesem nowotworowym. Duże rozpowszechnienie operacji wiąże się z dużą liczbą pacjentek obciążonych powikłaniami. Zasadnym więc wydaje się promowanie nowych, mniej inwazyjnych metod leczenia mięśniaków, które pozwolą na ograniczenie liczby powikłań.

4. Mięśniaki macicy u kobiet starających się o ciążę

Poza klasycznymi objawami mięśniaków, czyli krwawieniami i uciskiem na okoliczne narządy, u kobiet w wieku prokreacyjnym dodatkowymi wskazaniami do leczenia mogą być obawa przed deformacją narządu rodnego przez szybko rosnącą zmianę oraz nawracające poronienia i problemy z uzyskaniem ciąży. u pacjentek planujących lub starających się o ciążę zmniejszenie inwazyjności technik leczenia ma na celu obniżenie ryzyka powikłań oraz odtworzenie struktury i funkcji macicy. Mięśniaki macicy modelujące jamę macicy mogą w 1-2,4% przypadków niepłodności stanowić jej jedyną przyczynę i w wielu przypadkach dołączać się do innych przyczyn niepłodności (Guo and Segars, 2012). Obecność mięśniaków macicy wiąże się z 2-3- krotnym wzrostem ryzyka poronień spontanicznych i stanowi ok. 7% przyczyn poronień nawykowych (Kroon et al., 2011, Zou et al., 2017). Istnieją dowody naukowe na to, że mięśniaki modelujące jamę macicy zmniejszają ilość ciąż i porodów oraz że usunięcie takich mięśniaków poprawia wyniki prokreacyjne. Choć modelowanie jamy macicy stanowi uznane wskazanie do leczenia, leczenie może dawać pozytywne efekty również w innych przypadkach, lecz brakuje na to wystarczających dowodów naukowych (Penzias et al., 2017).

Decyzję, co do sposobu i rozległości leczenia, uzależnione są od wieku pacjentki, jej planów i obiektywnych możliwości prokreacyjnych, uciążliwości objawów, wielkości, liczby i położenia mięśniaków, ryzyka onkologicznego. Przy podejmowaniu decyzji o zakresie leczenia istotna jest dokładna diagnostyka obrazowa, w tym badanie ultrasonograficzne oraz obrazowanie rezonansu magnetycznego, które jest niezastąpione przy ocenie dużych zmian macicy. Nie bez znaczenia przy kwalifikacji są ewentualne osobiste obawy pacjentki przed operacją i możliwa wola zachowania macicy, pomimo braku planów prokreacyjnych. Zarówno przyczyny medyczne jak i pozamedyczne sprawiają, że duża liczba pacjentek podejmuje decyzję o zastosowaniu zachowawczych metod leczenia: chirurgii małoinwazyjnej lub metod nieinwazyjnych i farmakologicznych (Silberzweig et al., 2016).

5. Oszczędzające metody lecznicze

Do inwazyjnych metod leczenia, pozwalających na zachowanie macicy należą usunięcie mięśniaków, histeroskopowa resekcja mięśniaków oraz śródoperacyjna ablacja mięśniaków z użyciem fal o częstotliwości radiowej. Usunięcie operacyjne mięśniaków macicy można wykonać metodą tradycyjną poprzez laparotomię lub minilaparotomię. Obecnie w związku ze stałą poprawą techniki operacyjnej preferowane są metody laparoskopowe, które często pozwalają na precyzyjniejsze wyodrębnienie mięśniaka i dokładne warstwowe zeszcycie macicy. Leczenie operacyjne umożliwia uzyskanie

rozpoznania histopatologicznego lecz wiąże się z możliwymi powikłaniami i ryzykiem nawrotów wynoszącym nawet do 50%. Zależnie od sposobu operacji i ewentualności otwarcia jamy macicy, staranie się o zajście w ciążę może być podjęte już po kilku miesiącach od zabiegu. Metody histeroskopowe pozwalają na usunięcie małych i średnich mięśniaków znacznie modelujących jamę macicy. Leczenie jest względnie bezpiecznie i małoinwazyjne, gdyż nie wiąże się z naruszeniem jamy otrzewnej. Metody ablacji śródoperacyjnej są nadal traktowane jako eksperymentalne i wymagają dostępności wyrafinowanego sprzętu medycznego, co sprawia, że nie są dostępne w Polsce.

W leczeniu farmakologicznym wykorzystuje się substancje z wielu grup, które poprzez wpływ na mięśniaka mają powodować jego zmniejszenie lub zahamowanie wzrostu i przez to prowadzić do redukcji objawów. Leczenie bywa skuteczne szczególnie, gdy efekt terapeutyczny pozwoli na zajście w ciążę lub gdy w niedalekiej przyszłości nastąpi przebycie menopauzy. Dodatkowo stosowanie leków może mieć miejsce w przygotowaniu do operacji, pozwalając na zmniejszenie guza i poprawę parametrów morfologii krwi przez zahamowanie krwawień. Do najczęściej stosowanych leków należą selektywne modulatory receptora progestagenowego (SPRM), analogi GnRH, progestageny, kabergolina, inhibitory aromatazy, danazol, leki przeciwkrwotoczne oraz suplementy żelaza.

Metody małoinwazyjne, które wiążą się z dostępem wewnątrznaczyniowym lub przezskórnym, stanowią ogniwo pomiędzy metodami inwazyjnymi i nieinwazyjnymi, obejmując embolizację i termoablację ultradźwiękową.

6. Embolizacja tętnicy macicznej (UAE)

Embolizacja jest techniką radiologii zabiegowej i polega na wprowadzeniu cewnika do tętnicy, wykonaniu angiografii i następnie podaniu czynnika embolizującego. Dochodzi do niedokrwienia mięśnia macicy. Mięśniaki jako zmiany nowotworowe poprzez brak krążenia obocznego oraz specyficzną budowę naczyń są nieodporne na niedokrwienie. Dochodzi do selektywnej martwicy mięśniaków. Metoda ta pozwala na zachowanie macicy i jest szczególnie skuteczna przy zmianach dobrze unaczynionych. Do działań ubocznych embolizacji należy zaliczyć silne przedłużające się dolegliwości bólowe. Ze względu na zachowanie macicy oraz możliwą niepełną martwicę mięśniaków, 1/3 pacjentek wymaga powtórzenia procedury w ciągu 5 lat. Niemniej jednak redukcja objętości mięśniaków wynosi 40-70% a z wyniku leczenia po roku od jego zastosowania, jest zadowolonych 80-90% pacjentek. Kontrowersyjna pozostaje kwestia wpływu niedokrwienia w wyniku embolizacji na rezerwę jajnikową oraz na ryzyko powstawania nowotworów macicy w przyszłości, gdyż wiadomo, że hipoksja jest ważnym czynnikiem w inicjacji i rozwoju nowotworów (Collet et al., 2016). Pomimo tego, że zajście w ciążę po embolizacji jest możliwe, wyniki położnicze uzyskane po embolizacji sprawiają, że metoda ta nie może być

rekomendowana kobietom planującym ciążę. Wśród około 500 pacjentek u których zastosowano embolizację, udało się uzyskać ciążę u około 30-70% kobiet. Wskaźnik poronień wynosił od 25 do 50% (Karlsen et al., 2018). Te wyniki są zbliżone do wyników uzyskanych u kobiet z mięśniakami macicy u których nie zastosowano żadnego leczenia przed ciążą (grupa kontrolna), co udowadnia brak wskazań do embolizacji w tej grupie pacjentek.

7. Termoablacja ultradźwiękowa (HIFU)

Od wielu lat poszukiwano metody, która pozwoli w sposób bezpieczny przetransferować energię do wnętrza guza i spowodować jego martwicę. Ze względu na konieczność przejścia przez prawidłowe tkanki ultradźwięki wydają się idealnym medium przenoszącym energię. Dzięki możliwości zogniskowania wiązki ultradźwięków transfer energii trafia w większości do objętości guza, a ilość energii rozpraszana na drodze wiązki przed jej zogniskowaniem nie powoduje istotnego wzrostu temperatury okolicznych tkanek. Termoablacja polega więc na przezskórnej transmisji energii i koagulacji termicznej zmiany w temperaturze 55-70 st. Celsjusza. Celem precyzyjnego zogniskowania wiązki opracowano systemy emisji wiązki i systemy obrazowania umożliwiające wycelowanie wiązki. Aparaty pierwszej generacji składały się z pojedynczego modułu emitującego zogniskowane ultradźwięki. Następnie liczne moduły zaczęto łączyć w głowice w aparatach drugiej generacji. w aparatach trzeciej generacji moduły emitujące ultradźwięki zyskały możliwość ruchu, możliwe więc stało się przesuwanie ogniska wiązki, bez konieczności przesuwania głowicy. Początkowo do precyzyjnego wycelowania wiązki wykorzystano obrazowanie przy użyciu tomografii rezonansu magnetycznego (MRI), który pozostaje metodą obrazowania w większości stosowanych aparatów ma świecie. Dzięki udoskonaleniu głowic w nowszych aparatach stało się możliwe jednoczesne obrazowanie ultradźwiękowe pozwalające śledzić postępy zabiegu w czasie rzeczywistym, a dzięki możliwości wykonania zabiegu bez konieczności obrazowania MRI, aparaty stały się przenośne i dużo tańsze (Ter Haar, 2016, Chang et al., 2018). Zabieg jest relatywnie dobrze tolerowany przez pacjentki dzięki skróceniu czasu jego trwania. Niewielkie dolegliwości, obecne zazwyczaj tylko w jego trakcie, są zadowalająco kontrolowane przez leki z niskich szczebli drabiny analgetycznej rekomendowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Pacjentki po kilku minutach od zakończenia zabiegu wracają do swoich codziennych aktywności, co znosi konieczność zwolnienia lekarskiego (Maksym et al., 2016). Zabieg HIFU, przy odpowiedniej kwalifikacji, stał się obecnie rozwiązaniem bezpiecznym, zarówno pod kątem powikłań okołozabiegowych, jak i możliwości prokreacyjnych w przyszłości. Po zastosowaniu tej metody w leczeniu mięśniaków macicy uzyskano ciążę u 20-47% uprzednio niepłodnych pacjentek, w tym 95% ciąż powstało w sposób naturalny. Wskaźnik poronień nie przekraczał

poziomu odpowiadającego zdrowym pacjentkom (ok 13%) wynosząc jedynie 3-10% (Liu et al., 2018, Zou et al., 2017).

Efekty metody HIFU zależą w pierwszej kolejności od właściwej kwalifikacji dokonywanej na podstawie rezonansu magnetycznego oraz osobistego badania pacjentki z uwzględnieniem spektrum zgłaszanych objawów. Skuteczność metody HIFU w dużej mierze zależy od typu i lokalizacji mięśniaka. Podczas kwalifikacji pacjentki do procedury, należy wziąć pod uwagę szereg czynników: obecność objawów, ryzyko onkologiczne, rodzaj i położenie mięśniaka, typ mięśniaka według Funaki i unaczynienie, margines pozostałej zdrowej tkanki. w badaniach własnych (publikacja danych w opracowaniu) wykazano duże znaczenie oddalenia środka mięśniaka od przedniej ściany brzucha, do której przykładą się głowicę terapeutyczną. Zabiegi wiązały się z dużą efektywnością przy oddaleniu centrum mięśniaka do 97mm od przedniej ściany brzucha dla mięśniaków typu I według Funaki i do 65mm dla mięśniaków typu II według Funaki). Dość istotne jest również unaczynienie mięśniaka, które przy znacznym przepływie krwi może szybko transportować gromadzące się ciepło w odległe lokalizacje i uniemożliwiać przeprowadzenie termoablacji (Maksym et al., 2016). Na chwilę obecną brakuje rozwiązań bioinformatycznych (algorytmów) mogących uwzględnić wszystkie istotne czynniki i precyzyjnie oszacować szansę powodzenia zabiegu. Decyzja podejmowana jest arbitralnie przez lekarza doświadczonego w kwalifikacji i leczeniu metodą HIFU.

8. Porównanie małoinwazyjnych metod leczenia pod kątem skuteczności i wyników położniczych

Brakuje badań randomizowanych, które pozwoliłyby na porównanie skuteczności i bezpieczeństwa różnych metod leczenia w tej samej grupie pacjentów. Praktyka pokazuje, że w wyniku różnorodności metod leczenia i dużego zróżnicowania pacjentek, brakuje ośrodków leczniczych, które pozwalałyby na zastosowanie wszystkich metod w jednym miejscu. Istnieją jednak próby porównywania efektów leczenia różnymi metodami przy podobnych założeniach badawczych, opierając się na metodologii porównawczego badania efektywności (comparative effectiveness research -CER).

Jednym z wymiernych parametrów oceniających skuteczność leczenia, jest procentowy udział pacjentek, które muszą być poddane ponownemu leczeniu ze względu na nawrót objawów. Wykonanie operacyjnego usunięcia mięśniaków w laparoskopii wiąże się z koniecznością ponownego leczenia u 10% pacjentek po roku obserwacji oraz u 13-16% pacjentek po 2 latach obserwacji (Subramanian et al., 2001, Nezhat et al., 1998, Rossetti et al., 2001, Doridot et al., 2001). Wykonanie embolizacji tętnicy macicznej wiąże się z ponowną koniecznością leczenia u 7-10% pacjentek po roku i u 12 do 24% pacjentek po 2 latach obserwacji (Spies et al., 2005, Goodwin et al., 2008, Sharp, 2006). Dla porównania

przeprowadzenie termoablacji mięśniaków macicy powoduje konieczność ponownego zabiegu w ciągu roku obserwacji u 6% i w ciągu 2 lat obserwacji u 13% pacjentek, jeśli udało się uzyskać ablację powyżej 60% objętości mięśniaka (Stewart et al., 2007). u 88% pacjentek leczonych HIFU uzyskiwano po roku zmniejszenie się dolegliwości klinicznych a u 11% stabilizację objawów (Gorny et al., 2011).

Interesująco wygląda porównanie danych dotyczących przebiegu ciąży i porodów po różnych metodach leczenia. w ocenianej populacji kobiet zdrowych częstość cięcia cesarskiego wynosiła 22% (w Polsce odsetek jest zdecydowanie wyższy), a do poronienia dochodziło w 5-10% przypadków. u kobiet z mięśniakami, które zaszły w ciążę bez uprzedniego leczenia, ryzyko cięcia cesarskiego wzrosło aż do 48%, a poronieniem kończyło się aż 16% ciąż. Wykonanie embolizacji lub miomektomi laparoskopowej wiązało się ze wzrostem ryzyka cięcia cesarskiego odpowiednio do 66% i 78%. Jedynie wykonanie termoablacji HIFU powodowało zmniejszenie ryzyka cięcia do 36%. Ryzyko poronienia nie spadało po wykonaniu embolizacji, natomiast wykonanie laparoskopowej miomektomii lub termoablacji HIFU zmniejszało ryzyko poronienia do poziomu kobiet zdrowych (u których nigdy nie stwierdzono mięśniaków) (Goldberg and Pereira, 2006, Homer and Saridogan, 2010, Rabinovici et al., 2010, Miller, 2009).

9. Leczenie farmakologiczne

Spośród metod leczenia farmakologicznego obecnie najbardziej uznane jest zastosowanie selektywnego modulatora receptora progestagenowego (SPRM) octanu uliprystalu. Lek stosowany jest w cyklach trzymiesięcznych w dawce 5mg dziennie. Większe dawki, również testowane klinicznie, również były dobrze tolerowane, lecz ich efektywność była niewiele większa. Poprzez wpływ na receptory progestagenowe lek ten wpływa bezpośrednio na komórki mięśniaka macicy oraz dodatkowo hamuje cykl miesięczny, redukując objawy mięśniaków. Bezpieczeństwo i efektywność leczenia wykazano w serii badań klinicznych z cyklu PEARL (Powell and Dutta, 2016). Podstawowym problemem przy zastosowaniu octanu uliprystalu, u omawianych pacjentek, jest jego niekorzystny wpływ na cykl miesięczny i płodność. Ponadto leczenie może skutkować niepożądanymi objawami począwszy od bólu głowy, piersi, uderzeń gorąca po hepatotoksyczność. Odnotowano osiem przypadków ciężkich uszkodzeń wątroby z koniecznością przeszczepu wątroby u czterech pacjentek (Farris et al., 2019). Molekularne działanie leku polega na indukcji apoptozy i zatrzymaniu podziałów komórek mięśniaka. Skuteczność kliniczna jest podobna jak analogów GnRH z dużo lepszą tolerancją. Nie zauważono wpływu na prawidłowe komórki macicy. Zastosowanie octanu uliprystalu przed zabiegiem operacyjnym pozwala uzyskać czas na wyleczenie niedokrwistości, zmniejszenie rozmiarów zmiany- ułatwienie usunięcia zmiany, zmniejszenie utraty okołoperacyjnej krwi. Leczenie można stosować również

przed embolizacją, lecz nie zaobserwowano pozytywnego jego wpływu u pacjentek, u których zaplanowano termoablację. w przypadku pacjentek starających się o ciążę podjęto próby zastosowania octanu uliprystalu celem zmniejszenia mięśniaka. Pacjentka może zaplanować ciążę bezpośrednio po odstawieniu leczenia. Obecnie opisanych jest jedynie kilkadziesiąt przypadków ciąż u kobiet po leczeniu octanem uliprystalu, trudno więc wyciągnąć wnioski co do celowości jak i bezpieczeństwa takiego leczenia, bazując na tak małej grupie pacjentek (Luyckx et al., 2014).

Podsumowanie

Nowoczesna ginekologia dysponuje szeregiem różnorodnych metod leczenia mięśniaków macicy. Wiele spośród nich pozwala na zachowanie macicy i poprawia szansę na ciążę i poród. Dokładny wywiad i diagnostyka pozwala na wybór optymalnej metody leczenia. Personalizacja polega na dopasowaniu metody do potrzeb pacjentki i pozwala na zastosowanie najmniej inwazyjnej metody przy optymalnej skuteczności. Przy skutecznym leczeniu rokowanie co do uzyskania ciąży jest dobre. Leczenie farmakologiczne wiąże się z odsunięciem możliwości starania o ciążę i w chwili obecnej brakuje informacji co do skuteczności i bezpieczeństwa takiego podejścia. Leczenie operacyjne jest skuteczną metodą, ale wiąże się z większą inwazyjnością i możliwością powikłań. Dodatkowo otwarcie jamy macicy może opóźnić zajście w ciążę. Należy pamiętać, że operacja dotycząca mięśnia macicy tradycyjnie traktowana jest jako ryzyko okołoporodowego pęknięcia macicy i skłania lekarzy do rozwiązania ciąży poprzez cięcie cesarskie. Embolizacja tętnic macicznych jest metodą umożliwiającą ciążę, lecz nie wykazano jej pozytywnego wpływu na płodność i przebieg ciąży. w związku z brakiem poprawy względem pacjentek nieleczonych, nie rekomenduje się embolizacji, gdy pacjentka zgłasza plany prokreacyjne. Jedną z najbezpieczniejszych metod leczenia mięśniaków jest metoda termoablacji HIFU, która umożliwia szybkie staranie się o ciążę i wiąże się z przebiegiem ciąży i porodu podobnym do obecnego u kobiet nigdy nie chorujących na mięśniaki. Ograniczenia metody wynikają z konieczności zogniskowania wiązki ultradźwięków i konieczności akumulacji energii termicznej, więc nie wszystkie mięśniaki będą mogły być skutecznie leczone tą metodą. U części pacjentek zaniechanie leczenia i zajście w ciążę z obecnymi mięśniakami, może być najlepszą i najbezpieczniejszą opcją. Prawidłowa kwalifikacja wymaga uwzględnienia różnorodnych czynników i praktycznej znajomości różnorodnych metod leczenia, wraz z ich ograniczeniami i unikalnymi możliwościami.

Bibliografia:

Chang, W., Lee, J.Y., Lee, J.H., Bae, J. S., Cho, Y.J., Kang, K.J., Son, K., Chung, Y.R., Lee, K.B. & Han, J.K. (2018). a portable high-intensity focused ultrasound system for the

- pancreas with 3D electronic steering: a preclinical study in a swine model. *Ultrasonography*, 37, 298-306.
- Collet, G., Szade, K., Nowak, W., Klimkiewicz, K., El Hafny-Rahbi, B., Szczepanek, K., Sugiyama, D., Weglarczyk, K., Foucault-Collet, A., Guichard, A., Mazan, A., Nadim, M., Fasani, F., Lamerant-Fayel, N., Grillon, C., Petoud, S., Beloeil, J. C., Jozkowicz, A., Dulak, J. & Kieda, C. (2016). Endothelial precursor cell-based therapy to target the pathologic angiogenesis and compensate tumor hypoxia. *Cancer Letters*, 370, 345-57.
- Doridot, V., Dubuisson, J.B., Chapron, C., Fauconnier, A. & Babaki-Fard, K. (2001). Recurrence of leiomyomata after laparoscopic myomectomy. *Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*, 8, 495-500.
- Farris, M., Bastianelli, C., Rosato, E., Brosens, I. & Benagiano, G. (2019). Uterine fibroids: an update on current and emerging medical treatment options. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 15, 157-178.
- Goldberg, J. & Pereira, L. (2006). Pregnancy outcomes following treatment for fibroids: uterine fibroid embolization versus laparoscopic myomectomy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 18, 402-6.
- Goodwin, S.C., Spies, J. B., Worthington-Kirsch, R., Peterson, E., Pron, G., Li, S. & Myers, E. R. (2008). Uterine artery embolization for treatment of leiomyomata: long-term outcomes from the FIBROID Registry. *Obstetrics & Gynecology*, 111, 22-33.
- Gorny, K.R., Woodrum, D.A., Brown, D.L., Henrichsen, T.L., Weaver, A.L., Amrami, K.K., Hangiandreou, N.J., Edmonson, H.A., Bouwsma, E.V., Stewart, E.A., Gostout, B.S., Ehman, D.A. & Hesley, G.K. (2011). Magnetic resonance-guided focused ultrasound of uterine leiomyomas: review of a 12-month outcome of 130 clinical patients. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 22, 857-64.
- Guo, X.C. & Segars, J.H. (2012). The impact and management of fibroids for fertility: an evidence-based approach. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 39, 521-33.
- Główny Urząd Statystyczny (2018). *Rocznik Demograficzny*. Warszawa: GUS.
- Heffner, L.J. (2004). Advanced maternal age--how old is too old? *The New England Journal of Medicine*, 351, 1927-9.
- Homer, H. & Saridogan, E. (2010). Uterine artery embolization for fibroids is associated with an increased risk of miscarriage. *Fertility and Sterility*, 94, 324-30.
- Jankowska, K., Maksym, R. & Zgliczyński, W. (2019). Dehydroepiandrosterone can restore the function of the ovaries – a series of 5 cases and a review of the literature. *Journal of Obstetrics and Gynecological Investigations*, 2, 11-18.
- Karlsen, K., Hrobjartsson, A., Korsholm, M., Mogensen, O., Humaidan, P. & Ravn, P. (2018). Fertility after uterine artery embolization of fibroids: a systematic review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 297, 13-25.

- Kroon, B., Johnson, N., Chapman, M., Yazdani, A. & Hart, R. (2011). Fibroids in infertility--consensus statement from ACCEPT (Australasian CREI Consensus Expert Panel on Trial evidence). *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 51, 289-95.
- Lepka, P., Jedryka, M., Misiek, M. & Matkowski, R. (2018). Hysterectomy in Poland between 2011 and 2016. Changing trends in the surgical approach to hysterectomy. *Ginekologia Polska*, 89, 529-535.
- Liu, X., Xue, L., Wang, Y., Wang, W. & Tang, J. (2018). Vaginal delivery outcomes of pregnancies following ultrasound-guided high-intensity focused ultrasound ablation treatment for uterine fibroids. *International Journal of Hyperthermia*, 35, 510-517.
- Lurie, S., Piper, I., Woliovitch, I. & Glezerman, M. (2005). Age-related prevalence of sonographically confirmed uterine myomas. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 25, 42-4.
- Luyckx, M., Squifflet, J. L., Jadoul, P., Votino, R., Dolmans, M.M. & Donnez, J. (2014). First series of 18 pregnancies after ulipristal acetate treatment for uterine fibroids. *Fertility and Sterility*, 102, 1404-9.
- Maksym, R.B., Wierzba, W. & Baranowski, W.E. (2016). The feasibility of uterine fibroid treatment with advanced ultrasound-guided HIFU system: preliminary report. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 48, 242-242.
- Mcpherson, K., Metcalfe, M.A., Herbert, A., Maresh, M., Casbard, A., Hargreaves, J., Bridgman, S. & Clarke, A. (2004). Severe complications of hysterectomy: the VALUE study. *BJOG*, 111, 688-94.
- Miller, C.E. (2009). Unmet therapeutic needs for uterine myomas. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 16, 11-21.
- Multinu, F., Casarin, J., Hanson, K. T., Angioni, S., Mariani, A., Habermann, E.B. & Laughlin-Tommaso, S. K. (2018). Practice Patterns and Complications of Benign Hysterectomy Following the FDA Statement Warning Against the Use of Power Morcellation. *JAMA Surgery*, 153, e180141.
- Multinu, F., Casarin, J., Tortorella, L., Huang, Y., Weaver, A., Angioni, S., Melis, G.B., Mariani, A., Stewart, E. A. & Laughlin-Tommaso, S.K. (2019). Incidence of sarcoma in patients undergoing hysterectomy for benign indications: a population-based study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 220, 179.e1-179.e10.
- Nezhat, F.R., Roemisch, M., Nezhat, C. H., Seidman, D. S. & Nezhat, C.R. (1998). Recurrence rate after laparoscopic myomectomy. *Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*, 5, 237-40.
- Penzias, A., Bendikson, K., Butts, S., Coutifaris, C., Falcone, T., Fossum, G., Gracia, C., Hansen, K., La Barbera, A., Mersereau, J., Odem, R., Paulson, R., Pfeifer, S., Pisarska, M., Rebar, R., Reindollar, R., Rosen, M., Sandlow, J. & Vernon, M. (2017). Removal of

- myomas in asymptomatic patients to improve fertility and/or reduce miscarriage rate: a guideline. *Fertility and Sterility*, 108, 416-425.
- Powell, M. & Dutta, D. (2016). Esmya ((R)) and the PEARL studies: a review. *Womens Health (London, England)*, 12, 544-548.
- Rabinovici, J., David, M., Fukunishi, H., Morita, Y., Gostout, B.S. & Stewart, E.A. (2010). Pregnancy outcome after magnetic resonance-guided focused ultrasound surgery (MRgFUS) for conservative treatment of uterine fibroids. *Fertility and Sterility*, 93, 199-209.
- Rossetti, A., Sizzi, O., Soranna, L., Cucinelli, F., Mancuso, S. & Lanzone, A. (2001). Long-term results of laparoscopic myomectomy: recurrence rate in comparison with abdominal myomectomy. *Human Reproduction*, 16, 770-4.
- Sharp, H.T. (2006). Assessment of new technology in the treatment of idiopathic menorrhagia and uterine leiomyomata. *Obstetrics & Gynecology*, 108, 990-1003.
- Silberzweig, J.E., Powell, D.K., Matsumoto, A.H. & Spies, J.B. (2016). Management of Uterine Fibroids: a Focus on Uterine-sparing Interventional Techniques. *Radiology*, 280, 675-692.
- Sparic, R., Mirkovic, L., Malvasi, A. & Tinelli, A. (2016). Epidemiology of Uterine Myomas: a Review. *International Journal of Fertility and Sterility*, 9, 424-35.
- Spies, J.B., Bruno, J., Czeyda-Pommersheim, F., Magee, S.T., Ascher, S.A. & Jha, R.C. (2005). Long-term outcome of uterine artery embolization of leiomyomata. *Obstetrics & Gynecology*, 106, 933-9.
- Stewart, E.A., Gostout, B., Rabinovici, J., Kim, H.S., Regan, L. & Tempany, C.M. (2007). Sustained relief of leiomyoma symptoms by using focused ultrasound surgery. *Obstetrics & Gynecology*, 110, 279-87.
- Stewart, E.A., Laughlin-Tommaso, S.K., Catherino, W.H., Lalitkumar, S., Gupta, D. & Vollenhoven, B. (2016). Uterine fibroids. *Nature Reviews Disease Primers*, 2, 16043.
- Subramanian, S., Clark, M. A. & Isaacson, K. (2001). Outcome and resource use associated with myomectomy. *Obstetrics & Gynecology*, 98, 583-7.
- Ter Haar, G. (2016). HIFU Tissue Ablation: Concept and Devices. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 880, 3-20.
- Tinelli, A., Resta, L., Sparić, R., Stefanović, A. & Malvasi, A. (2018). Pathogenesis, Classification, Histopathology, and Symptomatology of Fibroids, (w:) *Uterine Fibroids: a Clinical Casebook*, N.S. Moawad (red.), Cham: Springer International Publishing.
- Zanotti, K. & Connor, R.S. (2018). The Fibroid with Red Flags!, (in:) *Uterine Fibroids: a Clinical Casebook*, N.S. Moawad (ed.), Cham: Springer International Publishing.
- Zou, M., Chen, L., Wu, C., Hu, C. & Xiong, Y. (2017). Pregnancy outcomes in patients with uterine fibroids treated with ultrasound-guided high-intensity focused ultrasound. *BJOG*, 124 Suppl 3, 30-35.

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

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 (Dembińska, 2018; Bidzan i in., 2011; Walentynowicz-Moryl, 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 wstydlivą, 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 zdążyło 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 niezrozumianym 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 prawno-pedagogiczne, *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.

Dr n. med. Radosław Bernard Maksym
Zakład Zdrowia Prokreacyjnego
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Lek. Hanna Ruta
Zakład Zdrowia Prokreacyjnego
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Dr Łukasz Konarski
Cooltec sp. z o. o., Wrocław

Prof. CMKP dr hab. med. Michał Rabijewski
Zakład Zdrowia Prokreacyjnego
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Znaczenie optymalizacji temperatury jąder dla poprawy płodności męskiej

Optimization of testicular temperature for male fertility improvement

Abstrakt:

Wzrost liczby nieplodnych par w społeczeństwach krajów wysoko rozwiniętych staje się coraz bardziej nagłym problemem medycznym. Szacuje się, że czynnik męski nieplodności może dotyczyć nawet 8% populacji. Zaburzona produkcja plemników w wielu przypadkach wynika ze wzrostu temperatury moszny i jąder. Nieprawidłowe przegrzewanie ma miejsce z powodu żylaków powrózka nasiennego, sposobu ubierania się i niejednokrotnie stylu życia. Usytuowanie jąder w worku mosznym poza jamą brzuszną jak również układ specyficznych naczyń krwionośnych ma zapewnić optymalną temperaturę, wymaganą do prawidłowej spermatogenezy. Różnica temperatury między jamą brzuszną a jądrem powinna wynosić około 2 °C. Nieprawidłowy wzrost temperatury wywołuje apoptozę (programowana śmierć komórek) i zaburzenia dojrzewania komórek na szlaku spermatogenezy. Do chwili obecnej miało miejsce wiele podejść mających na celu obniżenie temperatury jąder. Chociaż początkowe wyniki tych prób były bardzo obiecujące, metody nie upowszechniły się, a urządzeń nie wprowadzono na rynek ze względu na liczne trudności w ich codziennym użyciu. Prezentujemy założenia dotyczące biologicznych podstaw działania oraz technicznej konstrukcji innowacyjnego urządzenia, które w sposób stabilny zapewni optymalizację temperatury spermatogenezy. Urządzenie powstaje w Polsce i opiera się na nowoczesnych rozwiązaniach elektronicznych i technicznych, niedostępnych w przeszłości. Wykazanie efektywności klinicznej urządzenia i wprowadzenie do szerokiego użycia może przyczynić się do poprawy płodności wielu par, u których męski czynnik nieplodności wiąże się z narażeniem jąder na podwyższoną temperaturę.

Słowa kluczowe: spermatogeneza, stres oksydacyjny, temperatura, płodność

Abstract:

The increasing number of infertile couples in modern societies have now become a pressing medical problem. It is estimated that even 8% of the male population can be affected by infertility. Many cases of impaired spermatogenesis are caused by increased scrotal and testicular temperature. Abnormal overheating can be a result of a scrotal varicocele, the manner of dressing, and everyday habits. The localization of the testicles in the scrotal sac outside the abdominal cavity, as well as the spatial structure of the blood vessels, are key to ensuring an optimal temperature, conducive to proper spermatogenesis. The temperature difference between the abdominal cavity and the testicle should be approx. 2°C. Overheating leads to apoptosis (programmed cell death) and improper cell development

during spermatogenesis. Recently, many attempts have been made to cool down testicles. The preliminary results were highly encouraging, however, due to multiple technical problems, such devices have not been popularized on the market. The biological basis of fertility improvement and the technical solutions applied in such devices will ensure constant temperature optimization. Such a device has been developed in Poland and utilizes innovative electronic and technical solutions that have not been previously available. The clinical effectiveness of the device has been proven and implementation for wide usage can result in the improvement of fertility of many couples with male testicular overheating problems.

Key words: spermatogenesis, oxidative stress, temperature, fertility

1. Męski czynnik niepłodności

Niepłodność małżeńska staje się jednym z ważniejszych problemów medycznych w krajach wysoko rozwiniętych. Szacuje się, że problem może dotyczyć nawet 15% populacji, a pomimo intencji posiadania potomstwa i podjętego leczenia około 2% populacji pozostanie trwale bezdzietna (Mascarenhas, et al., 2012). Przyjmuje się, że w około 20-30% przypadków za przyczynę niepowodzeń w rozrodzie odpowiedzialny jest wyłącznie czynnik męski, a zaburzenia u mężczyzn wraz z problemami u kobiet odpowiadają za około 50% przypadków niepłodności, wynika z tego że zaburzenia męskiej płodności mogą dotyczyć nawet 8% populacji męskiej (Agarwal, et al., 2015). Główną przesłanką świadcząca o zaburzeniach płodności męskiej jest niska jakość nasienia: zmniejszona koncentracja plemników, obniżenie ich ruchliwości lub zmiany w ich mikrostrukturze – morfologii plemników. Wiadomo, że produkcja plemnika jest złożonym i wieloetapowym procesem, na który wpływ może mieć wiele czynników zdrowotnych. Wśród wielu czynników wpływających niekorzystnie na jakość biologiczną nasienia ważnymi elementami są czynniki środowiskowe i styl życia współczesnych mężczyzn co szczegółowo zostało omówione w zeszłorocznym numerze Czasopisma (Maksym, et al., 2018b).

2. Wpływ temperatury na płodność męską

Istnieje silna zależność pomiędzy temperaturą spermatogenezy, jakością plemników i płodnością. Przegrzewanie jąder jest istotną przyczyną obniżonej płodności. Wzrost temperatury jąder już o 1°C prowadzi do zaburzeń w produkcji nasienia, obniżając koncentrację plemników nawet o około 40%. Niepłodni mężczyźni, niezależnie od przyczyny niepłodności mają temperaturę jąder o 0,5 °C wyższą od mężczyzn płodnych. Wiadomo, że zmiana temperatury powietrza związana ze zmianami pór roku również wpływa negatywnie na parametry nasienia - po upalnym lecie wyniki nasienia w populacji

ogólnej są zdecydowanie gorsze¹. Ciekawych informacji dostarczył eksperyment przeprowadzony niedawno na pięciu zdrowych i płodnych ochotnikach we Francji. Badano wpływ łagodnego podwyższenia temperatury (o 2°C), uzyskiwanego poprzez nieustanne noszenie specjalnie do tego celu skonstruowanego suspensorium. Jądra ochotników przemieszczone w ten sposób zostały do kanałów pachwinowych i ich temperatura zbliżyła się do wewnętrznej temperatury ciała.

Po 3 miesiącach obserwowano spadek koncentracji plemników po poziomie cryptozoospermi i czterokrotne obniżenie ruchliwości plemników pozostałych w nasieniu. Wraz z parametrami badania ogólnego nasienia drastycznym zmianom ulegała również molekularna integralność genomu plemników (Ahmad, et al., 2012). Wiadomo, że efekty te widoczne na poziomie badania nasienia i badań molekularnych mają również wpływ na płodność jak i jakość zarodków powstałych z uszkodzonych plemników (Jannes, et al., 1998).

Właściwa temperatura do przebiegu procesu spermatogenezy jest niższa od wewnętrznej temperatury ciała i wynosi 34,5-35,5°C. Powstało wiele naturalnych mechanizmów zapewniających właściwą temperaturę jąder, są nimi: mięsień dźwigacz jądra, mięśniowa błona sprężysta, system przeciwprądowego wymiennika ciepła oraz brak tkanki tłuszczowej w tkance podskórnej moszny. System przeciwprądowego wymiennika ciepła jest zapewniony dzięki, odpowiedniemu ułożeniu naczyń w powrózku nasiennym. Naczynia tętnicze biegną bocznie w stosunku do żylnych, dochodzi transferu ciepła z tętnic do żył. Dzięki temu krew płynąca tętnicą ulega ochłodzeniu przed dotarciem do jądra (Morgentaler, et al., 1999). Elementy strukturalne zapewniające odpowiednią termoregulację, to mięsień dźwigacz jądra oraz mięśniowa błona sprężysta. Skurcz tego mięśnia powoduje przesunięcie jąder do wnętrza ciała, a rozkurcz ich opuszczenie. Błona sprężysta, stanowi wewnętrzną warstwę moszny. Poprzez marszczenie skóry moszny, zmniejsza jej powierzchnię i utratę ciepła, zaś przez rozkurczenie, jej wygładzenie, zwiększenie powierzchni i ucieczkę ciepła. Ponadto proces wydzielania i parowania potu z powierzchni moszny powoduje znaczącą utratę energii cieplnej (Waites, 1991). Dla rozważań dotyczących znaczenia temperatury w procesie spermatogenezy istotny jest również fakt, że paradoksalnie sam proces wiąże się z produkcją istotnej ilości ciepła, która ma znaczenie dla bilansu energetycznego całego organizmu (Skandhan, Rajahariprasad, 2007).

Opisano liczne mechanizmy molekularne, które upośledzają produkcję plemników w sytuacji przegrzewania jąder. Stres termiczny poprzez indukcję specyficznych czynników prowadzi do zmiany ekspresji wielu genów wpływających na proces dojrzewania komórek na szlaku spermatogenezy. Poprzez różne przekaźniki, wolne rodniki oraz bezpośrednio poprzez działanie temperatury dochodzi o uszkodzeń materiału genetycznego

¹ Zjawisko to było już zaobserwowane w czasach przedhistorycznych. w niektórych kręgach kulturowych intencjonalne podgrzewanie jąder poprzez gorące kąpiele bywa traktowane jako forma antykoncepcji męskiej (Nikolopoulos, et al., 2013).

przekazywanego potomstwu oraz do zaburzenia mechanizmów naprawy genomu. Temperatura może być ponadto czynnikiem aktywującym autofagię komórkową oraz mechanizm programowanej „samobójczej” śmierci komórek spermatogenezy zwany apoptozą. w procesie udział bierze zarówno wewnątrzpochodna jak i zewnątrzpochodna droga indukcji apoptozy (Durairajanayagam, et al., 2015). w ostatnich latach opublikowano wiele prac, w których wykazano, że występowanie reaktywnych form tlenu w zwiększonej ilości zaburza czynność plemników. Istnieje wiele doniesień wykazujących, że wzrost poziomu reaktywnych form tlenu i/lub obniżenie poziomu antyoksydantów w nasieniu korelują z zaburzeniem ruchliwości plemników, nieprawidłową morfologią (Benedetti, et al., 2012) czy oligozoospermią (Guz, et al., 2013). Nowe dane wskazują na fakt, że nawet 80% zaburzeń fragmentacji DNA jest spowodowana działaniem wolnych rodników tlenowych. Wiadomo, że niewielkie stężenie reaktywnych form tlenu jest niezbędne do prawidłowej funkcji plemników, ale ich wysokie stężenie zaburza funkcje plemników. z badań wynika, że u 25% nieplodnych mężczyzn występuje w nasieniu podwyższony poziom reaktywnych form tlenu. Wydaje się, że podstawowymi przyczynami powstawania reaktywnych form tlenu w jądrze i drogach wyprowadzających nasienie są procesy zapalne i przegrzanie jąder w wyniku występowania żylaków powrózka nasiennego.

Upośledzona produkcja nasienia spowodowana ekspozycją na podwyższoną temperaturę może wynikać z występowania żylaków powrózka nasiennego, noszenia obcisłej bielizny, częstego korzystania z sauny, spędzania wielu godzin w samochodzie lub korzystania z komputera. Według badań 64% zawodowych kierowców wykazuje obniżoną jakość nasienia (Sas, Szollosi, 1979). Wykazano, że siedzenie w fotelu samochodowym w trakcie kierowania przez 2 godziny powoduje znaczny wzrost temperatury jąder, który może zaburzać spermatogenezę (Bujan, et al., 2000). Obecnie częstym narzędziem pracy są komputery, w tym przenośne laptopy (ang „*lap*” – oznacza okolicę łonowo-udową). Już godzina pracy z komputerem znajdującym się w bliskiej odległości jąder („na kolanach”) może spowodować wzrost temperatury o 2,6-2,8 °C i znaczne przekroczenie wartości optymalnej do prawidłowej spermatogenezy (Sheynkin, et al., 2005).

Badania dotyczące rodzajów bielizny są niejednoznaczne. Część badań wykazała różnicę w temperaturze moszny mężczyzn, którzy nosili luźną bieliznę, do tych noszących obcisłą rzędu 0,6 °C. Jednak nie wykazano, że noszenie luźnej bielizny jako samodzielne działanie wpływa istotnie na polepszenie płodności (Jung, et al., 2005; Munkelwitz, Gilbert, 1998). Udowodniony niekorzystny wpływ na spermatogenezę, liczbę plemników i płodność ma regularne, a nawet incydentalne korzystanie z sauny. Ekspozycja tego typu odzwierciedla się w spadku liczby plemników w nasieniu (Brown-Woodman, et al., 1984).

3. Chłodzenie jąder jako strategia terapeutyczna

Wiele publikacji wskazuje na związek między obniżeniem temperatury jąder a poprawą płodności męskiej. Dane z literatury dowodzą, że może to być efektywna strategia terapeutyczna. Negatywny wpływ wysokiej temperatury jest w pewnej mierze odwracalny. w wspomnianym wyżej badaniu eksperymentalnym, pokazującym znaczny spadek parametrów płodności u mężczyzn w sposób sztuczny przegrzewających jądra, po zdjęciu suspensoriów i powrocie do naturalnych mechanizmów chłodzenia jąder dochodziło do stopniowej poprawy. Po 2-3 miesiącach od normalizacji temperatury parametry nasienia wracały do wyjściowych, prawidłowych poziomów (Ahmad, et al., 2012). Klasyczną publikacją wykazującą wpływ wysokiej temperatury na zahamowanie spermatogenezy oraz wpływ ochłodzenia jąder na powrót spermatogenezy jest praca wykonana na zwierzęcym modelu wnętrstwa w latach 70-tych. Wykorzystano osobniki knurów, u których spontanicznie doszło do wnętrstwa, azoospermii i niepłodności. Knurom wszczepiano eksperymentalne układy chłodzące nieprawidłowo zlokalizowane jądra brzuszne. Poprzez przywrócenie prawidłowej temperatury udało się uzyskać produkcję plemników oraz potwierdzić odtworzenie prawidłowej spermatogenezy w preparatach histopatologicznych (Frankenhuis, Wensing, 1979). u mężczyzn wykazano, że zmiana sposobu ubierania i stylu życia, prowadząca do redukcji temperatury jąder, powoduje poprawę parametrów nasienia i płodności (Jung, Schuppe, 2007). Ponad to udowodniono, że leczenie operacyjne żylaków powrózka, które są jedną z głównych przyczyn przegrzewania jąder, powoduje następcze obniżenie temperatury o ponad 1 °C i poprawę spermatogenezy (Wright, et al., 1997). Udowodniono, że po leczeniu operacyjnym żylaków zmniejsza się fragmentacja DNA plemników (Wang, et al., 2012) oraz wzrasta efektywność zapłodnienia i liczba porodów, przy zmniejszeniu odsetka poronień (Esteves, et al., 2010).

Na przestrzeni lat bazując na powyższych dowodach oraz ogólnym przekonaniu o znaczeniu hipertermii jąder dla płodności przeprowadzono wiele prób obniżania temperatury jąder. Stosowano różne rozwiązania techniczne wykorzystujące wkłady mrożące, parującą ciecz lub mechaniczny ruch czynnika chłodzącego. Jedną z najbardziej udanych i opisanych prób terapeutycznych jest urządzenie kierujące strumień chłodnego powietrza na skórę moszny. Ze względu na rozmiary urządzenia leczenie było możliwe jedynie przez 6 do 8 godzin w trakcie spoczynku nocnego. Pomimo jedynie okresowego chłodzenia po 8 lub 12 tygodniach uzyskano znaczącą poprawę koncentracji, ruchliwości i morfologii plemników. Pomimo, że nie było to celem badania, odnotowano również wzrost płodności u badanych par. Badana grupa była złożona z par z długotrwałą niepłodnością, a w ciągu 12 tygodniowego okresu chłodzenia lub bezpośrednio po nim ciążę uzyskano w ok 1/3 przypadków (Jung, et al., 2001).

Nowatorskim urządzeniem wykorzystującym chłodzenie do poprawy płodności jest CoolMen wytworzony w firmie CoolTec, sp z o.o. Jest to urządzenie elektroniczne, które stale rejestruje i aktywnie reguluje temperaturę moszny, optymalizując warunki spermatogenezy. Niewielki rozmiar i wygoda pozwala na efektywne chłodzenie przez całą dobę, również ambulatoryjnie. Urządzenie jest przeznaczone dla kierowców, osób prowadzących siedzący tryb życia i pacjentów z żyłakami powróżka, ale może być stosowane jako leczenie wspomagające przez wszystkich pacjentów. Chłodzenie realizowane jest z zastosowaniem półprzewodnikowego efektu Peltiera, który bez użycia płynu chłodzącego i zawodnych elementów mechanicznych pozwala na efektywny transfer energii cieplnej. Dotychczas pozyskano środki publiczne na rozwój urządzenia, uzyskano ochronę patentową i zgodę na przeprowadzenie badania klinicznego – nr uchwały KB CMKP 61/PB/2018. Obecnie prowadzone jest badanie kliniczne pozwalające na ocenę użyteczności i efektywności leczenia przy użyciu urządzenia. Kryteria włączenia pacjentów do badania klinicznego obejmują: nieprawidłowy wynik badania nasienia, stwierdzoną niepłodność oraz brak istotnych przyczyn niepłodności po stronie partnerki. Punktami końcowymi badania poza zmianą parametrów nasienia w badaniu ogólnym i fragmentacji DNA, będzie ocena dolegliwości u uczestników oraz poprawa płodności (Maksym, et al., 2018a).

Podsumowanie

Przegrzewanie jąder jest istotnym czynnikiem obniżającym płodność u mężczyzn i może być jednym z decydujących przyczyn niepłodności. Zmniejszenie ekspozycji jąder na temperaturę poprzez chłodzenie moszny jest działaniem poprawiającym parametry nasienia i płodność o udowodnionej skuteczności. Potwierdzono, że unikanie źródeł ciepła, zmiana sposobu ubierania i stylu życia jest ważnym czynnikiem wspierającym płodność. Podjęto próby zastosowania rozwiązań technicznych obniżających temperaturę moszny, a wyniki były obiecujące. Urządzenia nie rozpowszechniły się ze względu na brak możliwości wygodnego i przenośnego stosowania na co dzień. Trwają prace nad wdrożeniem wygodnych do zastosowania i przenośnych urządzeń, których powstanie jest możliwe dzięki postępowi technicznemu. Udowodnienie skuteczności nowych urządzeń może przynieść istotną zmianę w postępowaniu z niepłodnymi pacjentami².

Bibliografia:

Agarwal, A., Mulgund, A., Hamada, A., Chyatte, M.R. (2015). a unique view on male infertility around the globe, *Reproductive Biology and Endocrinology*, 13, 37.

² Publikacja powstała przy wsparciu Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, numer grantu POIR.01.01.01-00-0966/16.

- Ahmad, G., Moinard, N., Esquerre-Lamare, C., Mieusset, R., Bujan, L. (2012). Mild induced testicular and epididymal hyperthermia alters sperm chromatin integrity in men, *Fertility and Sterility*, 97, 546-553.
- Benedetti, S., Tagliamonte, M. C., Catalani, S., Primiterra, M., Canestrari, F., De Stefani, S., Palini, S., Bulletti, C. (2012). Differences in blood and semen oxidative status in fertile and infertile men, and their relationship with sperm quality, *Reproductive BioMedicine Online*, 25, 300-306.
- Brown-Woodman, P.D., Post, E.J., Gass, G.C. & White, I.G. (1984). The effect of a single sauna exposure on spermatozoa, *Archives of Andrology*, 12, 9-15.
- Bujan, L., Daudin, M., Charlet, J.P., Thonneau, P., Mieusset, R. (2000). Increase in scrotal temperature in car drivers, *Human Reproduction*, 15, 1355-1357.
- Durairajanayagam, D., Agarwal, A., Ong, C. (2015). Causes, effects and molecular mechanisms of testicular heat stress, *Reproductive BioMedicine Online*, 30, 14-27.
- Esteves, S.C., Oliveira, F.V., Bertolla, R.P. (2010). Clinical outcome of intracytoplasmic sperm injection in infertile men with treated and untreated clinical varicocele, *Journal of Urology*, 184, 1442-1446.
- Frankenhuis, M.T., Wensing, C.J. (1979), Induction of spermatogenesis in the naturally cryptorchid pig. *Fertility and Sterility*, 31, 428-33.
- Guz, J., Gackowski, D., Foksinski, M., Rozalski, R., Zarakowska, E., Siomek, A., Szpila, A., Kotzbach, M., Kotzbach, R., Olinski, R. (2013). Comparison of oxidative stress/DNA damage in semen and blood of fertile and infertile men, *PLOS ONE*, 8, e68490.
- Jannes, P., Spiessens, C., Van Der Auwera, I., D'hooghe, T., Verhoeven, G., Vanderschueren, D. (1998). Male subfertility induced by acute scrotal heating affects embryo quality in normal female mice, *Human Reproduction*, 13, 372-375.
- Jung, A., Eberl, M., Schill, W.B. (2001). Improvement of semen quality by nocturnal scrotal cooling and moderate behavioural change to reduce genital heat stress in men with oligoasthenoteratozoospermia, *Reproduction*, 121, 595-603.
- Jung, A., Leonhardt, F., Schill, W.B., Schuppe, H.C. (2005). Influence of the type of undertrousers and physical activity on scrotal temperature, *Human Reproduction*, 20, 1022-7.
- Jung, A., Schuppe, H.C. (2007). Influence of genital heat stress on semen quality in humans, *Andrologia*, 39, 203-215.
- Maksym, R., Konarski, Ł., Partyka, D., Rabijewski, M. (2018a). Optimization of spermatogenesis temperature for fertility improvement, *Advances in Andrology Online*, 5, 13.
- Maksym, R., Kuźmińska, I., Rabijewski, M. (2018b). Environmental factors of male infertility. Fertility potential optimization possibilities, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 3, 207-232.

- Mascarenhas, M.N., Flaxman, S.R., Boerma, T., Vanderpoel, S., Stevens, G.A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys, *PLOS Medicine*, 9, e1001356.
- Morgentaler, A., Stahl, B.C., Yin, Y. (1999). Testis and temperature: an historical, clinical, and research perspective, *Journal of Andrology*, 20, 189-195.
- Munkelwitz, R., Gilbert, B.R. (1998). Are boxer shorts really better? a critical analysis of the role of underwear type in male subfertility, *Journal of Urology*, 160, 1329-1333.
- Nikolopoulos, I., Osman, W., Haoula Z., Jayaprakasan, K., Atiomo, W. (2013). Scrotal cooling and its benefits to male fertility: a systematic review, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 33, 338-342.
- Sas, M., Szollosi, J. (1979). Impaired spermiogenesis as a common finding among professional drivers, *Archives of Andrology*, 3, 57-60.
- Sheynkin, Y., Jung, M., Yoo, P., Schulsinger, D., Komaroff, E. (2005). Increase in scrotal temperature in laptop computer users, *Human Reproduction*, 20, 452-5.
- Skandhan, K.P., Rajahariprasad, A. (2007). The process of spermatogenesis liberates significant heat and the scrotum has a role in body thermoregulation, *Medical Hypotheses*, 68, 303-7.
- Waites, G.M. (1991). Thermoregulation of the scrotum and testis: studies in animals and significance for man, *Advances in Experimental Medicine Biology*, 286, 9-17.
- Wang, Y.J., Zhang, R.Q., Lin, Y.J., Zhang, R.G., Zhang, W.L. (2012). Relationship between varicocele and sperm DNA damage and the effect of varicocele repair: a meta-analysis, *Reproductive BioMedicine Online*, 25, 307-314.
- Wright, E.J., Young, G.P., Goldstein, M. (1997). Reduction in testicular temperature after varicocelectomy in infertile men, *Urology*, 50, 257-259.

Prof. CMKP dr hab. med. Michał Rabijewski
Zakład Zdrowia Prokreacyjnego,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Hormonalna stymulacja spermatogenezy u mężczyzn z zaburzeniami płodności

Hormonal stimulation of spermatogenesis in men with impaired fertility

Abstrakt:

Wrodzone lub nabyte zaburzenia czynności przysadki mogą prowadzić do zaburzeń płodności u mężczyzn. Najczęstszą jednostką chorobową jest hipogonadyzm hipogonadotropowy (HH). w postaci wrodzonej HH występują zaburzenia syntezy, uwalniania lub działania gonadoliberyny (GnRH), opóźnienie dojrzewania i bezpłodność, natomiast nabyty HH objawia się najczęściej obniżoną płodnością. u młodych mężczyzn z wrodzonym HH po stymulacji dojrzewania oraz u pacjentów z nabytym HH konieczna jest hormonalna stymulacja spermatogenezy. u mężczyzn z HH oraz zaburzeniami płodności leczenie gonadotropin stymuluje spermatogenezę i umożliwia uzyskanie potomstwa metodami naturalnymi lub z zastosowaniem technik rozrodu wspomaganego, natomiast gonadotropiny nie są zalecane u mężczyzn z idiopatyczną niepłodnością oraz prawidłowymi stężeniami hormonu luteinizującego (LH) i folikulotropowego (FSH).

Słowa kluczowe: niepłodność, hipogonadyzm hipogonadotropowy, spermatogeneza

Anstract:

Congenital or acquired disorders of hypophysis may led to impaired fertility in men. The most common is hypogonadotropic hypogonadism (HH). Congenital HH is caused by reduction of synthesis, secretion or action of gonadoliberein GnRH), and is characterized by an absence of puberty and infertility, while acquired HH is associated mainly with impaired fertility. In young men with congenital HH after stimulation of puberty and in patients with acquired HH, hormonal stimulation of spermatogenesis is necessary. In patients with HH and impaired fertility gonadotropin therapy effectively stimulates or improves spermatogenesis, and may help the patient obtain offspring using the natural method or with the use of assisted reproduction techniques, while gonadotropins are not recommended for men with idiopathic infertility and normal luteinizing hormone (LH), and follicle-stimulating hormone (FSH) levels.

Key words: infertility, hypogonadotropic hypogonadism, spermatogenesis

Wprowadzenie

Zaburzenia płodności dotyczą obecnie nawet 15% par i w około 40-50% przypadków są spowodowane czynnikiem męskim (Gnoth, Godehardt, Frank-Herrmann, i in. 2005). Najczęściej rozpoznawana jest pierwotna niedomoga jąder z zaburzoną spermatogenezy (Jungwirth, Giwercman, Tournaye, i in., 2012), jednakże wyniki leczenia farmakologicznego zaburzeń płodności u mężczyzn są niezadowalające a pacjenci z hipogonadyzmem hipogonadotropowym (*hypogonadotropic hypogonadism* - HH) są jedyną grupą chorych, u których stymulacja spermatogenezy istotnie zwiększa wskaźniki płodności.

Spermatogeneza w nabłonku plemnikotwórczym pozostaje pod kontrolą osi podwzgórzowo-przysadkowo-gonadowej (*hypothalamo-pituitary-gonadal axis* - HPG). Gonadoliberyna (GnRH) produkowana w podwzgórzcu pulsacyjnie pobudza gonadotropiny przedniego płata przysadki, gdzie pod jej wpływem uwalniane są hormony gonadotropowe: hormon luteinizujący (LH) oraz hormon folikulotropowy (FSH). Odpowiadają one za dojrzewanie i czynność jąder. Do osiągnięcia prawidłowej spermatogenezy konieczne są obie gonadotropiny - LH pobudza syntezę testosteronu przez komórki Leydiga, natomiast FSH wpływa na komórki Sertolego i aktywuje dojrzewanie plemników (Weinbauer, Luetjens, Simoni, i in., 2010).

Mężczyźni z chorobami układu podwzgórzowo-przysadkowego mają obecnie duże szanse na uzyskanie potomstwa metodami naturalnymi lub technikami rozrodu wspomaganego po zastosowaniu hormonalnej stymulacji spermatogenezy.

1. Wrodzony hipogonadyzm hipogonadotropowy

Wrodzony hipogonadyzm hipogonadotropowy (*congenital hypogonadotropic hypogonadism* - CHH) ma podłoże genetyczne i objawia się częściowym lub całkowitym brakiem dojrzewania płciowego w związku z upośledzeniem sekrecji gonadotropin wtórnym do braku lub zaburzonego działania GnRH. CHH klasycznie dzielimy na 2 typy: zespół Kallmanna z towarzyszącą anosmią lub upośledzeniem węchu (50-60% przypadków) oraz innymi wadami genetycznymi (zaburzenia budowy czaszki i zębów, hyperteloryzm, clinodactylia, syndactylia, jednostronna agenezja nerki i inne rzadkie wady) oraz tzw. non-Kallmann syndrom (40-50% pacjentów z CHH, bez zaburzeń węchu i wad genetycznych). W zespole Kallmanna hiposmia/anosmia wynika z hipoplazji/aplazji opuszek węchowych, a hipogonadyzm jest wynikiem braku GnRH spowodowanego defektem migracji neuronów GnRH do podwzgórzcu (tamże). CHH ma podłoże genetyczne a jego częstość CHH wynosi 1/4000 do 1/10 000 mężczyzn (Seminaro, Hayes, Crowley, 1998).

2. Nabyty oraz czynnościowy hipogonadyzm hipogonadotropowy

Nabyty hipogonadyzm hipogonadotropowy (*acquired hypogonadotropic hypogonadism* - AHH) może być wynikiem chorób albo zaburzeń funkcji układu podwzgórzowo-przysadkowego i często współwystępuje niedoczynność innych osi hormonalnych. Do przyczyn należą: sarkoidoza, limfocytowe zapalenie przysadki, histiocytoza, niedoczynność tarczycy, hemochromatoza i gruczolaki przysadki. Nabyty w wieku dorosłym izolowany HH (*adult-onset isolated HH*) może być wynikiem stosowanych leków, chorób układowych lub hiperprolaktynemii (Silveira, MacColl, Bouloux, 2002).

Czynnościowy HH (*functional HH - FHH*) może występować u chorych narażonych na przewlekły stres, nadmierny wysiłek fizyczny, restrykcyjną dietę oraz u osób otyłych oraz stosujących doping farmakologiczny i obserwujemy u nich zahamowanie sekrecji GnRH (Corona, Rastrelli, Reisman, i in., 2018).

U pacjentów z AHH i FHH występują zaburzenia spermatogenezy oraz hipogonadyzm, ale podstawą leczenia jest usunięcie przyczyny zaburzeń sekrecji GnRH, a leczenie hormonalne jest stosowane rzadko i nie jest postępowaniem przyczynowym.

3. Diagnostyka hipogonadyzmu hipogonadotropowego

CHH należy podejrzewać u chłopców z brakiem, opóźnionym lub niepełnym dojrzewaniem i należy go różnicować z konstytucjonalnym opóźnieniem dojrzewania i wzrastania (*constitutional delay of growth and puberty - CDGP*) (Varimo T, Miettinen, Käänsköski, i in., 2017). Natomiast u mężczyzn w wieku dojrzałym HH należy podejrzewać u pacjentów z niedoborem testosteronu i/lub niepłodnością (Silveira, MacColl, Bouloux, 2002).

W wywiadach należy zwrócić uwagę na wnetrostwo, zaburzenia łaknienia, choroby przewlekłe prowadzące do utraty masy ciała, chemioterapie lub radioterapię, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie i z urazy jąder. Należy także zwrócić uwagę na zaburzenia współistniejące z CHH, jak: anosmia lub upośledzenie węchu, zaburzenia wzroku, agenezje nerek oraz zaburzenia rozwoju zębów i palców. Należy uwzględnić aktywność fizyczną oraz stosowane leki i używki (opioidy, steroidy androgenowo-anaboliczne) (Young, 2012).

Badanie przedmiotowe musi uwzględniać ocenę węchu (olfaktometria), stopień dojrzałości płciowej według Tannera oraz USG jąder. w niektórych przypadkach konieczne jest wykonanie rezonansu magnetycznego przysadki, gdy podejrzewamy nabyty HH w przebiegu gruczolaków podwzgórza, oraz szypuły i przysadki. u pacjentów z opóźnionym dojrzewaniem należy ocenić wiek kostny (Ferreira, Silveira, Latronico, 2013).

Ocena hormonalna u chorych z HH skupia się na badaniach stężeń LH, FSH i testosteronu a niekiedy także ACTH, TSH, fT4, prolaktyny, kortyzolu, hormonu wzrostu i IGF-1. Diagnostyka różnicowa HH i CDGP wymaga wykonania testów stymulacyjnych (Binder, Schweizer, Blumenstock, 2015; Harrington, Palmert, 2012). Wskazana jest ocena spermogramu, zwłaszcza u pacjentów z nabytym HH i chcących posiadać dzieci. Nie ma konieczności oceny nasienia u chłopców z CHH i opóźnionym dojrzewaniem do czasu uzyskania dojrzałości płciowej w wyniku stymulacji hormonalnej. Wskazane jest również poradnictwo genetyczne. (Boehm U, Bouloux PM, Dattani MT, et al., 2015).

4. Indukcja dojrzewania u chorych z CHH

U chłopców z CHH, zanim zaczniemy stymulować spermatogenezę należy zainicjować dojrzewanie i osiągnąć prawidłową wirylizację. Jeżeli pacjent prezentuje objawy opóźnionego dojrzewania w wieku 14 lat (przeddojrzewanowe stężenia LH, FSH i testosteronu, wielkość jąder <4 ml), niezwłocznie po postawieniu rozpoznania CHH należy rozpocząć leczenie testosteronem, zwykle w postaci estrów domięśniowych (Palmert, Dunkel, 2012). Dawkę dobieramy na podstawie doświadczeń ośrodka prowadzącego leczenie i rzadko rozpoczynamy leczenie u chłopców <14 roku życia. Zwykle zaczynamy od podawania estrów testosteronu (enantan) w dawkach 50 mg co 28 dni i stopniowo zwiększamy dawkę do pełnej dawki (100-200 mg/2 tygodnie) w okresie 18-24 miesięcy. Osiągnięcie pełnej androgenizacji wymaga nawet 3 lata i zależy od wieku w którym rozpoczęto terapię. Takie postępowanie umożliwi osiągnięcie estymowanego wzrostu docelowego i dojrzałości płciowej (Boehm, Bouloux, Dattani, 2015).

Jeżeli leczenie CHH rozpoczynamy późno (po 16 roku życia) i pacjent prezentuje objawy opóźnionego dojrzewania, stosujemy wyższe dawki testosteronu (100-200 mg enantanu testosteronu co 14-28 dni). Leczenie testosteronem nie powoduje dojrzewania jąder a jeżeli w jego trakcie obserwuje się powiększanie ich objętości to świadczy to o odwracalnym CHH (10-20%) i wymaga ponownej oceny osi HPG po odstawieniu testosteronu (Raivio, Falardeau, Dwyer, i in., 2007). Stymulacja dojrzewania testosteronem u pacjentów z CHH nie zamyka drogi do skutecznej stymulacji spermatogenezy.

5. Sposoby hormonalnej stymulacji spermatogenezy u chorych z HH

Leczenie GnRH

Leczenie GnRH jest skuteczne u pacjentów z podwzgórzową przyczyną HH pod warunkiem zachowania czynności hormonalnej przysadki oraz braku mutacji genu kodującego receptor dla GnRH w przysadce (Dwyer, Hayes, Plummer, i in., 2010). GnRH jest podawane pulsacyjnie za pomocą pompy infuzyjnej i skutecznie stymuluje syntezę LH i FSH przez przysadkę. Stosowanie GnRH jest drogie i zarezerwowane dla niewielkiej grupy chorych. Bolusy z GnRH podaje się podskórnie co 120 minut w początkowej dawce 4 µg/bolus i dawka jest zwiększana o 2 µg co 4 tygodnie do osiągnięcia stężenia testosteronu w zakresie 12-24 nmol/l. Prawidłowe stężenia testosteronu uzyskuje się po 3 do 12 miesiącach leczenia w zależności od dojrzałości jąder. Dawka niezbędna do indukcji spermatogenezy wynosi od 4 do 20 µg GnRH/bolus (25-600 ng/kg GnRH/bolus). Aby uzyskać zadowalającą spermatogenezę potrzeba od 1 do 3 lat leczenia a okres ten jest dłuższy u chorych z komponentą pierwotnego hipogonadyzmu (np. po przebytych wnetrostwie).

Leczenie gonadotropinami LH/FSH

U chorych z podwzgórzową lub przysadkową przyczyną HH skuteczne jest stymulowanie dojrzewania, syntezy testosteronu oraz spermatogenezy za pomocą gonadotropin LH i FSH. Stosuje się gonadotropinę kosmówkową hCG, która działa jak LH i skutecznie pobudza komórki Leydiga do syntezy testosteronu. Hormon folikulotropowy – FSH jest niezbędny do zainicjowania spermatogenezy w okresie dojrzewania oraz w wieku późniejszym do podtrzymywania spermatogenezy (Holdcraft, Braun, 2004) i stosowany jest w formie gonadotropiny menopauzalnej – hMG.

Leczenie gonadotropinami rozpoczyna się od podawania hCG podskórnie lub domięśniowo przez 3-6 miesięcy celem stymulacji syntezy testosteronu niezbędnego w dalszych etapach spermatogenezy (Rohayem, Nieschlag, 2017). u niektórych pacjentów z częściowo zachowaną produkcją gonadotropin stosowanie hCG w monoterapii może zainicjować spermatogenezę (Weinbauer GF i in., 2010). Jeżeli po zastosowaniu hCG nadal obserwujemy azoospermie, konieczne jest dołączenie do leczenia hMG (Rohayem, Nieschlag, 2017).

U młodych chłopców przed osiągnięciem docelowego wzrostu i wiekiem kostnym <16 lat należy stosować małe dawki hCG celem powolnego, stopniowego wzrostu stężenia testosteronu do wartości niskich i średnich charakterystycznych dla zdrowych, młodych mężczyzn. Zbyt wysokie stężenia testosteronu powodują przedwczesne zarastanie przynasad kości długich i nieosiągnięcie wzrostu docelowego. w czasie leczenia może pojawić się przejściowa ginekomastia i trądzik, podobnie jak u zdrowych chłopców w okresie dojrzewania. Czas niezbędny do uzyskania prawidłowej wielkości jąder i aktywacji spermatogenezy wynosi około 2-3 lata. Ponad 70% mężczyzn osiągnie prawidłową wielkość jąder i u ponad 90% pacjentów w nasieniu pojawią się plemniki (Boehm i in., 2015; Ferreira i in., 2013; Rohayem i in., 2017; Young, 2012).

U chłopców z brakiem/opóźnionym dojrzewaniem i późnym rozpoznaniem HH w młodości oraz u tych, którzy wcześniej byli leczeni testosteronem, zwykle obserwujemy już wzrost docelowy i u tych dorosłych mężczyzn stosujemy wyższe dawki hCG i szybciej je zwiększamy, ponieważ nie zahamujemy już procesu wzrastania. Natomiast u tych chorych sukces terapii w postaci uzyskania spermatogenezy występuje rzadziej (65-90%) (Boehm i in., 2015; Ferreira i in., 2013).

U większości pacjentów leczonych hCG bądź hCG/hMG udaje się uzyskać plemniki w ejakulacie (Liu, Baker, Jayadev, i in. 2009; Warne, Decosterd, Okada, i in. 2009). Na sukces stymulacji spermatogenezy wpływają liczne czynniki, jak przebyte wnetrostwo, które zmniejsza szansę stymulacji i wymaga dłuższego leczenia oraz objętość jąder. Przeprowadzona w 2014 roku metaanaliza badań u pacjentów z CHH wykazała, że w trakcie leczenia hCG/hMG średnia koncentracja plemników wynosiła 5,9 mln/ml (4,7 – 7,1 mln/ml) (Rohayem i in., 2017).

6. Schemat postępowania u pacjentów z CHH w wieku przeddojrzewaniowym

Powyżej opisano stymulację dojrzewania u pacjentów z CHH z zastosowaniem testosteronu. Możemy także rozpocząć leczenie od stymulacji gonadotropinami. Po stwierdzeniu przedpokwitaniowych stężeń testosteronu (0,1 ng/ml), braku cech dojrzewania i objętości jąder <4 ml, rozpoczynamy leczenie od dawki 2x250-500 IU hCG/tydzień podskórnie oraz zwiększamy dawkę o 250-500 IU co 6 miesięcy do maksymalnej dawki 3x2500 IU hCG/tydzień. Celem leczenia jest osiągnięcie „dojrzewaniowych” stężeń testosteronu ($\geq 1,5$ ng/ml, tj. 5,2 nmol/l) po około 6 miesiącach leczenia oraz stężeń $\geq 3,5$ ng/ml (≥ 12 nmol/l) po 12 miesiącach leczenia. Po osiągnięciu stężenia testosteronu $\geq 1,5$ ng/ml dołączamy hMG w dawce 3x75-150 IU/tydzień (Boehm i in., 2015; Rohayem i in., 2017; Young, 2012). Taki schemat jest możliwy do stosowania u pacjentów rokujących długie leczenie hCG/hMG, co jest trudne ze względów finansowych. Jeżeli jest to niemożliwe, stosujemy go po osiągnięciu pełnej androgenizacji testosteronem z perspektywą bankowania nasienia do czasu wykorzystania w technikach rozrodu wspomaganego.

U pacjentów z częściową/prawidłową androgenizacją oraz przeddojrzewaniowym HH stymulację spermatogenezy rozpoczynamy od pełnej dawki hCG – 2x1500 IU hCG/tydzień. Monoterapia hCG może być skuteczna u chorych z objętością jąder >4 ml. Dawkę należy zredukować w przypadku pojawienia się poliglobulii, ginekomastii lub trądzika. Jeżeli po 6-9 miesiącach leczenia stężenie testosteronu będzie nadal <12 nmol/l, należy zwiększyć dawkę hCG o 500-1000 IU na iniekcję do maksymalnej dawki 3x2500 IU/tydzień. Po 3-6 miesiącach stosowania hCG dołączamy hMG w dawce 3x75-150 IU/tydzień (Rohayem i in., 2017; Young, 2012).

7. Schemat postępowania u pacjentów z HH w wieku podojrzewaniowym

U pacjentów z AHH, wielkość jąder jest najczęściej prawidłowa, ale jeśli niedobór gonadotropin był długotrwały, można spodziewać się zmniejszenia objętości jąder i zahamowania spermatogenezy. Ze względu na wysokie koszty leczenia gonadotropinami podejmuje się je, gdy celem jest ojcostwo, w innych przypadkach stosujemy leczenie zastępcze testosteronem. Jeżeli stymulację spermatogenezy prowadzi się u pacjenta w wcześniejszym prawidłowym rozwoju jąder lub objętością >4ml, odpowiedź komórek Leydiga (wzrost stężenia testosteronu do wartości prawidłowych) obserwuje się po 1-3 miesiącach terapii hCG. w wielu przypadkach takie leczenie wystarczy do stymulacji spermatogenezy. Jednak długotrwałe stosowanie hCG w monoterapii powoduje zahamowanie rezydualnego wydzielania FSH, dlatego dołączenie hMG jest często konieczne. Obecność plemniów w nasieniu stwierdza się zwykle po 3-9 miesiącach terapii hCG/hMG. Po osiągnięciu zadowalającej spermatogenezy można kontynuować leczenie

samym hCG przez wiele miesięcy u chorych z zachowanym rezydualnym wydzielaniem gonadotropin.

Pełna, początkowa dawka hCG wynosi 2x1500 IU/tydzień i należy ją zmniejszyć w przypadkach polycytemii, ginekomastii lub trądzika. Jeżeli stężenia testosteronu pozostają poniżej normy (< 12 nmol/l) po 3-6 miesiącach leczenia należy zwiększać dawkę o 500-1000 IU na iniekcję co 3-6 miesięcy do maksymalnej dawki 3x2500 IU/tydzień. U chorych z utrzymującą się azoospermią po 6 miesiącach stosowania hCG, należy dołączyć hMG w maksymalnej dawce 3x150 IU/tydzień (Boehm i in., 2015; Rohayem i in., 2017).

8. Monitorowanie i skuteczność leczenia

Ocena stężeń LH, FSH, testosteronu oraz objętości jąder powinna być wykonywana co 3-6 miesięcy w czasie stymulacji gonadotropinami. Do osiągnięcia wieku kostnego 16 lat (lub wzrostu docelowego) należy go oceniać raz do roku. Szczególnie ważne jest kontrolowanie stężeń LH, ponieważ jeżeli w czasie stosowania hCG/hMG wzrośnie >1 U/l może to oznaczać, że obserwujemy rzadki przypadek odwracalnego HH lub z błędną diagnozą HH, a pacjent cierpi na CDGP i kontynuacja terapii hCG/hMG nie jest konieczna. Po osiągnięciu dojrzałości płciowej należy wykonywać spermogram co 3 miesiące leczenia do osiągnięcia plateau w 2 kolejnych badaniach lub uzyskania ciąży.

Stymulacja spermatogenezy za pomocą hCG zajmuje zwykle 4-6 miesięcy a hMG jest dodawane zwykle, gdy koncentracja plemników nadal utrzymuje się <10 mln/ml i jest zwiększana do dawki maksymalnej (150 IU sc 3/tyd.), jeżeli nie doszło do zapłodnienia lub koncentracja plemników pozostaje <20 mln/ml po 6 miesiącach terapii skojarzonej hCG/hMG. Zwykle do zapłodnienia dochodzi po 2-3 latach leczenia gonadotropinami przy koncentracji plemników między 5 a 20 mln/ml, ale może ono wystąpić przy koncentracji <5 mln/ml (Liu i in., 2009).

Prawidłową wielkość jąder, pełną spermatogenezę oraz docelowe stężenia testosteronu osiąga się później i trudniej u pacjentów z zespołem Kallmanna i w przypadkach braku cech dojrzewania w porównaniu z pacjentami z niepełnym dojrzewaniem oraz z HH nabytym po okresie dojrzewania. Stężenie inhibiny B - markera czynności komórek Sertolego oraz wyjściowa objętość jąder, odzwierciedlają czynność i dojrzałość nabłonka plemnikotwórczego. Wyższe wartości obu parametrów wskazują na większy potencjał uzyskania spermatogenezy. u pacjentów z HH oraz przebyłym wnetrostwem obserwuje się uszkodzenie komórek germinalnych i gorsze rokowanie. Wnetrostwo często obserwujemy u chorych z zespołem Kallmanna, ale jego obecność, szczególnie jednostronnego, nie wyklucza skutecznej stymulacji spermatogenezy.

Ciąże uzyskuje się u 40-55% partnerek mężczyzn z HH poddanych stymulacji hormonalnej, także w przypadkach obniżonej liczby plemników, jeżeli inne parametry

nasienia są prawidłowe. Jednak u 12,5% do 20% pacjentów wymaga technik rozrodu wspomaganego. Techniki ART (assisted reproductive technology) są skuteczniejsze u mężczyzn, u których osiągnięto maksymalne wymiary jąder. Zapłodnienie jest osiągane w 50–60% procedur ICSI, a ciąży w około 1/3 cykli (Resorlu, Abdulmajed, Kara, i in., 2009).

9. Zahamowanie osi HPG i HH spowodowany lekami

Długotrwałe stosowanie steroidów androgenowo-anabolicznych (SAA), a także naturalnego testosteronu prowadzi do zahamowania osi HPG. Po odstawieniu preparatów hormonalnych dochodzi do przywrócenia funkcji generatora pulsów GnRH po 3 do 24 miesięcy. w praktyce klinicznej opisano wiele metod hormonalnej pobudzenia osi HPG po zahamowaniu SAA z użyciem hCG lub antyestrogenów. Często stosowane antyestrogeny (inhibitory aromatazy, selektywne modulatory receptorów estrogenowych – SERM) mogą powodować ginekomastię lub są hepatotoksyczne, poza tym nie są zarejestrowane w Polsce do stosowania u mężczyzn. Dlatego najlepszym rozwiązaniem jest oczekiwanie na samoistne odblokowanie osi HPG. Zahamowanie wydzielania GnRH powodują także morfina, heroina oraz metadon a także stosowanie agonistów GnRH, mających zastosowanie w leczeniu przedwczesnego dojrzewania oraz raka gruczołu krokowego.

10. Gonadotropiny w leczeniu niepłodności idiopatycznej

Pacjenci z podwyższonymi stężeniami gonadotropin lub izolowanym wzrostem stężenia FSH nie odniosą korzyści z leczenia gonadotropinami. Nie należy również stosować gonadotropin u pacjentów z idiopatycznymi zaburzeniami spermatogenezy i prawidłowymi stężeniami LH, FSH i testosteronu. Nie ma obecnie dowodów, że u tych chorych stosowanie gonadotropin jest skuteczne. Gonadotropiny mogą być skuteczne u pacjentów z niedoborem gonadotropin na tle patologii przysadki (gruczolaki przysadki lub szypuły), jednak istotny klinicznie niedobór gonadotropin występuje tylko u chorych z niskimi stężeniami testosteronu (zwykle <1 ng/ml). w praktyce nie należy stosować leczenia gonadotropinami u pacjentów ze stężeniem FSH > 8 IU/l.

Z drugiej strony istnieją badania wskazujące na skuteczność terapii gonadotropinami u mężczyzn z idiopatycznymi zaburzeniami spermatogenezy i prawidłowymi stężeniami FSH i testosteronu (Grigorova, Punab, Zilaitiene, i in., 2011). Związane jest to z istnieniem polimorfizmu genu promotora FSH lub receptora dla FSH, co może się wiązać z obniżonym działaniem FSH oraz zaburzeniami spermatogenezy (Ferlin, Vinanzi, Selice, i in., 2011). Przeprowadzona w 2007 roku analiza systematyczna Cochrane wykazała, że mimo iż opisano tylko 4 badania kliniczne przeprowadzone u 278 pacjentów i wyniki mogą nie być

miarodajne to wykazano, że stosowanie FSH u chorych z idiopatyczną niepłodnością wiązało się ze wzrostem wskaźnika ciąży – 13,4% w grupie leczonej FSH w porównaniu do 4,4% w grupie stosującej placebo (Attia, Al-Inany, Farquhar, i in., 2007).

Bibliografia:

- Attia, A.M., Al-Inany, H.G., Farquhar, C., et al. (2007). Gonadotrophins for idiopathic male factor subfertility. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD005071.
- Binder, G., Schweizer, R., Blumenstock, G., et al. (2015). Inhibin B plus LH vs GnRH agonist test for distinguishing constitutional delay of growth and puberty from isolated hypogonadotropic hypogonadism in boys. *Clinical Endocrinology*, 82 (1), 100-105.
- Boehm, U., Bouloux, P.M., Dattani, M.T., et al. (2015). Expert consensus document: European Consensus Statement on congenital hypogonadotropic hypogonadism--pathogenesis, diagnosis and treatment. *Nature Reviews Endocrinology*, 11 (9), 547-564.
- Corona, G., Rastrelli, G., Reisman, Y., et al. (2018). The safety of available treatments of male hypogonadism in organic and functional hypogonadism. *Expert Opinion on Drug Safety*, 17 (3), 277-292.
- Dwyer, A.A., Hayes, F.J., Plummer, L., et al. (2010). The long-term clinical follow-up and natural history of men with adultonset idiopathic hypogonadotropic hypogonadism. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95 (9), 4235-4243.
- Ferlin, A., Vinanzi, C., Selice, R., et al. (2011). Toward a pharmacogenetic approach to male infertility: polymorphism of follicle-stimulating hormone-subunit promoter. *Fertility and Sterility*, 96 (6), 1344-1349.
- Ferreira, L., Silveira, G., Latronico, AC. (2013). Approach to the patient with hypogonadotropic hypogonadism. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 98 (5), 1781-1788.
- Gnoth, C., Godehardt, E., Frank-Herrmann, P., et al. (2005). Definition and prevalence of subfertility and infertility. *Human Reproduction*, 2005; 20 (5), 1144-1147.
- Grigorova, M., Punab, M., Zilaitiene, B., et al. (2011). Genetically determined dosage of follicle-stimulating hormone (FSH) affects male reproductive parameters. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 96 (9), E1534-E1541.
- Harrington, J., Palmert, M.R. (2012). Distinguishing constitutional delay of growth and puberty from isolated hypogonadotropic hypogonadism: critical appraisal of available diagnostic tests. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97 (9), 3056-3067.
- Holdcraft, R.W., Braun, R.E. (2004). Hormonal regulation of spermatogenesis. *International Journal of Andrology*, 2004; 27 (6), 335-342.

- Jungwirth, A., Giwercman, A., Tournaye, H., et al. (2012). 2012 European Association of Urology Guidelines on Male Infertility: the 2012 update. *European Urology*, 62 (2), 324–332.
- Krabchi, K., Berthaut, I., Chantot-Bastaraud, S., et al. (2011). Quality assessment of induced spermatogenesis in hypogonadotrophic hypogonadic men treated with gonadotrophins. *Reproductive BioMedicine Online*, 22 (3), 277–283.
- Liu, P.Y., Baker, H.W., Jayadev, V., et al. (2009). Induction of spermatogenesis and fertility during gonadotropin treatment of gonadotropin-deficient infertile men: predictors of fertility outcome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94 (3), 801–808.
- Palmert, M.R., Dunkel, L. (2012). Clinical practice. Delayed puberty. *The New England Journal of Medicine*, 366 (5), 443–453.
- Raivio, T., Falardeau, J., Dwyer, A., et al. (2007). Reversal of idiopathic hypogonadotropic hypogonadism. *The New England Journal of Medicine*, 357 (9), 863–873.
- Resorlu, B., Abdulmajed, M.I., Kara, C., et al. (2009). Is intracytoplasmic sperm injection essential for the treatment of hypogonadotrophic hypogonadism? a comparison between idiopathic and secondary hypogonadotrophic hypogonadism. *Human Fertility*, 12, 204–208.
- Rohayem, J., Nieschlag, E. (2017). Stimulation of spermatogenesis in hypogonadal men – in – Winters IJ, Huhtaniemi IT (ed.); Male hypogonadism. 1st ed. Springer, Berlin, 423–436
- Seminara, S.B., Hayes, F.J., Crowley, W.F. Jr. (1998). Gonadotropin-releasing hormone deficiency in the human (idiopathic hypogonadotropic hypogonadism and Kallmann's syndrome), pathophysiological and genetic considerations. *Endocrine Reviews*, 19 (5), 521–539.
- Silveira, L.F., MacColl, G.S., Bouloux, P.M. (2002). Hypogonadotropic hypogonadism. *Seminars in Reproductive Medicine*, 20 (4), 327–338.
- Warne, D.W., Decosterd, G., Okada, H., et al. (2009). a combined analysis of data to identify predictive factors for spermatogenesis in men with hypogonadotropic hypogonadism treated with recombinant human follicle-stimulating hormone and human chorionic gonadotropin. *Fertility and Sterility*, 92 (2), 594–604.
- Weinbauer, G.F., Luetjens, C.M., Simoni M., et al. (2010). Physiology of testicular function. – in – Nieschlag E, Behre HM. Nieschlag S (ed.), Andrology: male reproductive health and dysfunctions. 3rd ed. Springer, Berlin, 11–59.
- Varimo, T., Miettinen, P.J., Käänsköski, J., et al. (2017). Congenital hypogonadotropic hypogonadism, functional hypogonadotropism or constitutional delay of growth and puberty? An analysis of a large patient series from a single tertiary center. *Human Reproduction*, 32 (1), 147–153.
- Young, J. (2012). Approach to the male patient with congenital hypogonadotropic hypogonadism. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97 (3), 707–718.

Dr Dorota Sys
*Zakład Zdrowia Prokreacyjnego
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego*

Dr n. med. Barbara Baranowska
*Zakład Położnictwa
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego*

Dr Urszula Tataj-Puzyna
*Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej
Wydział Nauk o Zdrowiu WUM*

Dr n. med. Anna Kajdy
*Zakład Zdrowia Prokreacyjnego
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego*

Możliwości wyboru drogi porodu po cesarskim cięciu Najnowsze rekomendacje

Possibility to choose delivery route after cesarean section.

Current recommendations

Abstrakt:

Cesarskie cięcie (CC) to interwencja ratująca życie matki i dziecka w przypadku powstania powikłań uniemożliwiających przeprowadzenie porodu drogami natury (PDN). Badania wskazują, że optymalny odsetek cesarskich cięć, z perspektywy medycznej, względem porodu drogami natury to 10-15%. w perspektywie 15 lat (2000-2015) zauważono globalny wzrost odsetka CC z 12% do 21%. Analiza wskazań przy wykorzystaniu klasyfikacji Robsona, wykazała, że najczęstszym wskazaniem do CC jest wcześniejszy poród tą drogą. w związku z tym zauważyć można efekt spiralnego wzrastania odsetka cięć cesarskich.

Aktualnie odsetek cesarskich cięć w Polsce również znacząco przekracza zalecany poziom i wynosi 35,8% w skali kraju. Od 2015 roku prowadzone są działania mające na celu jego zmniejszenie. Jednym z nich jest wprowadzenie w 2018 roku nowej rekomendacji, według której wcześniejszy poród drogą CC nie jest bezpośrednim wskazaniem do ponownego cesarskiego cięcia.

Droga porodu po cesarskim cięciu jest tematem kontrowersyjnym, gdyż brakuje rzetelnych danych i jednoznacznych wskazań dla lekarzy w tym zakresie. Jednocześnie szereg badań wskazuje na to, że poród drogami natury po cesarskim cięciu (VBAC) jest bezpieczny dla matki i dziecka. w przypadku braku dodatkowych czynników ryzyka, kobieta ma 74% szans na udany poród drogami natury po jednym CC, dlatego VBAC jest najlepszym wyborem dla większości kobiet. Pomimo tego, doniesienia wskazują, że jest tylko kilka ośrodków w Polsce, w których możliwy i preferowany jest VBAC. Ponadto zmiana rekomendacji odebrana została przez część kobiet w Polsce jako ograniczenie możliwości współdecydowania o wyborze postępowania, gdyż wcześniejsze zalecenia uwzględniały możliwość, aby kobieta nie wyraziła zgody na próbę porodu drogami natury. w Polsce brakuje rzetelnych statystyk dotyczących elektywnych cesarskich cięć (ECS), wykonanych z uwagi na pierwszy poród ukończony przez CC. Nie przeprowadzono dotychczas badań dotyczących preferencji oraz motywacji kobiet co do wyboru drogi porodu, a także nie prowadzi się statystyk mówiących o liczbie podejmowanych prób porodu po cesarskim cięciu (TOLAC) i ich skuteczności.

Decyzja o drodze porodu po cesarskim cięciu powinna być podejmowana każdorazowo indywidualnie uwzględniając bilans korzyści i zagrożeń. Istotne jest również wzięcie pod uwagę perspektywy kobiety i jej postawy względem drogi porodu, gdyż według rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dobry poród to taki, który daje kobiecie poczucie możliwości

współdecydowania, nawet wtedy kiedy użycie procedur medycznych jest niezbędne. Najbardziej optymalny byłby wybór odbywający się w dialogu lekarza z pacjentką, w którym uwzględnione byłyby zarówno rekomendacje oparte na dowodach medycznych jak i potrzeby kobiety.

Słowa kluczowe: poród po cesarskim cięciu, VBAC, ECS, rekomendacje,

Abstract:

Caesarean section (CC) is a life saving intervention for both mother and child in the event of complications preventing vaginal delivery. Research indicates that an optimal percentage of cesarean sections for medical indications should be 10-15% relative to vaginal delivery. In the past 15 years (2000-2015) a global increase in the percentage of CC from 12% to 21% was noted. Analysis of indications using the Robson classification showed that the most common indication for CC is a prior CC. Therefore, a dynamic increase in the percentage of CC can be seen.

Currently, the percentage of cesarean sections in Poland is 35,8% and exceeds the recommended rates. Since 2015, interventions have been implemented to reduce these numbers. One of them is the introduction of a new recommendation in 2018, according to which previous delivery via CC is not a direct indication for a repeat cesarean section.

Route of delivery after cesarean section is a controversial topic. Scarce and unreliable data and unambiguous indications for doctors in this regard. At the same time, a number of studies indicate that vaginal birth after caesarean section (VBAC) is safe for mother and child. In the absence of additional risk factors, a woman has a 74% chance of successful VBAC after one CC, which is why it is the best choice for most women. Despite this data, there are only a few centers in Poland where VBAC is possible and preferred. In addition, the change in recommendations was received by some women in Poland as a limitation of the possibility of co-deciding on the choice of proceedings, as previous recommendations included the possibility that a woman would not agree to attempt a delivery by nature. To date, no studies have been carried out in Poland regarding the preferences and motivation of women regarding the choice of delivery, and no statistics are provided about the number of VBAC attempts made and their effectiveness.

The decision on the way of delivery after Caesarean section should be made individually taking into account the balance of benefits and threats. It is also important to take into account the perspective of a woman and her attitude towards the delivery route, because according to the recommendations of the World Health Organization, good delivery is one that gives a woman a sense of co-decision, even when the use of medical procedures is necessary. The most optimal would be the choice in the doctor's dialogue with the patient, which would include both recommendations based on medical evidence and the needs of the woman.

Key words: VBAC, TOLAC, ECS, delivery after cesarean section, recommendation

1. „Epidemia” cesarskich cięć

Cesarskie cięcie (CC) to interwencja ratująca życie matki i dziecka w przypadku powstania powikłań uniemożliwiających przeprowadzenie porodu drogami natury (PDN). w wielu krajach jest to najczęściej wykonywana operacja chirurgiczna (Boerma i in., 2018). Badania wskazują, że optymalny odsetek, z perspektywy medycznej, cesarskich cięć względem porodu drogami natury to 10-15% (Betrán i in., 2016; Ye, Betrán, Guerrero Vela, Souza, & Zhang, 2014). Według Światowej Organizacji Zdrowia odsetek ten jest optymalny, ponieważ wzrost powyżej tej wartości nie powoduje obniżenia współczynników śmiertelności okołoporodowej, a operacja cesarskiego cięcia może nieść za sobą poważne komplikacje, dlatego powinna być wykonywana tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach (Betrán, Torloni, Zhang, Gülmezoglu, & the WHO Working Group on Caesarean Section, 2016).

W perspektywie 15 lat (2000-2015) zauważono globalny wzrost odsetka cięć cesarskich z 12% do 21%. Zdecydowany wzrost dotyczy krajów średnio i wysoko rozwiniętych, w których odsetek ten sięga nawet 44% , przy równoczesnym utrzymującym się niskim, kilkuprocentowym, odsetkiem CC w krajach nisko-rozwiniętych. Sytuacja ta została nazwana mianem globalnej „epidemii” (Boerma i in., 2018). Badania wskazują, że wysoki odsetek CC nie jest związany jedynie ze zwiększonym występowaniem wskazań medycznych do podejmowania tej interwencji, ale z faktu wykonywania jej również z powodów pozamedycznych (Betrán i in., 2016; Ye i in., 2014). Dlatego powstało wiele zaleceń mających na celu obniżenie odsetka cesarskich cięć w skali globalnej (Betrán i in., 2018; Sabol, Denman, & Guise, 2015).

Analiza wskazań do zabiegu cięcia cesarskiego przy wykorzystaniu klasyfikacji Robsona wykazała, że najczęstszym wskazaniem do CC jest wcześniejszy poród tą drogą. w związku z tym zauważyć można efekt spiralnego wzrastania odsetka cięć cesarskich (Vogel i in., 2015). Droga porodu po cesarskim cięciu jest tematem kontrowersyjnym, gdyż brakuje rzetelnych danych i jednoznacznych wskazań dla lekarzy ginekologów w tym zakresie. Jednocześnie szereg badań wskazuje na to, że poród drogami natury po cesarskim cięciu jest bezpieczny dla matki i dziecka (Ryan i in., 2018). w przypadku braku dodatkowych czynników ryzyka, kobieta ma 74% szans na udany poród drogami natury, dlatego poród drogami natury po cesarskim cięciu VBAC jest najlepszym wyborem dla większości kobiet (AQUA, 2011; Ryan i in., 2018). Jednak w obliczu braku jednoznacznych zaleceń, decyzja o drodze porodu powinna być podejmowana w każdym przypadku.

2. Poród drogami natury po cesarskim cięciu w Polsce

W Polsce zauważyć można tożsame trendy związane ze wzrostem medykalizacji porodu, a szczególnie wzrostu odsetka cesarskich cięć (Doroszevska & Nowakowski, 2017). Aktualnie odsetek cesarskich cięć w Polsce również znacząco przekracza zalecany poziom i wynosi 35,8% w skali kraju. Najwyższy odsetek występuje w województwach podkarpackim oraz podlaskim i wynosi ponad 45%. Częstość wykonywania cięć cesarskich nie odbiega znacząco w szpitalach o różnym stopniu referencyjności (Doroszevska, 2018).

Wprowadzone w 2008 roku zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dały możliwość współdecydowania kobiet o drodze porodu po cesarskim cięciu. Poród drogami natury po cesarskim cięciu mógł odbyć się pod warunkiem, że rodząca spełniała medyczne warunki oraz „akceptuje próbę porodu drogami rodnymi i wyraża świadomą zgodę na próbę porodu drogami rodnymi, podpisaną w załączonej dokumentacji” (Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, 2008). Zatem poprzednie cesarskie cięcie oraz brak zgody na próbę porodu drogami natury były wystarczające, by zakwalifikować kobiety do elektywnego cesarskiego cięcia (ECS). Ten fakt spowodował lawinowo narastający

odsetek powtórnych cesarskich cięć. Kobiety kierując się zasadą „raz cięcie zawsze cięcie” odmawiały podjęcia próby VBAC, o ile taką propozycję otrzymały, gdyż wobec braku jednoznacznych wytycznych lekarze często nie proponowali takiej drogi porodu wybierając bardziej przewidywalne CC. w związku z powyższym rozpoczęto wdrażanie rozwiązań mających na celu obniżenie odsetka cesarskich cięć. w 2015 roku Minister Zdrowia powołał zespół roboczy ds. opracowania kierunków działań w celu zmniejszenia liczby cesarskich cięć w Polsce (Plebanek, 2018).

Dokument powstały w wyniku prac wyżej wymienionego zespołu zmienił dotychczasowe zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie współdecydowania kobiety w wyborze drogi porodu po uprzednim cesarskim cięciu. Według aktualnych wytycznych stan po cesarskim cięciu nie jest bezpośrednim wskazaniem do ponownego wyboru tej drogi porodu. Ograniczone zostało tym samym współdecydowanie kobiety w kwestii wyboru drogi porodu. Cesarskie cięcie traktowane jest wyłącznie jako zabieg operacyjny, dlatego zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza do kompetencji lekarza należy podjęcie autonomicznej decyzji o sposobie prowadzenia porodu i zakończenia ciąży (Wielgoś i in., 2018). Zatem zgoda kobiety na poród drogami natury po uprzednim cesarskim cięciu nie jest już obligatoryjna, w szczególności w przypadku samoistnego rozpoczęcia akcji porodowej (tamże).

Wprowadzona zmiana ma na celu zatrzymanie spiralnego wzrastania odsetka cięć cesarskich w Polsce. Biorąc pod uwagę wyniki badań cytowanych powyżej, jest to pozytywna zmiana, dzięki której częściej odbywać się będą bezpieczne dla matki i dziecka VBAC. Jednak doniesienia wskazują, że część kobiet w Polsce odebrała nowe zalecenia w sposób negatywny, jako ograniczenie możliwości współdecydowania o wyborze postępowania i odebranie możliwości wybrania ponownego cesarskiego cięcia (Fundacja Rodzić Po Ludzku, 2019).

Z drugiej strony doniesienia założycielki portalu Naturalnie po cesarce M. Hul pokazują, że w Polsce nie każda kobieta ma swobodny dostęp do podjęcia próby porodu naturalnego, pomimo braku medycznych przeciwwskazań wyboru tej drogi porodu. Zainteresowanie kobiet porodem naturalnym po cięciu cesarskim obserwować można na prowadzonej przez położne M. Hul i K. Osadnik internetowej grupie wsparcia, liczącej kilkanaście tysięcy kobiet. Statystyki prowadzone przez administratorki grupy oparte na kwestionariuszach wypełnianych przez kobiety, pokazują że w Polsce jedynie część placówek, umożliwia kobietom zdecydowanym na VBAC próbę porodu po cesarskim cięciu, a porody naturalne po dwóch lub więcej cięciach cesarskich odbywają się jedynie w kilku polskich szpitalach¹ (por. także: Hul & Osadnik 2019).

W Polsce brakuje rzetelnych danych dotyczących preferencji kobiet co do drogi porodu po cięciu cesarskim, a przede wszystkim podstawowych statystyk dotyczących

¹ <http://naturalniepocesarce.pl>

procentowego udziału porodów drogami natury po cesarskim cięciu i elektywnego (planowego) cesarskiego cięcia. Dane te nie są monitorowane w skali kraju. Częściowe informacje pochodzą z wyżej wymienionych badań przeprowadzonych przez M. Hul i K. Osadnik. Nie znane są również postawy i preferencje lekarzy i położnych w Polsce względem drogi porodu po cesarskim cięciu, gdyż nie są były zbadane.

3. Dobry poród a perspektywa kobiety

Najnowsze rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zwracają uwagę na pozytywne doświadczenie porodu. Dobry poród to taki, który przebiega zgodnie z oczekiwaniami rodzącej wynikającym z jej przekonań oraz odbywa się środowisku praktycznego i emocjonalnego wsparcia personelu posiadającego odpowiednią wiedzę i umiejętności. Przeglądy systematyczne dowiodły, że pozytywne wyniki porodowe dla matki i dziecka zależą nie tylko od przeprowadzonych rutynowych badań i nadzoru klinicznego, ale również od jakości opieki okołoporodowej skoncentrowanej na kobiecie i jej potrzebach (World Health Organization, 2018). w przypadku porodu po CC, wskazania medyczne mogą jednoznacznie wykluczyć przebieg porodu odpowiadający potrzebom kobiety. Jednakże możliwość udziału kobiety w podejmowaniu decyzji, nawet w przypadku konieczności zastosowania procedur medycznych, dający kobiecie poczucie kontroli nad przebiegiem porodu, jest szczególnie istotnym czynnikiem wpływającym na pozytywne doświadczenie porodu (Baranowska, 2019).

Wprowadzone rekomendacje koncentrują się wokół medycznych zaleceń dotyczących CC oraz arbitralnie ustalają zasadę spadku odsetka CC o dwa punkty procentowe w skali roku. Brakuje w nich rzeczywistej diagnozy problemu i wdrożenia działań mających na celu zmianę postaw pacjentek co do drogi porodu. Badania wskazują, że obniżenie odsetka CC możliwe jest poprzez zmianę postaw kobiet, która kształtowana jest nie tyle poprzez wiedzę, co dzięki dialogowi pomiędzy personelem medycznym a pacjentką. Oddziaływanie na postawy możliwe jest tylko w przypadku wcześniejszego poznania perspektywy kobiety, jej motywacji, wcześniejszych doświadczeń oraz lęków i obaw (Betrán i in., 2018).

Perspektywa oraz współuczestnictwo kobiety w procesie podejmowania decyzji co do drogi porodu po uprzednim cesarskim cięciu nie są dostatecznie zbadane. Istnieje wiele prac ilościowych dotyczących VBAC, ale mało jest badań jakościowych dotyczących doświadczenia kobiet w tym zakresie. Metaanaliza przeprowadzona przez Lundegren i in. wskazała jedynie osiem prac, które jakościowo badają perspektywę kobiet, ponadto wszystkie one ukazują jedynie anglosasko-amerykańską perspektywę. Wynika z nich, że poród po cesarskim cięciu jest dla kobiet jak „poruszanie się po omacku we mgle”. Kobiety otrzymują niejasne, a czasem nawet sprzeczne informacje od specjalistów zarówno w czasie

ciąży jak i podczas porodu. Najczęściej przekazywane są informacje dotyczące potencjalnego ryzyka, a brakuje informacji o korzyściach wynikających z VBAC, w związku z tym kobiety zmuszone są same poszukiwać rzetelnych informacji. Nawet w przypadku ośrodków promujących VBAC, kobiety muszą zabiegać o poród drogami natury, gdyż decyzje specjalistów nie są zgodne z ich wyborem (Lundgren, Begley, Gross, & Bondas, 2012).

Najczęstszym powodem, dla którego kobiety wybierają poród drogami natury po cesarskim cięciu (VBAC), jest pragnienie doświadczenia naturalnego porodu, a najczęstszym powodem wyboru ponownego cesarskiego cicia jest przekonanie, że po CC każdy kolejny poród powinien być zaplanowany jako elektywne (planowe) cesarskie cięcie (Attanasio, Kozhimannil, & Kjerulff, 2019). Badania prowadzone w Tajwanie wskazują, że niezależnie od wybieranej przez kobietę opcji, najważniejszą motywacją było zawsze zdrowie matki i dziecka (Chen, Hutchinson, Nagle, & Bucknall, 2018).

Przegląd badań dotyczących preferencji kobiet co do drogi porodu po CC wykazał, że generalnie dzielą się one na trzy grupy: wyraźna preferencja VBAC, wyraźna preferencja ECS oraz względna otwartość na każdą z opcji. Wybór VBAC powodowany jest w pierwszej kolejności chęcią doświadczenia porodu drogami natury i poczuciem posiadania kontroli nad jego przebiegiem. Kolejne czynniki decydujące o wyborze VBAC to wcześniejsze negatywne doświadczenia związane z CC, a także pozytywne doświadczenia innych kobiet związane z VBAC. Kobiety zdecydowane na VBAC zwracały uwagę na korzyści wykraczające poza sam poród, w tym na relację z dzieckiem oraz udane karmienie piersią, szczególnie gdy występowały z nim trudności po wcześniejszym CC. Dużą rolę odgrywa również personel medyczny, który informuje, udziela wsparcia i pokazuje korzyści z VBAC (Black, Entwistle, Bhattacharya, & Gillies, 2016; Kaimal i in., 2019; Pomeranz i in., 2018).

Najczęstszym czynnikiem wpływającym na wybór cesarskiego cicia było doświadczenie wcześniejszego porodu. Wcześniejsze nagłe CC prowadziło kobiety do przekonania, że „ich ciało nie jest w stanie” urodzić dziecka drogami natury lub było na tyle negatywnym doświadczeniem, że wybór elektywnego cesarskiego cicia był zabezpieczeniem przed ewentualnym ponownym nagłym CC, w przypadku niepowodzenia próby VBAC. Inne kobiety wybierały ECS, ponieważ to doświadczenie było im znane i było dla nich pozytywne i chciały je powtórzyć. Kobiety wybierające ECS obawiały powikłań związanych próbą podjęcia porodu drogami natury, w szczególności rozejścia się blizny i pęknięcia macicy. Silny wpływ na tę decyzję miała również opinia personelu medycznego i osób bliskich, którzy sugerowali, że ECS jest bezpieczniejszą i bardziej przewidywalną opcją w tym przypadku. W niektórych przypadkach ECS nie był wyborem kobiety, ale podążaniem za sugestią personelu medycznego (Black i in., 2016).

Kobiety, które nie miały sprecyzowanych preferencji aktywnie poszukiwały informacji o dostępnych opcjach, w szczególności wśród personelu medycznego, aby ocenić korzyści i ryzyko wynikające z każdej drogi i ostatecznie podjąć decyzję. Rzadziej miały tutaj

znaczenie wcześniejsze doświadczenia porodowe i własne przekonania o najlepszej drodze porodu. w innych przypadkach brak preferencji oznaczał wycofanie się z podejmowania decyzji, gdyż kobiety czuły się przytłoczone odpowiedzialnością i wolały stosować się bezpośrednio do zaleceń personelu medycznego (Black i in., 2016).

W tym kontekście brakuje jednak polskich badań dotyczących postaw i motywacji kobiet co do drogi porodu, które w literaturze światowej dzielą się na trzy grupy: zorientowane na VBAC, zorientowane na CC, otwarte na wybór najbardziej optymalnego rozwiązania.

Podsumowanie

Decyzja o drodze porodu po cesarskim cięciu powinna być podejmowana indywidualnie, uwzględniając bilans korzyści i zagrożeń (Chervenak & McCullough, 2017). Istotne jest, by wziąć pod uwagę perspektywę kobiety i jej postawy względem drogi porodu (Shorten, Shorten, & Kennedy, 2014). Najbardziej optymalny byłby wybór odbywający się w dialogu lekarza z pacjentką, w którym uwzględnione byłyby zarówno rekomendacje oparte na dowodach medycznych jak i potrzebach kobiety. Wybierając zarówno drogę porodu naturalnego po cięciu cesarskim (VBAC), jak i elektywnego (planowego) cesarskiego cięcia (ECS) należałoby stosować zasadę przytoczoną przez Boerma, która wskazuje na potrzebę równowagi pomiędzy ograniczaniem dostępu a nadużywaniem (*poor access versus overuse*) każdego z rozwiązań. (Boerma i in., 2018).

Bibliografia:

- AQUA (Institute for Applied Quality Improvement and Research in Health Care GmbH). (2011). *German Hospital Quality Report 2010*, Göttingen: AQUA Institute GmbH.
- Attanasio, L.B., Kozhimannil, K.B., & Kjerulff, K.H. (2019). Women's preference for vaginal birth after a first delivery by cesarean. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 46 (1), 51-60. <https://doi.org/10/gf4q38>
- Baranowska, B. (2019). The quality of childbirth in the light of research the new guidelines of the World Health Organization and Polish Perinatal Care Standards. *Developmental Period Medicine*, 23 (1), 54-59.
- Betrán, A.P., Temmerman, M., Kingdon, C., Mohiddin, A., Opiyo, N., Torloni, M.R., Downe, S. (2018). Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *The Lancet*, 392 (10155), 1358-1368. <https://doi.org/10/gfgjwb>
- Betrán, A.P., Ye, J., Moller, A.-B., Zhang, J., Gülmezoglu, A.M., & Torloni, M.R. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLOS ONE*, 11 (2), e0148343. <https://doi.org/10/f8rp49>
- Betran, A., Torloni, M., Zhang, J., Gülmezoglu, A., & the WHO Working Group on Caesarean

- Section. (2016). WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123 (5), 667–670. <https://doi.org/10/f3vhdc>
- Black, M., Entwistle, V.A., Bhattacharya, S., & Gillies, K. (2016). Vaginal birth after caesarean section: Why is uptake so low? Insights from a meta-ethnographic synthesis of women's accounts of their birth choices. *BMJ Open*, 6 (1), e008881. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008881>
- Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D.Y., Barros, A.J.D., Barros, F.C., Juan, L., Temmerman, M. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 392 (10155), 1341–1348. <https://doi.org/10/gfgjv8>
- Chen, S.-W., Hutchinson, A.M., Nagle, C., & Bucknall, T.K. (2018). Women's decision-making processes and the influences on their mode of birth following a previous caesarean section in Taiwan: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18 (1). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1661-0>
- Chervenak, F.A., & McCullough, L.B. (2017). Ethical issues in cesarean delivery. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 43, 68–75. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.12.008>
- Doroszewska, A. (2018). *Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Medykalizacja porodu w Polsce*. Fundacja Rodzić po Ludzku.
- Doroszewska, A., & Nowakowski, M. (2017). Medykalizacja opieki okołoporodowej w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 15 (2). <https://doi.org/10/gf5hf2>
- Fundacja Rodzić Po Ludzku (2019). *Stanowisko Fundacji Rodzić po Ludzku w sprawie rekomendacji zespołu roboczego do spraw opracowania kierunków działań w celu zmniejszenia odsetka cesarskich cięć*. Dostęp 10.10.2019: <http://www.rodzicpoludzku.pl/images/rzecznictwo/19.01.08-106-MZ-cc.pdf>
- Hul M., Osadnik K. (2019). *VBACowe kontrowersje*. XIII Ogólnopolska Konferencja Stowarzyszenia Dobrze Urodzeni "Renesans Narodzin - starego nowe początki", 5-6.10.2019, Białystok.
- Kaimal, A.J., Grobman, W.A., Bryant, A., Blat, C., Bacchetti, P., Gonzalez, J., Kuppermann, M. (2019). The association of patient preferences and attitudes with trial of labor after cesarean. *Journal of Perinatology*, 1. <https://doi.org/10/gf4q37>
- Lundgren, I., Begley, C., Gross, M.M., & Bondas, T. (2012). 'Groping through the fog': a metasynthesis of women's experiences on VBAC (Vaginal birth after Caesarean section). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 85. <https://doi.org/10/f25q33>
- Plebanek, E. (2018). Kilka uwag na temat ratio legis tak zwanych polskich standardów opieki okołoporodowej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 16 (2), 93–104. <https://doi.org/10/gf5hfv>
- Pomeranz, M., Arbib, N., Haddif, L., Reissner, H., Romem, Y., & Biron, T. (2018). „In God we trust” and other factors influencing trial of labor versus Repeat cesarean section. *The*

- Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 31 (13), 1777–1781.
<https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1326906>
- Ryan, G.A., Nicholson, S.M., & Morrison, J.J. (2018). Vaginal birth after caesarean section: Current status and where to from here? *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 224, 52–57. <https://doi.org/10/gdnk8x>
- Sabol, B., Denman, M.A., & Guise, J.-M. (2015). Vaginal birth after cesarean: An effective method to reduce cesarean. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 58 (2), 309–319. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000101>
- Shorten, A., Shorten, B., & Kennedy, H. P. (2014). Complexities of Choice after Prior Cesarean: a Narrative Analysis. *Birth*, 41 (2), 178–184. <https://doi.org/10/gf4q39>
- Vogel, J.P., Betrán, A.P., Vindevoghel, N., Souza, J.P., Torloni, M.R., Zhang, J., Temmerman, M. (2015). Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *The Lancet Global Health*, 3 (5), e260–e270. <https://doi.org/10/gf5hf3>
- Wielgoś, M., Bomba-Opoń, D., Breborowicz, G.H., Czajkowski, K., Debski, R., Leszczyńska-Gorzela, B., Zimmer, M. (2018). Recommendations of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians regarding caesarean sections. *Ginekologia Polska*, 89 (11), 644–657. <https://doi.org/10.5603/GP.a2018.0110>
- World Health Organization (2018). *WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. S.l.: World Health Organization.
- Ye, J., Betrán, A.P., Guerrero Vela, M., Souza, J.P., & Zhang, J. (2014). Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. *Birth*, 41 (3), 237–244. <https://doi.org/10/f6fhjb>
- Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (2008). *Cięcie cesarskie: Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego*. Puls Medycyny. Dostęp: 10.10.2019: <https://pulsmedycyny.pl/ciecie-cesarskie-rekomendacje-polskiego-towarzystwa-ginekologicznego-893602>.

Dr Karolina Kossakowska
*Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej
Instytut Psychologii Uniwersytet Łódzki*

Depresja poporodowa matki i jej konsekwencje dla dziecka i rodziny

Maternal postpartum depression and its consequences for the child and family

Abstrakt:

Depresja poporodowa stanowi problem dla zdrowia psychicznego u ok. 10-20% matek na całym świecie. Specyfika objawów determinuje trudności w opiece nad dzieckiem, utrudniając lub nawet uniemożliwiając kobiecie wywiązywanie się z roli matki. Potwierdzone licznymi badaniami konsekwencje depresji poporodowej wiążą się z zagrożeniem dla prawidłowego rozwoju dziecka, ale także dla funkcjonowania kobiety w innych rolach (np. małżeńskiej, społecznej). Doświadczenie objawów depresji w związku z narodzeniem się dziecka, zwłaszcza nieleczonych może też wpływać na decyzję o braku posiadania kolejnych dzieci. Celem artykułu jest przybliżenie potencjalnych zagrożeń depresji poporodowej, co może przyczynić się do większej uważności, zarówno bliskich, jak i specjalistów opiekujących się kobietą po urodzeniu dziecka.

Słowa kluczowe: depresja poporodowa; konsekwencje dla matki, dziecka i rodziny

Abstract:

Postpartum depression is a mental health problem for around 10-20% of mothers all over the world. The specificity of symptoms determines the difficulties in childcare, making it difficult or even impossible for a woman to fulfill the role of mother. The consequences of postpartum depression confirmed by numerous studies are associated with a threat to the proper development of the child, but also to the functioning of the woman in other roles (i.e. marital, social roles). Experiencing depression symptoms in connection with the birth of a child, especially if not treated, may also influence the decision not to have more children. The purpose of the article is to present the potential risks of postpartum depression, which can contribute to greater awareness, both of relatives and specialists who care for women after childbirth.

Key words: postpartum depression; consequences for mother, child and family

Wprowadzenie

Macierzyństwo to niezwykle doświadczenie, które każda matka przeżywa w inny sposób. Dla wielu kobiet stanowi ono wspaniałe, radosne przeżycie, jednak są także i takie matki, które w związku z pełnieniem nowej roli doznają smutku i rozczarowania, a także mają trudności w adaptacji do nowej sytuacji. Narodziny dziecka to wydarzenie zwiastujące nadejście permanentnych i nie zawsze satysfakcjonujących zmian psychicznych, społecznych i materialnych w dotychczasowym życiu (Deave, Johnson, Ingram, 2008). Społeczne

oczekiwania i obraz macierzyństwa kreowany przez media mogą dodatkowo utrudniać odnalezienie się w roli matki, zwłaszcza wówczas, gdy oprócz typowych wyzwań, jakie wiążą się z pojawieniem dziecka, występują dodatkowe problemy, np. związane z jego zdrowiem, konsekwencjami trudnego porodu czy brakiem wsparcia ze strony najbliższych.

Wiele kobiet przeżywa macierzyństwo jako utratę autonomii i niezależności. Wyniki badań wskazują także na trudności w radzeniu sobie z dzieckiem po porodzie (Budrowska, 2000). Młodym matkom brakuje wiary we własne siły, zaś proces adaptowania się do nowej roli postrzegają niejednokrotnie jako nieprzyjemny i bolesny. W związku z przeżywanymi problemami kobiety mogą doświadczać objawów depresji poporodowej, która niesie ze sobą poważne konsekwencje dla rozwoju dziecka, ale również dla funkcjonowania kobiety i całej rodziny.

1. Depresja poporodowa

Depresja poporodowa jest zaburzeniem psychicznym, które rozpoznaje się w ciągu 4 (według DSM-5) lub 6 (według ICD-10) tygodnia po urodzeniu dziecka u ok. 10-20% kobiet, które zostały matkami (APA, 2013; ICD-10, 2000). Objawy kliniczne depresji występującej po narodzinach dziecka nie różnią się niczym od objawów epizodu dużej depresji, za wyjątkiem sytuacji, w której się pojawiają. Ten ścisły związek z sytuacją porodu i okresem poporodowym sprawia jednak, że objawy, choć tożsame z objawami depresji dużej, mają swoją specyfikę związaną ze szczególnym okresem, jaki sprzyja ich wystąpieniu. i tak, np. utrata zainteresowań w depresji poporodowej wiązać się będzie z brakiem zainteresowania dzieckiem i obowiązkami typowymi dla położu, a wynikającymi z roli matki. Podobnie, poczucie winy lub negatywne postrzeganie się siebie będzie przejawiać się w odniesieniu do funkcjonowania kobiety jako matki.

Jeszcze w drugiej połowie XX wieku, Pitt (1968) przyglądając się uważniej depresji poporodowej, określił ją, jako „atypową”, czyli różniącą się od depresji klasycznej (endogennej) większym nasileniem symptomów neurotycznych przyćmiewających inne objawy. Zdaniem autora, charakterystycznym przykładem symptomów wchodzących w skład poporodowych depresyjnych zaburzeń nastroju są mniejszy niż w obrazie depresji endogennej smutek i przygnębienie, które występują raczej pod koniec dnia, a nie rano. Kobiety doświadczają poczucia nieodpowiedzialności, niemożności poradzenia sobie i drażliwości – według Daltona (1989, za: Nieland i Roger, 1997) właściwej dla depresji poporodowej, a niewystępującej w depresji endogennej. Rzadsze są także poczucie beznadziejności i myśli samobójcze, występuje natomiast nieadekwatny lęk o zdrowie i życie dziecka, nadmierne przejmowanie się zaistniałą sytuacją i przesadna troska o własne zdrowie (Wasilewska-Pordes, 2000). Czas trwania depresji poporodowej jest dyskusyjny. O'Hara (1984) wymienia 3 tygodnie, Oakey i Chamberlain (1981) mówią o 20 tygodniach po

porodzie, zaś z rezultatów uzyskanych przez Pitt'a (1968) wynika, iż czas trwania depresji u 40% badanych przez niego kobiet przedłużył się nawet do roku. Na podobne wyniki wskazują (Gaynes, Gawin, Meltzer-Brody, 2005).

Za czynniki ryzyka uważa się m.in. przebieg ciąży i porodu, stresujące wydarzenia w ciąży i po porodzie, zły stan zdrowia dziecka, zakłócenie relacji małżeńskich, brak lub niedostateczne wsparcie społeczne, wcześniejsze zaburzenia psychiczne, a także styl wyjaśniania zdarzeń. Prawdopodobieństwo wystąpienia depresji poporodowej zwiększa także przeżywany wcześniej „baby blues” (Beck, 2001; Gelaye i in., 2016; Ghaedrahmati i in., 2017).

2. Konsekwencje depresji poporodowej

Chociaż kobiety będące w ciąży i doświadczające w związku ze swoim stanem stresu i związanych z nim negatywnych emocji, rozwijają w sobie pewne mechanizmy adaptacyjne, mające na celu ochronę zdrowia matki i rozwijającego się dziecka, wyniki wielu badań pokazują, że depresyjne zaburzenia nastroju związane z okresem popołogowym są brzemienne w skutkach nie tylko dla samej kobiety.

Ze względu na objawy choroby, kobieta nie jest zdolna wypełniać obowiązków wynikających z nowej roli i w pełni realizować się w macierzyństwie, ani też wystarczająco dobrze funkcjonować w dotychczasowych relacjach społecznych, przede wszystkim z partnerem i rodziną. Skutki wynikające z objawów choroby, jaką stanowi depresja poporodowa mogą być krótko- i długoterminowe, i dotyczyć relacji z partnerem, rodziną (Boath, Pryce, Cox, 1998; Burke, 2003; Gawlik i in., 2014; Małus i in., 2016; Myers, Johns, 2018; oraz, co najważniejsze, natywnie wpływać na rozwój niemowląt i starszych dzieci (O'Hara and McCabe, 2013; Teti, Towe-Gutman, Gonzalez, 2019).

2.1. Depresja poporodowa a podejmowanie interakcji i tworzenie więzi z dzieckiem

Problemy osobowościowe i emocjonalne stanowią poważną przeszkodę w pełnieniu roli matki, ponieważ utrudniają emocjonalną relację z dzieckiem, wpływają na jakość opieki nad nim i zmniejszają poczucie wartości kobiet oraz ich wiarę w udany bliski związek z dzieckiem (Brummelte and Galea, 2016; Teti, Towe-Gutman, Gonzalez, 2019).

W tym miejscu należy podkreślić, że o nawiązaniu relacji z dzieckiem decydują czynniki pojawiające się już w czasie ciąży, m.in. wyobrażenia o opiekowaniu się dzieckiem oraz akceptacja ciąży i macierzyństwa. Więź ukształtowana w okresie ciąży może rzutować na zachowania wobec dziecka w okresie poporodowym. Powstawanie więzi emocjonalnej jest bowiem procesem zachodzącym w czasie ciąży i kontynuowanym po porodzie, zaś

charakter i intensywność tej więzi zależy od wielu czynników (Bielawska-Batorowicz, 2006). Negatywny wpływ na siłę więzi mają niekorzystne wydarzenia życiowe kobiet oraz powikłania przebiegu ciąży (tamże), zwłaszcza jeśli współwystępują ze sobą.

Poszukując odpowiedzi na pytanie, czy i jak dobre samopoczucie rodziców może oddziaływać na relację rodzic-dziecko podczas pierwszych 6 miesięcy jego życia, koncentrowano się przede wszystkim na roli stresu doświadczanego przez rodziców przed narodzinami. Analizy zakładają bowiem, że podatność na rodzicielski stres jest ważnym predyktorem jakości relacji rodzic-dziecko. Kształtowanie się postawy macierzyńskiej implikuje bowiem, wśród wielu czynników społeczno-demograficznych, osobowościowych i psychologicznych, także samopoczucie psychiczne kobiety w trakcie ciąży.

Rzeczywiście, matki, które doświadczały wysokiego poziomu spostrzeganego stresu podejmowały interakcje w mniej pozytywny sposób aniżeli te, które miały niższy poziom spostrzeganego stresu (Noppe, Noppe, Hughes, 1991). Natężenie więzi jest odwrotnie proporcjonalne do natężenia depresji i niepokoju przeżywanego przez matkę. Już w badaniach Condon i Corkindale (1997) oraz późniejszych przeprowadzonych przez Laxton-Kane i Slade (2002) wysokim wskaźnikom depresji w trzecim tryestrze ciąży towarzyszyło niskie natężenie więzi z dzieckiem, Kobiety, które w okresie ciąży nawiązują silniejszą więź z dzieckiem, postrzegają je bardziej pozytywnie po porodzie, albowiem silna więź prenatalna sprzyja pozytywnemu nastawieniu do dziecka oraz większej tolerancji i akceptacji (Bielawska-Batorowicz, 2006).

Tymczasem depresyjne matki mogą być apatyczne, rozdrażnione, wrogie i mniej emocjonalne w stosunku do noworodka. Niechętnie angażują się w kontakt z dzieckiem i często nie reagują na jego potrzeby (Laurent and Ablow, 2013). Depresja może zakłócać percepcję sytuacji i sprzyjać negatywnej ocenie zachowań dziecka (Teti, Towe-Gutman, Gonzalez, 2019). Badania Chun-Chong i Vistanis (2004) mierzące zasięg trudności w relacjach matka-dziecko u kobiet z depresją poporodową dowodzą, że depresyjne matki częściej odrzucają swe dzieci i odczuwają w kontakcie z nimi silny gniew. Matki depresyjne wydają się być mniej wrażliwe i dostrojone do dziecka, a w konsekwencji mniej zdolne do wspierania dziecka i jego rozwoju (Milgrom, Ericksen, McCarthy, Gemmill, 2006).

Matka wskutek depresji może być niezdolna do empatycznego kontaktu z niemowlęciem i reagować odrzuceniem, zaś dzieci matek depresyjnych charakteryzuje dużo słabsze zaangażowanie, mniejsza emocjonalność, gorsza komunikacja, częstsze poczucie winy i urazy (Teti, Crosby, 2012).

Cheryl T.Beck (1996a) w badaniach jakościowych z udziałem 12 kobiet cierpiących na depresję poporodową ustaliła za pomocą wywiadu dziewięć przewodnich motywów charakterystycznych dla opieki nad dzieckiem i nawiązywania z nim interakcji przez depresyjne matki.

Zdaniem Cheryl T.Beck:

- 1) depresja poporodowa wpływa na umysł i ciało kobiety, uniemożliwiając jej troszczenie się o dziecko lub czyniąc tę troskę „mechaniczną”, a także pozbawia matkę jakiegokolwiek radości towarzyszącej zdrowym kobietom w opiece nad nowonarodzonym dzieckiem;
- 2) przytłoczenie obowiązkami wynikającymi z opieki nad dzieckiem powoduje przerażenie i czyni kobietę niezdolną do radzenia sobie z tą sytuacją;
- 3) aby przetrwać tę sytuację i emocje jakich doświadczają, matki depresyjne separują się emocjonalnie i fizycznie od swoich dzieci;
- 4) kobiety pozbawione pragnienia, by nawiązać interakcję ze swoim dzieckiem, tracą zdolność rozpoznawania i właściwego reagowania na zachowania dziecka sygnalizujące jego potrzeby (np. płacz), przy jednoczesnej nadwrażliwości na bodźce (np. krzyk dziecka jest percypowany, jako dużo głośniejszy niż w rzeczywistości, co potęguje poczucie przeładowania problemami wynikającymi z opieki nad dzieckiem);
- 5) w związku z trudnościami towarzyszącymi nawiązywaniu interakcji z dzieckiem umysł kobiety staje się owładnięty przez poczucie winy i irracjonalny sposób myślenia („jestem najgorszą matką na świecie”) charakterystyczne dla depresji;
- 6) zdarza się, że kobieta nie radząc sobie z trudnościami i swoimi emocjami, jakie jej wówczas towarzyszą, przejawia wobec dziecka agresywne zachowania, co wywołuje lęk, iż mogłaby zrobić dziecku krzywdę;
- 7) matki cierpiące na depresję po porodzie wycofują się również z opieki i dbania o swoje starsze dzieci, tak, jakby „przystały zauważać ich obecność”;
- 8) kobiety z depresją poporodową czynią ją odpowiedzialną za utratę bliskości i intymności towarzyszące zdrowym matkom w relacjach z dzieckiem;
- 9) mimo iż doświadczają negatywnych emocji, aby zminimalizować negatywne skutki depresji poporodowej, matki przedkładają potrzeby dziecka nad swoje własne, w konsekwencji zmuszając się do interakcji z dzieckiem (co może nasilać objawy choroby).

Przytoczone przez Beck (1996a) potencjalne zachowania agresywne łączone są przez innych autorów (Teti, Towe-Gutman, Gonzalez, 2019) z poporodową skłonnością do irytacji i drażliwością. Skłonność ta miałyby manifestować się poprzez zachowania agresywne o charakterze werbalnym (m.in. podnoszenie głosu czy ubliżanie i używanie wulgaryzmów) i fizycznym (w tym kopanie przedmiotów, strzaskanie drzwiami, stosowanie przemocy wobec dzieci, partnera czy obecnych w domu zwierząt, rzucanie przedmiotami, etc.) i ranić zarówno adresata tych zachowań, czyli najczęściej dziecko, jak również matkę, która się w ten sposób zachowuje. Dodatkowo, w wymiarze personalnym, kobiety opisują siebie, jako

łatwo wpadające w złość, niecierpliwe i nietolerancyjne wobec zachowań innych – w tym dziecka – dokuczliwe, „marudzące” czy wytykające błędy.

Biopsychospołeczne ujęcie depresji poporodowej (Gilbert, 2004) pokazuje, że depresja poporodowa charakteryzująca się uczuciem smutku, słabym afektem i negatywnym myśleniem koliduje z prawidłowymi behawioralnymi i emocjonalnymi relacjami matki i dziecka.

Objawy depresji poporodowej utrudniają matce zaangażowanie się w wystarczająco dobrą interakcję. Prawdopodobnie depresyjne matki mają trudność z empatycznym dostrojeniem i wrażliwością i nie są w stanie pomóc dziecku w radzeniu sobie ze stresującymi wyzwaniami, jakie stawiają przed nim wymagania rozwojowe.

Stan emocjonalny, a zwłaszcza obniżony nastrój, wpływa, zdaniem wielu autorów, na sposób nawiązywania kontaktu z dzieckiem po porodzie, ocenę posiadanych przez nie cech i interpretację jego zachowania. Wyniki badań, wykorzystujących kwestionariusze służące do pomiaru depresji, m.in. Beck Depression Inventory (Beck i in., 1961), czy Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox i in., 1987) pokazują, że wysokie wskaźniki depresji po urodzeniu dziecka współwystępują z mniej pozytywną oceną jego zachowania – jest ono zdaniem rodziców gorsze i przysparza więcej kłopotów niż zachowanie przeciętnego niemowlęcia (Teti and Crosby, 2012).

Co więcej, czynniki, które wpływają na zapoczątkowanie depresji poporodowej także negatywnie oddziałują na zdolność matki do wchodzenia w interakcje z jej dzieckiem. Dlatego wczesne rozpoznanie ryzyka depresji poporodowej odgrywa protekcyjną rolę dla rozwoju dziecka.

Kendall-Thacket (2005) wyróżniła czynniki zakłócające i wspierające relacje matka-dziecko. Wśród warunków utrudniających nawiązywanie interakcji z dzieckiem dostrzec można takie, które w mniejszym bądź większym stopniu stanowią także czynniki ryzyka dla rozwinięcia się depresji poporodowej, jak choćby nierealistyczne oczekiwania związane z macierzyństwem, niskie poczucie własnej wartości i skuteczności u matki, negatywne i/lub traumatyczne doświadczenia związane z porodem, nieleczone zaburzenia psychiczne i urazy związane z przemocą, trudności wynikające z temperamentu dziecka, kłopoty z karmieniem, przeciążenie obowiązkami macierzyńskimi czy brak wsparcia.

Elementami, które miałyby zapewnić nawiązywanie właściwych interakcji pomiędzy matką a nowonarodzonym dzieckiem, są według autorki: przestrzeganie, by matka miała zapewnioną potrzebną ilość wypoczynku i właściwie się odżywiała, zapewnienie jej dostępu i kontaktu z dzieckiem, udzielanie dokładnych informacji w odpowiedzi na wynikające z wątpliwości pytania, udzielanie emocjonalnego i praktycznego wsparcia, zapewnienie „odpoczynku” od opieki nad dzieckiem.

Czynniki ułatwiające podejmowanie interakcji z dzieckiem leżące po stronie matki, jakkolwiek możliwe do zmodyfikowania np. poprzez właściwie udzielone wsparcie, to

przede wszystkim poczucie wartości i skuteczności w pełnieniu roli wynikającej z macierzyństwa, realistyczne oczekiwania związane z urodzeniem i opieką nad dzieckiem, wreszcie zrozumienie reakcji dziecka, jako wynikających z jego temperamentu i pozytywne doświadczenia w karmieniu piersią.

2.2. Wpływ depresji poporodowej na rozwój dziecka

Dotychczasowe badania (Wang, Chen, Chin, Lee, 2005) koncentrowały się najczęściej na prenatalnych i postnatalnych zmiennych, ułatwiających pozytywny rozwój dziecka. Zmienną mającą szczególne znaczenie dla tego rozwoju jest stan zdrowia psychicznego matki, albowiem determinuje on jej zdolność do opieki nad dzieckiem i radzenia sobie z procesie jego wychowania.

Okres od 2 do 6 miesiąca po narodzinach jest niezwykle istotny w życiu dziecka z punktu widzenia jego późniejszego funkcjonowania (Edhborg, Lundh, Seimyr, Windstrom, 2001). Wówczas właśnie interakcja między matką a noworodkiem kształtuje jego doświadczenia poznawcze, emocjonalne i społeczne. Autorzy podkreślają że jakość wczesnej relacji matka-dziecko odpowiedzialna jest za jakość późniejszych relacji z innymi osobami. Według Kościelskiej (1998) noworodek pozbawiony kontaktu fizycznego z matką nie ma szans na przeżycie.

Dzieci kobiet cierpiących na depresję poporodową są częściej niż w przypadku matek niedepresyjnych zamknięte w sobie, wycofane „mniej radosne i chętne do zabawy (Teti, Huang, 2005), a także bardziej predysponowane do zachorowania na depresję Kościelska (2001, str. 624) uważa ponadto, że „dostrojenie się niemowlęcia pod względem emocjonalnym do depresyjnej matki obniża jego aktywność, osłabia ciekawość świata i dążenie do jego eksploracji”.

Depresja poporodowa może mieć zatem potężny wpływ na rozwój dziecka we wszystkich jego sferach (Kingston, Tough, Whitfield, 2012; Teti, Towe-Gutman, Gonzalez, 2019). Dzieje się tak dlatego, że w okresie postnatalnym zarówno poznawcze, jak i społeczno-emocjonalne doświadczenia i wynikające z nich modelowanie i utrwalanie późniejszych wzorów reakcji zdeterminowane są przekazem płynącym właśnie z rodzaju interakcji, jakie zachodzą pomiędzy matką a dzieckiem.

W tabeli 1 przedstawiono konsekwencje depresji poporodowej u matki dla rozwoju poznawczego, emocjonalnego i społecznego dziecka.

Tabela 1. Depresja poporodowa a rozwój poznawczy, społeczny i emocjonalny dziecka

Depresja poporodowa matki a rozwój poznawczy dziecka	Depresja poporodowa matki a rozwój społeczno-emocjonalny dziecka
Niższy rozwój poznawczy u 4-latków (Cogill i współ., 1986; za: Wasilewska-Pordes, 2000)	Widocznie gorsze zachowanie dzieci pomiędzy 3 a 7 miesiącem życia (Field, 1990)
U chłopców niższe o jedno odchylenie standardowe wyniki w testach inteligencji, aniżeli w populacji ogólnej (Murray, 1992)	Niechęć do nawiązywania kontaktów i zachowania agresywne (Kersten-Alvarez i in., 2012).
Trudności w koncentracji (Weissman i in., 1984)	Dwumiesięczne dzieci matek depresyjnych bardziej drażliwe, mniej zadowolone, szybciej się denerwowały, szybciej podlegały reakcjom stresowym (Whiffen, Gotlib, 1989)
Zaburzenia w ogólnym rozwoju poznawczym (Murray, 1992)	Wzrost poziomu zaburzeń w zachowaniu, liczby zachowań antyspołecznych, większa nadpobudliwość (Murray, 1992)
Niższe wyniki w podskalach mierzących zdolności percepcyjne, motoryczne i werbalne u chłopców w 4 roku życia (Sharp, Hay, Pawlby, Allen, Kumar, 2005)	Większa liczba symptomów internalizacyjnych (nadwrażliwość, niepokój i depresja) oraz eksternalizacyjnych (zachowania opozycyjno-buntownicze, nadmierna agresywność i zaburzenia zachowania) u dzieci matek depresyjnych w ocenie nauczycieli nauczania przedszkolnego (Essex, Klein, Miech, Smider, 2001; Junge i in., 2017)
Niższe wyniki w zakresie dojrzałości szkolnej u 11-latków (Galler i in., 2004)	Zachowania o charakterze przemocowym u 11-letnich dzieci matek z depresją (Hay i in., 2003)
Słabszy rozwój intelektualny i motoryczny w pierwszych 12 miesiącach życia (Lyon-Ruth, 1989; Nguyen i in., 2018)	Niskie kompetencje społeczne wśród 8-i 9-latków, których matki przechodziły PPD (Achenbach, 2001)
	4-krotnie większe ryzyko wystąpienia zaburzeń o charakterze psychiatrycznym u 11-latków matek chorujących na depresję poporodową (Pawlby, Sharp, Hay, O'Keane, 2008)

Źródło: opracowanie własne

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (za: Banasiak-Parzych, 2007) wymienia negatywne skutki depresji poporodowej dla dziecka z perspektywy poszczególnych okresów jego rozwoju:

- 1) Noworodki matek depresyjnych w porównaniu z niedepresyjnymi przejawiają: mniejszą aktywność, większą drażliwość i nerwowość, mniej pozytywnych reakcji mimicznych, zaburzenia rytmu snu i czuwania, tendencję do wyższego poziomu hormonów stresu i aktywności fal mózgowych, podobne jak w depresji.
- 2) Niemowlęta i małe dzieci matek depresyjnych w porównaniu z niedepresyjnymi charakteryzują się depresyjnym sposobem podejmowania interakcji, mniejszą wagą i siłą fizyczną, a także opóźnieniem w rozwoju motorycznym.
- 3) U przedszkolaków matek depresyjnych zaobserwowano natomiast zachowania depresyjne, zachowania agresywne a także pełne niezyczliwości i pozbawione empatii, podwyższony poziom hormonów stresu i aktywność mózgu wskazującą na stan chronicznej depresji.

2.3. Depresja poporodowa a dzieciobójstwo i samobójstwo matki

Historia dzieciobójstwa (z ang. *infanticide*) sięga co najmniej czasów starożytnych, kiedy zbrodnia ta odzwierciedlała specyficzne normy i imperatywy kulturowe. Przykładowo, w wielu starożytnych cywilizacjach (Mezopotamia, Grecja, Rzym), dzieciobójstwo było legalne i usankcjonowane prawnie, chociażby ze względu na nieślubne pochodzenie dziecka. Wśród czynników powiązanych wówczas z występowaniem zbrodni dzieciobójstwa wymienia się biedę, wyż populacyjny, kwestie związane z dziedziczeniem, kulturowy stosunek do dzieci z pozamałżeńskich związków, oparty na wierzeniach lub przesądach stosunek do niepełnosprawności dziecka, jak również tzw. „matczyne szaleństwo” (Meyer, Oberman, 2001).

Chociaż Brockington (1996) wyraźnie podkreśla, że zbrodnia dzieciobójstwa należy do najrzadziej spotykanych konsekwencji zaburzeń psychicznych u kobiet w okresie okołoporodowym, badacze problemu wiążą dzieciobójstwo z matkami, które nie są w stanie opiekować się dzieckiem ze względu na okoliczności podyktowane stanem ich zdrowia psychicznego (Meyer, Oberman, 2001; Spinelli, 2004).

W oparciu o przegląd dostępnych ogólnościowych badań dotyczących zabójstwa wydanego na świat dziecka, Resnick (1969, 1970; za: Brockington, 1996) dokonał rozróżnienia dzieciobójstwa ze względu na czas, w którym do niego dochodzi i wyróżnił morderstwo dziecka w czasie nie dłuższym niż 24 godziny po porodzie oraz w okresie powyżej 24 godzin, jakie upłynęły od narodzin. Zarówno w literaturze, jak i prawodawstwie polskim, rozróżnienie to nie znajduje odpowiedników terminologicznych, w języku angielskim są to odpowiednio: *neonaticide* i *filicide*. Zabójstwo typu *filicide* Brockington i Cox-Roper (1988; Liem, Koendraadt, 2008) wiążą właśnie z chorobą psychiczną matki.

Największe i najbardziej realne zagrożenie dzieciobójstwa związane jest nie tyle z depresją, lecz raczej z psychozą popołogową, ze względu na objawy zaburzenia

o charakterze psychotycznym, takie jak halucynacje, czy urojenia, kiedy to matka zostaje „namówiona” do popełnienia zbrodni np. przez szatana albo w imię uchronienia dziecka przed jej własnymi niebezpiecznymi działaniami albo potępieniem. Jednym z najgłośniejszych przykładów dzieciobójstwa, jako konsekwencji poporodowych zaburzeń nastroju, jest amerykanka z Teksasu – Andrea Yates, która w 2002 roku zamordowała swoje 6-miesięczne dziecko, a następnie pozostałych czworo. Biegli psychiatrzy sądowi zeznali w trakcie procesu, że u oskarżonej zdiagnozowano depresję poporodową z cechami psychotycznymi (Denno, 2003; Spinelli, 2004).

Podobnie relatywnie rzadką konsekwencją w populacji kobiet z poporodowymi zaburzeniami nastroju jest samobójstwo. Ponieważ jednak tendencje i myśli samobójcze występują w obrazie klinicznym depresji poporodowej, powinny być poważnie traktowane, zarówno przez specjalistów, jak i rodzinę chorej kobiety (Bodnar-Deren i in., 2016).

Hogberg, Innala i Sandstrom (1994) dokonali przeglądu śmiertelności kobiet we wczesnym okresie po narodzinach dziecka, przypadających na lata 1980 – 1988. Spośród 58 przypadków, samobójstwo stanowiło aż 10 procent. Współczesne badania wskazują, że śmiertelność okołoporodowa, obejmująca samobójstwa dokonane, próby samobójcze, idee samobójcze i myśli o samookaleczeniu stanowią wiodące przyczyny śmiertelności kobiet w pierwszym roku po urodzeniu dziecka (Orlosini i in., 2016; Palladino, 2011).

2.4. Depresja poporodowa a funkcjonowanie kobiety w wybranych sferach

Adaptacja do pełnienia roli matki nie przebiega jednak wyłącznie w relacji matka-dziecko. Narodziny za każdym razem mogą wpływać w istotny sposób na relacje kobiety z najbliższymi członkami rodziny – w szczególności na funkcjonowanie w diadzie małżeńskiej – i otoczeniem. Młoda matka, zwłaszcza w pierwszym okresie życia dziecka swoją uwagę koncentruje na dziecku, zaś dotychczasowe priorytety ulegają przewartościowaniu.

Jak pokazują rezultaty badań z udziałem obojga rodziców, konflikty małżeńskie i brak satysfakcji jest są dość powszechnym zjawiskiem w okresie pierwszego roku po narodzinach dziecka (Keizer, 2013). Kiedy jednak trudnościom wynikającym z odnalezienia się w nowej roli towarzyszy depresja, zakłócenia relacji z innymi mogą mieć poważniejszy przebieg, a także wtórnie oddziaływać negatywnie na cierpiącą kobietę. Wówczas dochodzić może do licznych konfliktów małżeńskich (Huysman, 2003), będących w tym przypadku już nie czynnikiem ryzyka dla wystąpienia depresji poporodowej, lecz jej konsekwencją. Może to wynikać z małej ogólnej świadomości zmian, jakie przyniesie ze sobą pojawienie się nowego członka rodziny, co w połączeniu z dodatkowym obciążeniem, jakie stanowi choroba kobiety, powoduje niezrozumienie problemu i pozostawanie przy zbyt

wygórowanych oczekiwaniach wobec niej, co do postępowania z dzieckiem. Ponieważ kobieta nie jest zdolna sprostać tym wymaganiom wzrasta ryzyko konfliktów pomiędzy małżonkami.

Dodatkowy punkt zapalny stanowić może mniejsza gotowość (lub jej całkowity brak) do podejmowania przez kobietę współżycia seksualnego. Częściowo jest to związane z utratą libido podczas ciąży, kiedy to zainteresowanie seksualnością, jak również przyjemność z niej płynąca obniżają się (Malarewicz, Szymkiewicz, Rogala, 2006).

Z drugiej strony, jak donoszą badania, prawie 37% ciężarnych kobiet zgłasza wzrost libido, i brak zmian w odczuwanej z podejmowanego współżycia satysfakcji (Pauleta, Pereira, Graca, 2010). Mimo tego, odbywanie stosunków płciowych w okresie ciąży wciąż wzbudza wątpliwości, zaś rezultaty badań wskazują na zmniejszenie aktywności seksualnej w tym okresie zwłaszcza w III trymestrze ciąży (Pauleta, Pereira i Graca, 2010).

Być może przyszłe matki, nawet jeśli w związku z wahaniami poziomu hormonów odczuwają silne potrzeby seksualne, rezygnują z ich zaspokojenia ze względu na obawy o stan zdrowia płodu. Rezygnacja z życia seksualnego w okresie ciąży może być podyktowana również postrzeganiem siebie, jako mniej atrakcyjnej partnerki w związku z dolegliwościami somatycznymi towarzyszącymi ciąży - w badaniach LaRossa (1979) z udziałem ciężarnych kobiet i ich partnerów, przyszłe matki dwukrotnie częściej niż mężczyźni wymieniali mniejszą atrakcyjność seksualną jako przyczynę rezygnacji i/lub ograniczenia podejmowanego współżycia.

Wciąż nieliczne są natomiast doniesienia podejmujące problem częstotliwości i jakości współżycia seksualnego wśród kobiet, u których wystąpiły objawy depresji poporodowej. Dowiedzione natomiast zostało, że kobiety cierpiące na depresję poporodową zgłaszają, że brakuje im intymności w związku (Robinson i in., 1989) oraz że nie czują się kochane oraz otoczone satysfakcjonującą opieką przez swoich współmałżonków (Braverman, Roux, 1978).

Spodziewając się pewnych zależności pomiędzy tymi dwoma zmiennymi, Huang i Mathers (2006) przeprowadzili porównawcze badania dotyczące satysfakcji seksualnej wśród kobiet po porodzie z depresją poporodową w Wielkiej Brytani (n=50) i na Tajwanie (n=101). Wyniki tych międzykulturowych studiów potwierdziły wstępne ogólne przypuszczenia - w obu kulturach zarówno czynniki emocjonalne (np. niepokój o dziecko), jak i czynniki fizyczne (np. nacięcie krocza podczas porodu) determinowały aktywność seksualną kobiet po porodzie. Co ciekawe, 10 do 14% z porównywanych grup łącznie wskazywało na obecność obaw związanych ze współżyciem po porodzie, podczas gdy jednocześnie, 87-91% kobiet przyznało się do współżycia seksualnego od 1 do 2 razy w tygodniu podczas ciąży. Zależności pomiędzy depresją poporodową a różnymi aspektami podejmowanego współżycia seksualnego po narodzinach dziecka różniły się w zależności od kultury, z jakiej pochodziły badane. U Brytyjek dostrzeżono ujemną korelację depresji

poporodowej oraz seksualnej pewności siebie sferze seksualnej (ang. *sexual self-confidence*). Dodatkowo, zgłaszane przez nie brak satysfakcji z pożycia seksualnego, brak wystarczających informacji dotyczących współżycia po porodzie oraz lęk związany z seksem po porodzie zwiększały ryzyko wystąpienia objawów depresji poporodowej. W przypadku grupy z Tajwanu istotnie silna okazała się korelacja słabych relacji ze współmałżonkiem i niski poziom seksualnej pewności siebie z depresją poporodową.

Tematyka aktywności seksualnej i jej jakości w okresie połogu, ujęta w perspektywie konsekwencji depresji poporodowej u kobiety wciąż nie została dostatecznie zbadana. Nieliczne ze współczesnych badania wskazują, że wyższe wskaźniki depresji współwystępują wraz ze spadkiem poziomu życia seksualnego (Faisal-Cury i in., 2013).

W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że chociaż dotychczasowe rezultaty poszukiwania zależności pomiędzy depresją poporodową a życiem seksualnym pokazują, że depresyjne kobiety mniej chętnie wznawiają współżycie seksualne w okresie pierwszych 6 miesięcy po porodzie i zgłaszają więcej problemów w obszarze zdrowia seksualnego, Morof, Barrett, Peacock i Victor (2003), zalecają dokładniejszą obserwację tych zmiennych. Twierdzą bowiem, że wyprowadzenie prostej zależności pomiędzy depresyjnymi zaburzeniami nastroju a podejmowaniem współżycia seksualnego i jego jakością po porodzie jest na chwilę obecną nadinterpretacją. Nie wiadomo bowiem, czy słabe zainteresowanie i niska satysfakcja z życia seksualnego jest tak naprawdę symptomem choroby czy też jej konsekwencją.

Negatywne skutki depresji poporodowej odnotowano także w sferze kontaktów z innymi ludźmi. Kobiety przeciążone obowiązkami wynikającymi z macierzyństwa i jednocześnie niezdolne by im sprostać, ze względu na objawy choroby, wycofują się z relacji z otoczeniem w obawie przed oceną ich wartości jako matek. Objawy choroby czynią je dodatkowo mniej odporne na krytykę i bardziej skłonne do personalnego odczytywania uwag i porad dotyczących wychowywania dziecka (Bennet, Indman, 2003).

Peidhl i in. (1995) dowiedli ponadto w swoich badaniach, że przebycie depresji poporodowej może istotnie wpływać na dalsze decyzje prokreacyjne i drastycznie zmieniać plany posiadania kolejnych dzieci. w przytaczanych badaniach zmiany o takim charakterze wystąpiły w postawach 32% spośród 268 ankietowanych kobiet (kryterium włączenia do badań stanowiła diagnoza poporodowych zaburzeń psychicznych). Badane tłumaczyły je obawami przed nawrotem dolegliwości w następnej ciąży, konsekwencjami doświadczanych trudności dla otoczenia, w tym trudnościami w nawiązywaniu więzi z dzieckiem, oraz kosztami leczenia i koniecznością hospitalizacji (Peindl i in., 1995).

Iwanowicz, Makara-Studzińska i Prażmowska (2009) wśród skutków depresji poporodowej i jej powikłań wymieniają jeszcze:

- istotne trwałe obniżenie poczucia własnej wartości, w szczególności w kontekście bycia matką;
- poczucie żalu wywołane „stratą” pierwszego roku życia dziecka;

- opóźnienie nawiązania bliskiej więzi pomiędzy matką a dzieckiem;
- zmiany w zachowaniu starszego rodzeństwa;
- negatywne nastawienie do kolejnej ciąży;
- problemy małżeńskie i będące ich konsekwencją rozwody.

W tabeli 2 znajduje się zestawienie konsekwencji depresji poporodowej, z uwzględnieniem tych, które odnoszą się do dziecka (zarówno związane z opieką nad nim, jak i jego rozwojem), do funkcjonowania kobiety cierpiącej na depresję, jak również związane z otoczeniem.

Tabela 2. Konsekwencje depresji poporodowej dla dziecka, matki i otoczenia

Konsekwencje depresji poporodowej dla dziecka	Konsekwencje depresji poporodowej dla matki	Konsekwencje depresji poporodowej dla otoczenia
Niechęć do nawiązywania interakcji z dzieckiem	Trudności w pełnieniu roli matki	Konflikty w relacjach z innymi członkami rodziny
Trudności w tworzeniu się więzi z dzieckiem	Konflikty małżeńskie	Zaniedbywanie bliskich, w tym pozostałych dzieci
Agresywne zachowania wobec dziecka	Trudności w sferze seksualnej*	
Ryzyko dzieciobójstwa*	Niechęć do posiadania kolejnych dzieci*	
Trudności związane z prawidłowym rozwojem dziecka w sferze społecznej, poznawczej i emocjonalnej	Wycofanie z kontaktów społecznych	
	Ryzyko samobójstwa*	

* zależność rzadko występująca bądź potwierdzona w nielicznych badaniach; Źródło: opracowanie własne

Podsumowanie

Depresja poporodowa dotyka matki na całym świecie. Ze względu na długoterminowe konsekwencje i destrukcyjny wpływ objawów na więź matki z dzieckiem (a tym samym pośrednio i bezpośrednio na prawidłowy jego rozwój), relacje chorej kobiety ze współmałżonkiem, rodziną i otoczeniem, depresja poporodowa stanowi istotny problem z perspektywy zdrowia publicznego. Powrót do równowagi wymaga czasu i wsparcia psychologicznego lub psychoterapii, niekiedy wspomaganym także leczeniem farmakologicznym. Bez profesjonalnej pomocy, proces zdrowienia może być znacznie utrudniony a nawet niemożliwy.

Bibliografia:

- Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- American Psychiatric Association, APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition. Washington DC.
- Banasiak-Parzych, B. (2007). *Depresja poporodowa. Przyczyny, skutki, zapobieganie*. Warszawa: wydawnictwo Koldruk.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, C.T. (1996a). Postpartum depressed mothers' experiences interacting with their children. *Nursing Research*, 45, 98-104.
- Beck, Ch.T. (1996b). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 45 (5), 297-303.
- Bennet, S.S., Indman, P. (2003). *Beyond the blues. a guide to understanding and treating prenatal and postpartum depression*. San Jose, California: Moodswings Press.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Bodnar-Deren, S., Klipstein, K., Fersh, M., Shemesh, E., Howell, E.A. (2016). Suicidal Ideation During the Postpartum Period. *Journal of Women's Health*, 25 (12), 1219-1224.
- Braverman, J., Roux, J.F. (1978). Screening for the patient at risk for postpartum depression. *Obstetrics and Gynecology*, 52, 731-736
- Brockington, I. (1996). *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press.
- Brockington, I.F., Cox-Roper, A. (1988). The nosology of puerperal mental illness, (in:) I.F. Brockington i R. Kumar (eds.) *Motherhood and Mental Illness 2: Causes and Consequences* London: Wright.
- Brummelte, S., Galea, L.A.M. (2016). Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, 77, 153-166.
- Budrowska, B. (2000). *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety*. Warszawa: Wydawnictwo Funna.
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*, 15 (3), 243-255.
- Chun-Chong, L., Vistanis, P. (2004). Perceived Mother-Infant Relationship Difficulties in Postnatal Depression. *Infant and Child Development*, 13, 159-171.
- Condon, J.T., Corkindale, C.J. (1998). The assessment of parent-to-infant attachment: development of a self-report questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 57-76.
- Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development

- of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Deave, T., Johnson, D., Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8, 30.
- Denno, D.W. (2003). Who is Andrea Yates? a Short Story About Insanity, *Duke Journal of Gender Law & Policy*, 10; 1-140.
- Edhborg, M., Lundh, W., Seimyr, L., Windstrom, A.M. (2001). The long-term impact of postnatal depressed mood on mother-child interaction: a preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19 (1), 62-71.
- Essex, M., J., Klein, M.H., Miech, R., Smider, N.A. (2001). Timing of initial exposure to maternal major depression and children's mental health symptoms in kindergarten. *British Journal of Psychiatry*, 179, 151-156.
- Faisal-Cury, A., Huang, H., Chan, Y.F., Menezes, P.R. (2013). The relationship between depressive/anxiety symptoms during pregnancy/postpartum and sexual life decline after delivery. *The Journal of Sexual Medicine*, 10 (5), 1343-1349.
- Galler, J.R., Ramsey, F.C. Harrison, R.H., Taylor, J., Cumberbatch, G., Forde, V. (2004). Postpartum maternal moods and infant size predict performance on a national high school entrance examination. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1064-1075.
- Gawlik S, Müller M, Hoffmann L, Dienes A, Wallwiener M, Sohn C. i wsp. (2014). Prevalence of paternal perinatal depressiveness and its link to partnership satisfaction and birth concerns. *Arch. Womens Ment. Health*, 17, 49-56.
- Gaynes, B.N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., i in. (2005). *Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes*. Evidence Report/Technology Assessment No. 119. AHRQ Publication No. 05-E006-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Gelaye, B., Rondon, M.B., Araya, R., Williams, M.A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 3 (10); 973-82.
- Ghaedrahmati, M., Kazemi, A., Kheirabadi, G., Ebrahimi, A., Bahrami, M. (2017). Postpartum depression risk factors: a narrative review. *Journal of Education and Health Promotion*, 6, 60.
- Gilbert, P. (2004). Depression: a biopsychosocial, integrative, and evolutionary approach, (in:) *Mood disorders – a handbook of science and practice*, M. Power (ed.), 99-142, Chichester, UK; John Wiley and Son.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Angold, A., Harold, G. T., Sharp, D. (2003). Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Developmental Psychology*, 39, 1083-1094.
- Hogberg, U., Innala, E., Sandstrom, A. (1994). Maternal mortality in Sweden, 1980-1988.

- Obstetrics and Gynecology*, 84, 240-244.
- Huang, Y.C., Mathers, N.J. (2006). a comparison of sexual satisfaction and post-natal depression in the UK and Taiwan. *International Nursing Review*, 53, 197-204.
- Huysman, A. (2003). *The postpartum effect. Deadly depression in mothers*. New York: Seven Stories Press.
- ICD-10. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania*. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Iwanowicz-Palus, G., Makara-Studzińska, M., Prażmowska, B. (2009). Profilaktyka zaburzeń emocjonalnych okresu okołoporodowego, (w:) *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Makara-Studzińska, M. i Iwanowicz-Palus, G. (red.), 214-222.
- Junge, C., Garthus-Niegel, S., Slinning, K., Polte, C., Simonsen, T. B., Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of perinatal depression on children's social-emotional development: a longitudinal study. *Maternal and Child Health Journal*, 21, 607-615
- Keizer, R. (2013), *Relationship satisfaction*, (in:) A.C. Michalos (ed.), *Encyclopedia of Quality of Life Research*: Springer.
- Kendall-Thackett, K. (2005). *Depression in new mothers – causes, consequences and treatment alternatives*. New York, London, Oxford: The Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- Kersten-Alvarez, L.E., Hosman, C.M.H., Riksen-Walraven, J.M., Doesum, K.T.M., Smeekens, S., Hoefnagels, C. (2012). Early School Outcomes for Children of Postpartum Depressed Mothers: Comparison with a Community Sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 43 (2), 201-18.
- Kingston, D., Tough, S., Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 683-714
- Kościelska, M. (1998). *Trudne Macierzyństwo*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- LaRossa, R. (1972). Sex during pregnancy: a symbolic interactionist analysis. *The Journal of Sex Research*, 15 (2), 119-128.
- Laurent, H.K., Ablow, J.C. (2013). a face a mother could love: depression-related maternal neural responses to infant emotion faces, *Social Neuroscience*, 8 (3), 228-239.
- Laxton-Kane, M., Slade, P. (2002) .The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20, 4, 253-266.
- Liem, M., Koenraadt, F. (2008). Filicide: a comparative study of maternal versus paternal child homicide. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18 (3), 166-176.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D., Grunebaum, H. (1989). Family deviance and family disruption

- in childhood: Associations with maternal behavior and infant maltreatment during the first two years of life, *Development and Psychopathology*, 1, 219-236.
- Malarewicz, A., Szymkiewicz, J., Rogala, J. (2006). Seksualność kobiet w ciąży, *Ginekologia Polska*, 77 (7), 733-737.
- Meyer, Ch.L., Oberman, M. (2001). *Mothers who kill their children*. New York and London, New York University Press.
- Milgrom, J., Ericksen, J., McCarthy, R., Gemmill, A. W. (2006). Stressful impact of depression on early mother-child relations. *Stress and Health*, 22, 229-238.
- Morof, D., Barrett, G., Peacock, J., Victor, Ch.R. (2003). Postnatal depression and sexual health after childbirth. *Obstetrics and Gynecology*, 102 (6), 1318-1325.
- Myers, S., Johns, S.E. (2018). Postnatal depression is associated with detrimental life-long and multi-generational impacts on relationship quality. *PeerJ*, 6: e4305.
- Nguyen, P.H., Friedman, J., Kak, M., Menon, P., Alderman, H. (2018). Maternal depressive symptoms are negatively associated with child growth and development: Evidence from rural India. *Maternal & Child Nutrition*, 14, e12621.
- Nieland, M.N.S., Roger, D. (1997). Symptoms in post-partum and non-post-partum samples: implications for postnatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 15, 31-42.
- Noppe, I., Noppe, L., Hughes, F. (1991). Stress as a predictor of the quality of parent-infant interactions, *The Journal of Genetic Psychology*, 152 (1), 17-28.
- O'Hara, M.W, McCabe, J.E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9 (1), 379-407.
- O'Hara, M.W. (1985). Depression and marital adjustment during pregnancy and after delivery. *American Journal of Family Therapy*, 13, 49-55,
- Orsolini, L., Valchera, A., Vecchiotti, R., Tomasetti, C., Iasevoli, F., Fornaro, M., Bellantuono, C. (2016). Suicide during Perinatal Period: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Correlates, *Frontiers in Psychiatry*, 7, 138.
- Palladino, C. L., Singh, V., Campbell, J., Flynn, H., Gold, K. J. (2011). Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstetrics and Gynecology*, 118 (5), 1056-1063.
- Pauleta J.R., Pereira, N.M., Graca, L.M. (2010). Sexuality during pregnancy, *Journal of Sexual Medicine*, 7, 136-142.
- Pawlby, S., Sharp, D., Hay, D. O'Keane, V. (2008). Postnatal depression and child outcome at 11 years: the importance of accurate diagnosis. *Journal of Affective Disorders*, 107, 241-245.
- Peindl, K.S., Zolnik, E.J., Wisner, K.L. Hanusa, B.H. (1995). Effects of postpartum psychiatric illnesses on family planning. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 25 (3), 291-300.

- Pitt, B. (1968). Atypical depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 122, 1325-1335.
- Robinson, G.E., Olmsted, M.P., Garner, D.M. (1989). Predictors of postpartum adjustment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 561-565.
- Sharp, D., Hay, D. F., Pawlby, S., Allen, H., Kumar, R. (2005). The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 1315-1337.
- Spinelli, M.G. (2004). Maternal Infanticide Associated With Mental Illness: Prevention and the Promise of Saved Lives. *American Journal of Psychiatry*, 161 (9), 1548-1557.
- Teti, D. M., Towe-Goodman, N., Gonzalez, M. (2019). *Postpartum Depression, Effects on Infant*. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology. Elsevier.
- Teti, D.M., Crosby, B. (2012). Maternal depressive symptoms, dysfunctional cognitions, and infant night waking: the role of maternal nighttime behaviour, *Child Development*, 83 (3), 939-953.
- Wang, S., Chen, C., Chin, C., Lee, S. (2005). Impact of postpartum depression on the mother-infant couple, *Birth*, 32 1, 39-44.
- Wasilewska-Pordes, M. (2000). *Depresja porodowa*. Kraków: Wydawnictwo Radamsa.
- Weissman, M.M., Leckman, J.F., Merikangas, K.R, Gammon, G.D., Prusoff, B.A. (1984). Depression and Anxiety Disorders in Parents and Children: Results From the Yale Family Study, *Archives of General Psychiatry*, 41 (9), 845-852.
- Whiffen, V.E., Gotlib, I. H. (1989). Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *Journal of Abnormal Psychology*, 98 (3), 274-279.

Dr n. med. Barbara Baranowska
Zakład Położnictwa
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Mgr Sylwia Kowalska
Katedra Pielęgniarstwa
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski

Mgr Iwona Kiersnowska
Klinika Położnictwa i Perinatologii
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Dr Dorota Sys
Zakład Zdrowia Prokreacyjnego
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Zależność między chustonoszeniem a karmieniem piersią

The relationship between babywearing and breastfeeding

Abstrakt:

Wprowadzenie. Noszenie w chuście stanowi jeden z elementów opieki nad dzieckiem. Brakuje badań naukowych opisujących zjawisko chustonoszenia i analizujących jego wpływ na sposób żywienia dziecka.

Cel. Celem pracy było zbadanie związku między noszeniem dziecka w chuście a sposobem karmienia dziecka. w przypadku kobiet karmiących piersią badano wpływ chustonoszenia na długość karmienia piersią.

Materiał i Metoda. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, za pomocą autorskiej ankiety, w okresie wrzesień 2017 roku – styczeń 2019 roku. Badania przeprowadzono wśród 976 kobiet, które miały jedno lub więcej dzieci. w analizach statystycznych przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Analiz dokonywano za pomocą programu SPSS.

Wyniki. Dzieci były najczęściej karmione wyłącznie piersią, niezależnie od tego które było to dziecko. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności między drogą porodu a sposobem karmienia dzieci. Większość kobiet miała okazję nosić lub nosi dziecko w chuście (82%). Analiza statystyczna za pomocą testu niezależności chi kwadrat wykazała statystycznie istotne powiązanie między faktem noszenia dziecka w chuście, a miejscem zamieszkania ($p < 0,001$).

Stwierdzono statystycznie istotne powiązanie między sposobem karmienia dziecka, a faktem noszenia dziecka w chuście ($p < 0,001$). Dzieci, które były noszone w chuście, najczęściej karmione były tylko piersią, rzadko piersią i mlekiem modyfikowanym. Stwierdzono istotne różnice w średnim czasie karmienia dziecka piersią, pomiędzy kobietami które nosiły dziecko w chuście, a kobietami które tego dziecka nie nosiły ($p < 0,001$). Dłużej piersią karmiły matki, które nosiły dziecko w chuście.

Słowa kluczowe: Karmienie piersią, opieka nad dzieckiem, chustonoszenie

Abstract:

Introduction. Wearing baby in a sling is one of the elements of childcare. There is a lack of scientific research describing the phenomenon of babywearing and analyzing its impact on the way of feeding the child.

Aim. The aim of the study was to examine the relationship between carrying a baby in a sling and the way of feeding a child. In the case of breastfeeding women, the effect of babywearing on the length of breastfeeding was studied.

Material and Method. The research was carried out by means of a diagnostic survey, using a proprietary questionnaire, in the period of September 2017 - January 2019. The study was conducted among 976 women who had one or more children. In statistical analyzes, the significance level $p < 0.05$ was assumed. Analyzes were made using the SPSS program.

Results. Children were most often exclusively breastfed. There was no statistically significant relationship between the delivery route and the method of feeding children. Most women had the opportunity to wear or carry a baby in a sling (82%). Statistical analysis using the chi-square independence test showed a statistically significant relationship between the fact of carrying the baby in the sling and the place of residence ($p < 0.001$). a statistically significant relationship was found between the way of feeding a child and the fact of carrying a child in a sling ($p < 0.001$). Children who were carried in a sling were fed only breastfeed, rarely artificially fed. There were significant differences in the average breastfeeding time, between the women who were carrying the baby in the sling, and the women who did not carry the baby ($p < 0.001$). The women who carried the baby in the sling for a longer time were breastfeeding the baby.

Key words: Breastfeeding, childcare, babywearing

Wprowadzenie

W żywieniu niemowląt i małych dzieci karmienie mlekiem matki stanowi złoty standard (Agostoni et al., 2009; Szajewska et al., 2016). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), zaleca by dziecko było karmione piersią przez dwa lata życia lub dłużej, przy czym pierwsze sześć miesięcy powinno stanowić wyłączone karmienie piersią (WHO, 2017). Karmienie naturalne przynosi korzyści zarówno matce jak i dziecku (Victora et al., 2016). Nie jest to jedynie metoda żywienia, ale również sposób zaspokojenia potrzeby bliskości, poczucia bezpieczeństwa, łagodzenia bólu czy odpowiedniej stymulacji noworodka, niemowlęcia i większego dziecka (Bergman, 2013; Harrison et al., 2016; Moberg and Prime, 2013; Montgomery et al., 2006; Tharner et al., 2012). w Polsce większość kobiet rozpoczyna karmienie piersią bezpośrednio po porodzie, jednak wskaźniki wyłącznego karmienia piersią oceniane w szóstym miesiącu życia oraz wskaźniki karmienia piersią powyżej 2 roku życia są niskie (Bernatowicz-Łojko et al., 2012; Królak-Olejek et al., 2017; Zielińska et al., 2017). Identyfikacja czynników mogących mieć wpływ na wspieranie i promowanie karmienia naturalnego powinna stanowić ważny element polityki zdrowotnej.

Chustonoszenie nie jest novum w odniesieniu do sposobów opieki nad dzieckiem, a jedynie powrotem do tradycji (Kirkilionis, 2013, 2011; Polowczyk-Michalska and Mojs, 2015; Żołądź-Strzelczyk, 2002)¹. Pierwsze nosidła wykonywane były ze skóry zwierząt, a z upływem czasu opiekunowie radzili sobie wykorzystując dostępne rośliny, korę drzew, czy później tkaniny (Gross-Loh, 2010). Wprowadzenie wózków i fotelików transportowych stało się alternatywą dla noszenia dziecka w bliskości.

Nie ma wielu badań opisujących korzyści czy też problemy u matki i dziecka związane z noszeniem dziecka w chuście. Większość opracowań odnosi się do oceny

¹ Zdaniem wielu antropologów to właśnie nosidło było pierwszym narzędziem, jakie skonstruował człowiek ze względu na utrudnione chwytanie przez dziecko nieowłosionego ciała matki (Didierjean-Jouveau, 2010).

zagrożeń związanych z niewłaściwym ułożeniem ciała dziecka czy ryzykiem uduszenia (Addison, 2010; Dąbrowska et al., 2017; Ojukwu et al., 2017; Polowczyk-Michalska and Mojs, 2015; Schmid et al., 2019). Brakuje wysokiej jakości badań naukowych porównujących rozwój dzieci noszonych w chustach, względem dzieci nienoszonych, a także doniesień określających wpływ chustonoszenia na sposób żywienia dziecka.

Celem pracy było zbadanie związku noszenia dziecka w chustce z wyborem sposobu karmienia dziecka oraz długością karmienia piersią. w pracy uwzględniono czynniki istotnie wpływające na długość karmienia piersią: sposób porodu, wsparcie personelu medycznego, wsparcie partnera oraz czas powrotu do pracy po porodzie.

Material i metody

Badania ilościowe przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Dane zbierano za pomocą autorskiej ankiety zawierającej 17 pytań. Badania prowadzono w okresie wrzesień 2017 roku – styczeń 2019 roku na stronach internetowych dla rodziców. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Wypełnienie ankiety było równoznaczne z wyrażeniem zgody na badania.

Badania przeprowadzono wśród 976 kobiet, które miały jedno lub więcej dzieci. w badaniu analizowano historię odżywiania i opieki dotyczącą wszystkich dzieci, które posiadały badane kobiety, czyli łącznie 1445 dzieci.

Istotność różnic w średnich wynikach pomiędzy dwiema grupami sprawdzano za pomocą testu t Studenta dla prób niezależnych. Istotność różnic pomiędzy zmiennymi jakościowymi (nominalnymi) sprawdzano za pomocą testu niezależności chi kwadrat.

Korelacje pomiędzy zmiennymi sprawdzono za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana. w analizach statystycznych przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Analiz dokonywano za pomocą programu SPSS.

Wyniki

Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 30,8 lat, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 4,53 lat. Najmłodsza ankietowana posiadała 21 lat, najstarsza respondentka była w wieku 47 lat.

Większość ankietowanych mieszkała w miastach powyżej 200 tys. mieszkańców (41%), w miastach od 50 do 200 tys. mieszkańców mieszkało 27% respondentek, w miastach do 50 tys. mieszkańców mieszkało 17% kobiet. Grupę badaną uzupełniały kobiety mieszkające na wsi (14%).

Zdecydowana większość ankietowanych kobiet posiadała wykształcenie wyższe (76%), średnie wykształcenie miało 22% respondentek, grupę uzupełniały kobiety

z wykształceniem zasadniczym (1%) i podstawowym (1%). Większość respondentek była aktywna zawodowo (85%).

Jedno dziecko posiadało 61% ankietowanych, dwoje dzieci 32%, wśród ankietowanych były także kobiety posiadające troje (5%), czworo (1%), pięcioro (0,2%), sześcioro (0,3%) dzieci.

Większość dzieci urodziła się drogami natury 899 (61,9%). Poród operacyjny miał miejsce w 504 (34,7%) przypadkach. Pierwsze i drugie dziecko było najczęściej urodzone drogami i siłami natury, sytuacja taka miała miejsce u 62% kobiet, poprzez cesarskie cięcie rodziło się ponad 34% dzieci. Cesarskie cięcie było częściej stosowane w przypadku porodu 3 dziecka (42%), wraz z rodnością obniżała się liczba porodów drogami i siłami natury w kolejnych ciążach (56%).

Średni czas powrotu do pracy wynosił 14,2 miesiące, przy odchyleniu standardowym wynoszącym 8,02 miesiące. Analiza za pomocą testu t Studenta nie wykazała statystycznie istotnych różnic w czasie powrotu do pracy pomiędzy kobietami noszącymi dziecko w chuście, a kobietami nie stosującą tej metody ($p = 0,296$).

Dzieci były najczęściej karmione wyłącznie piersią, niezależnie od tego które było to dziecko. Wyższy odsetek karmienia piersią odnotowano podczas karmienia drugiego (84%) i trzeciego (85%) dziecka (Tab.1).

Tabela 1. Sposób karmienia dziecka (N=1445)

Sposób karmienia	Liczebność	Wyłącznie piersią	Piersią i mlekiem modyfikowanym	Wyłącznie mlekiem modyfikowanym
1 dziecko	970	72,5%	24,5%	3,0%
2 dziecko	383	84,3%	14,9%	0,8%
3 dziecko	65	84,6%	12,3%	3,1%
4 dziecko	15	80,0%	20,0%	0,0%
5 dziecko	6	83,3%	16,7%	0,0%
6 dziecko	6	83,3%	16,7%	0,0%

Nie wykazano istotnej statystycznie zależności między drogą porodu a sposobem karmienia dzieci.

Większość kobiet miała okazję nosić lub nosi dziecko w chuście (82%). Analiza statystyczna za pomocą testu niezależności chi kwadrat wykazała statystycznie istotne powiązanie między faktem noszenia dziecka w chuście, a miejscem zamieszkania ($p < 0,001$). Dziecko w chuście najczęściej nosiły kobiety mieszkające na wsi (82%) oraz w największych miastach (88%), najrzadziej kobiety mieszkające w małych (78%) i średnich (76%) miastach (Tab. 2).

Tabela 2. Rozkład odpowiedzi z podziałem na miejsce zamieszkania (N=976)

			Miejsce zamieszkania ankietowanej			
			Wieś	Miasto do 50 tys. mieszkańców	Miasto od 50 - 200 tys. mieszkańców	Miasto powyżej 200 tys. mieszkańców
Czy ankietowana nosiła dziecko w chuście	Tak	Liczebność	111	132	202	356
		% z Zamieszkania	82,2%	77,6%	75,7%	88,1%
	Nie	Liczebność	24	38	65	48
		% z Zamieszkania	17,8%	22,4%	24,3%	11,9%

Test niezależności chi kwadrat

$\chi^2 = 19,77; p < 0,001$

Tabela 3. Noszenie dziecka w chuście, a sposób karmienia dziecka (N=976)

			Noszenie dziecka w chuście	
			Tak	Nie
Sposób karmienia dziecka	Wyłącznie piersią	Liczebność	565	203
		% z Noszenie	80,7%	57,0%
	Piersią i mlekiem modyfikowanym	Liczebność	130	128
		% z Noszenie	18,6%	36,0%
	Wyłącznie mlekiem modyfikowanym	Liczebność	5	25
		% z Noszenie	0,7%	7,0%

Test niezależności chi kwadrat

$\chi^2 = 80,46; p < 0,001$

Stwierdzono statystycznie istotne powiązanie między sposobem karmienia dziecka, a faktem noszenia dziecka w chuście ($p < 0,001$). Dzieci, które były noszone w chustce, najczęściej karmione były tylko piersią (81%), rzadko piersią i mlekiem modyfikowanym (19%). Odsetek dzieci karmionych wyłącznie piersią w grupie dzieci nie noszonych w chustce był znacznie mniejszy i wynosił 57%. Dzieci te znacznie częściej były karmione w sposób mieszany (36%), a 7% było karmione wyłącznie mlekiem modyfikowanym (Tab. 3).

Analiza statystyczna za pomocą testu t Studenta wykazała statystycznie istotne różnice w średnim czasie karmienia dziecka piersią, pomiędzy kobietami które nosiły dziecko w chustce, a kobietami które tego dziecka nie nosiły ($p < 0,001$). Dłużej piersią karmiły matki, które nosiły dziecko w chustce (Tab. 4).

Tabela 4. Czas karmienia piersią, a fakt noszenia dziecka w chustce

	Czy ankietowana nosiła kiedykolwiek dziecko w chustce			
	Tak		Nie	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Czas karmienia piersią (w tygodniach)	19,3	10,17	13,3	10,02
Test t Studenta dla prób niezależnych	$t = 8,89; p < 0,001$			

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *t* – wartość testu t Studenta, *p* – poziom istotności

Ocena wsparcia w karmieniu piersią ze strony personelu podczas pobytu na oddziale położniczym nie była jednoznaczna, ocenę negatywną wystawiło 35% ankietowanych, pozytywną wystawiło 46% respondentów. Nie miało zdania w tej kwestii blisko 19% kobiet. Nie wykazano różnic statystycznych między grupami kobiet noszących i nie noszących dzieci w chustce.

Badane różnie opisywały poziom wsparcia w karmieniu piersią ze strony partnera, jednak 87% potwierdzało otrzymanie wsparcia, a 8,4% negowało taką pomoc. Nie wykazano różnic statystycznych między grupami kobiet noszących i nie noszących dzieci w chustce. Analiza za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana wykazała statystycznie istotny związek między miejscem zamieszkania ($p = 0,003$), wykształceniem matek ($p < 0,001$), a ich oceną wsparcia partnera. Kobiety mieszkające w większych miastach, z wyższym wykształceniem wystawiali wyższe oceny swoim partnerom.

Większość kobiet nie miała problemów w czasie karmienia piersią (47%). Najczęściej występujące objawy, utrzymujące się dłużej niż 2-3 dni oraz wymagające wsparcia profesjonalistów to: trudności w przystawianiu do piersi (27%), zapalenie, ropień,

grzybica piersi (17%), rzadziej występował rzeczywisty niedobór pokarmu lub duży ubytek masy ciała (8%) lub przeciwwskazania do karmienia piersią (3%).

Dyskusja

Większość badanych kobiet karmiła piersią, odsetek karmienia naturalnego wzrastał wraz z rodnością. Kolejne dzieci częściej były karmione wyłącznie piersią przez 6 pierwszych miesięcy życia. Może to wynikać z doświadczenia, jakie zdobywają kobiety przy karmieniu pierwszego dziecka. Wskaźniki karmienia obserwowane w naszym badaniu są wyższe niż obserwowane przez innych badaczy (Zielińska et al., 2017). Może to wynikać z doboru grupy badanej. Wśród ankietowanych większość kobiet zadeklarowała, że posiada wykształcenie wyższe. Jest to jeden z czynników, który pozytywnie wpływa na podejmowanie i kontynuowanie karmienia piersią (Magnusson et al., 2016).

Cięcie cesarskie uważane jest za czynnik utrudniający udane karmienie piersią (Hobbs et al., 2016). Wśród ankietowanych ok. 34% kobiet miało wykonane cięcie cesarskie, jednak analiza związku pomiędzy sposobem porodu, a karmienia dziecka nie wykazała istotnych zależności. Większość badanych zgłaszała problemy i trudności w czasie laktacji, przy równoczesnym deklarowaniu odpowiedniego wsparcia ze strony partnera. Wsparcie personelu medycznego w trakcie pobytu na oddziale oceniane było różnie. Możliwe, że to właśnie kobiety po cesarskim cięciu otrzymywały bardziej adekwatną do potrzeb pomoc, co przekładało się na dłuższy okres karmienia.

W badaniach własnych zaobserwowano wysoki odsetek kobiet noszących dziecko w chuście (82%). Nie wydaje się jednak, że jest to wynik reprezentatywny dla polskiej populacji. Pomimo wzrostu popularności tego typu opieki nad dziećmi, w Polsce chustonoszenie promowane jest przede wszystkim wśród osób preferujących rodzicielstwo bliskości, czy rodziców przemieszczających się z dziećmi w warunkach niedostępnych dla wózków dziecięcych. Sytuacja ta dotyczy jednak mniejszości. Nadal użycie wózków czy fotelików jest powszechne, a nie noszenie dzieci w chuście. Uzyskane wyniki wiążą się zapewne z określonym doбором w rekrutacji grupy. Ankieta skierowana do matek zawierała słowo „chustonoszenie”, co mogło szczególnie zachęcać matki, stosujące taki sposób opieki nad dzieckiem do udziału w badaniu.

Istotny związek odnotowano natomiast pomiędzy sposobem karmienia dziecka, a faktem noszenia dziecka w chuście. Dzieci, które były noszone w chuście, najczęściej karmione były wyłącznie piersią (81%), rzadko natomiast piersią i mlekiem modyfikowanym (19%). Dzieci karmionych wyłącznie piersią wśród mam nie noszących w chuście był znacznie mniejszy procent i wynosił ok 57%. Częściej natomiast dzieci nienoszone były karmione w sposób mieszany (36%), a 7% było karmione wyłącznie mlekiem

modyfikowanym. Dodatkowo badanie wykazało, że noszenie w chuście wiązało się z przedłużonym karmieniem piersią. Podobną zależność opisała Didierjean-Jouveau (2010).

Uzyskane wyniki badania znajdują poparcie w założeniach teoretycznych. Noszenie dziecka zapewnia warunki, które powinny wspierać laktację. Pozycja pionowa ułatwia trawienie i odbijanie po posiłku. Kobieta, która ma dziecko cały czas przy sobie może lepiej wyczuwać jego potrzeby np. manifestowane przez napięcie ciała czy niepokój. Ciągły zapach matki i rytm bicia jej serca uspakaja noworodka, podnosi u niego poziom oksytocyny i sprzyja rozwijaniu umiejętności przydatnych do udanej laktacji (Esposito et al., 2015; Gammie, 2013; Kirkilionis, 2013) Bliski kontakt z matką daje poczucie bezpieczeństwa, zmniejsza lęk i produkcję hormonu stresu (Gross-Loh, 2010; Kirkilionis, 2013).

Wyniki jednego randomizowanego badania wykazały, że dzieci noszone w chuście płaczą mniej oraz wykazują charakterystyczny wzór płaczu, jednocześnie wykazują wyższe zadowolenie i częściej jedzą (Hunziker and Barr, 1986). Analiza wypowiedzi matek wykazała, że te, które noszą dzieci w chuście uważają, że ich dzieci lepiej śpią i mniej płaczą, a samo noszenie pozwala im na swobodne karmienie piersią i jest uważane za praktyczne (Walter, 2012).

Analiza wyników własnych wykazała, że nie ma różnicy w czasie powrotu do pracy pomiędzy kobietami noszącymi dziecko w chuście, a kobietami nie stosującymi tej metody. Jednak według wypowiedzi rodziców chustonoszenie ułatwia kontakt z dzieckiem w okresie powrotu do pracy (Rapley and Murkett, 2015).

Na podstawie uzyskanych wyników, nie można jednoznacznie wnioskować, czy noszenie w chuście sprzyjało karmieniu piersią, czy też noszenie i karmienie było uznawane za istotne elementy opieki nad dzieckiem, ważne w przypadku rodzicielstwa bliskości (RB) propagowanego przez rodzinę Searsów. w Polsce coraz więcej rodziców decyduje się na wychowanie dziecka w tym nurcie. Istotą tego typu rodzicielstwa jest formowanie i podtrzymywanie silnych relacji pomiędzy rodzicami a dziećmi (Didierjean-Jouveau, 2010). Jedną z głównych zasad tej idei wychowawczej jest zapewnienie dziecku fizycznego kontaktu zgodnie z jego potrzebami oraz karmienie dziecka z miłością i szacunkiem. Rodzice wybierający ten sposób postępowania najczęściej noszą dzieci w chuście, a matki karmią naturalnie. Noszenia dziecka w chuście oraz karmienie piersią nie jest jednak bezwzględnym warunkiem rodzicielstwa bliskości, a także kierowanie się rodzicielstwem bliskości nie jest jednoznaczne z karmieniem piersią i noszeniem w chuście.

Bibliografia:

- Addison, S. (2010). Babywearing Safety and Education. *The International Journal of Childbirth Education*, 25, 16–17.
- Agostoni, C., Braegger, C., Decsi, T., Kolacek, S., Koletzko, B., Michaelsen, K.F., Mihatsch, W., Moreno, L.A., Puntis, J., Shamir, R. (2009). Breast-feeding: a commentary by the

- ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 49, 112–125.
- Bergman, N. (2013). Breastfeeding and Perinatal Neuroscience, (w:) *Support. Sucking Ski. Breastfeed. Infants*, C.J. Watson (ed.), 89-130, Burlington: Jones & Bartlett Learning
- Bernatowicz-Łojko, U., Wesołowska, A., Wilińska, M. (2012). Udział pokarmu kobiecego w żywieniu dzieci do 2. r. ż. w Polsce na przykładzie województwa kujawsko-pomorskiego. *Standardy Medyczne Pediatria*, 9, 100–107.
- Dąbrowska, M., Lisiecki, J., Ulenberg, A. (2017). Wpływ noszenia dziecka w chuście na układ ruchu. *Journal of Education, Health and Sport*, 7, 1657–1664.
- Didierjean-Jouveau, C. (2010). *Nosimy nasze dziecko*. Warszawa: Mamania.
- Esposito, G., Setoh, P., Yoshida, S., Kuroda, K.O. (2015). The calming effect of maternal carrying in different mammalian species. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00445>
- Gammie, S.C. (2013). Mother–Infant Communication: Carrying Understanding to a New Level. *Current Biology*, 23, R341–R343. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2013.03.051>
- Gross-Loh, C. (2010). Babywearing is best for baby. *Mothering*, 44–57.
- Harrison, D., Reszel, J., Bueno, M., Sampson, M., Shah, V.S., Taddio, A., Larocque, C., Turner, L. (2016). Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period. *Cochrane database of systematic reviews*. 10, CD011248. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011248.pub2>
- Hobbs, A.J., Mannion, C.A., McDonald, S.W., Brockway, M., Tough, S.C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16, 90.
- Hunziker, U.A., Barr, R.G. (1986). Increased carrying reduces infant crying: a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 77, 641–648.
- Kirkilionis, E. (2013). *Dobrze nosić*. Warszawa: Mamania.
- Kirkilionis, E. (2011). *Więź daje siłę*. Warszawa: Mamania.
- Królak-Olejnik, B., Błasiak, I., Szczygieł, A. (2017). Promotion of breastfeeding in Poland: the current situation. *Journal of International Medical Research*, 45, 1976–1984. <https://doi.org/10.1177/0300060517720318>
- Magnusson, M., Lagerberg, D., Wallby, T. (2016). No widening socioeconomic gap within a general decline in Swedish breastfeeding. *Child: Care, Health and Development*, 42, 415–423.
- Moberg, K.U., Prime, D.K. (2013). Oxytocin effects in mothers and infants during breastfeeding. *Infant*, 9, 201–206.
- Montgomery, S.M., Ehlin, A., Sacker, A. (2006). Breast feeding and resilience against psychosocial stress. *Archives of Disease in Childhood*, 91, 990–994. <https://doi.org/10.1136/adc.2006.096826>

- Ojukwu, C.P., Anyanwu, G.E., Anekwu, E.M., Chukwu, S.C., Fab-Agbo, C. (2017). Infant carrying methods: Correlates and associated musculoskeletal disorders among nursing mothers in Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 37, 855–860.
- Polowczyk-Michalska, M., Mojs, E. (2015). Noszenie dziecka w chuście podstawą psychoruchowej stymulacji rozwoju. *Pielęgniarstwo Polskie*, 1, 84–87.
- Rapley, G., Murkett, T. (2015). *Po prostu piersią*. Warszawa: Mamania.
- Schmid, S., Stauffer, M., Jäger, J., List, R., Lorenzetti, S. (2019). Sling-based infant carrying affects lumbar and thoracic spine neuromechanics during standing and walking. *Gait & Posture*, 67, 172–180.
- Szajewska, H., Horvath-Stolarczyk, A., Rybak, A., Socha, P., Borszewska-Kornacka, M., Czerwionka-Szaflarska, M., Helwich, E., Jackowska, T., Kowalewska-Kantecka, B., Królak-Olejnik, B. (2016). Karmienie piersią. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. *Standardy Medyczne Pediatria*, 13, 9–24.
- Tharner, A., Luijk, M.P.C.M., Raat, H., Ijzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Moll, H.A., Jaddoe, V.W.V., Hofman, A., Verhulst, F.C., Tiemeier, H. (2012). Breastfeeding and its relation to maternal sensitivity and infant attachment. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33, 396–404. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318257fac3>
- Victora, C.G., Bahl, R., Barros, A.J.D., França, G.V.A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M.J., Walker, N., Rollins, N.C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387 (10017), 475 - 490 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Walter, N. (2012). Obraz rodzicielstwa w polskim internecie, czyli co czytają i o czym dyskutują współczesne matki. *Biuletyn Edukacji Medialnej*, 16–26.
- WHO (2017). *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. <https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/>
- Zielińska, M.A., Sobczak, A., Hamułka, J. (2017). Breastfeeding knowledge and exclusive breastfeeding of infants in first six months of life. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 68, 51–59.
- Żołądź-Strzelczyk, D. (2002). *Dziecko w dawnej Polsce*. Poznań: Wydawnictwo Poznańskie.

CZĘŚĆ II.

Ks. dr hab. Marek Kluz, prof. UPJPII
*Uniwersytet Papieski Jana Pawła II
w Krakowie*

Płciowość i ład moralny

Sexuality and moral order

Abstract:

Sexuality plays an important role in human life. It is a basic factor of personality, agreement with others, expressing and of experiencing human love. However it is necessary to notice that nowadays the field of human sexuality collides with some concepts and events that make it trivialized. Modern culture separates sexuality from the man's supernatural vocation, from the integral vision of the person, and basically brings it to the aspect of urges.

In this perspective a reference of human sexuality to the world of moral values is an incredibly important task. These values are marriage, family, procreation and love. Furthermore, the most important entities which influence the attitudes in the field of human sexuality are: family, school and church.

Key words: sexuality, morality, values, man, education, family, church

Abstrakt:

Płciowość odgrywa doniosłą rolę w życiu ludzkim. Jest ona podstawowym współczynnikiem osobowości, porozumienia z innymi, wyrażania i przeżywania ludzkiej miłości. Trzeba jednak zauważyć, że dziedzina ludzkiej płciowości zderza się dzisiaj z pewnymi koncepcjami i zjawiskami, które banalizują płciowość. Współczesna kultura odrywa płciowość od nadprzyrodzonego powołania człowieka, od integralnej wizji osoby ludzkiej, a sprowadza ją wyłącznie do aspektu popędowego.

W tej perspektywie niezwykle ważnym zadaniem jest odniesienie ludzkiej płciowości do świata wartości moralnych. Tymi wartościami jest małżeństwo, rodzina, przekazywanie życia i miłość. Do najważniejszych zaś podmiotów mających wpływ na kształtowanie postaw w dziedzinie ludzkiej płciowości należy zaliczyć: rodzinę, szkołę i Kościół.

Słowa kluczowe: płciowość, moralność, wartości, człowiek, wychowanie, rodzina, szkoła, Kościół

Wprowadzenie

Rzeczywistość płci ma doniosłe znaczenie w życiu moralnym człowieka. „Sam Bóg stworzył płciowość – jak podkreśla Ojciec Święty Franciszek w adhortacji *Amoris laetitia* – która jest wspaniałym darem dla Jego stworzeń” (Franciszek, 2016, nr 150). Płciowość ludzką można określić jako zdolność, tendencję, potrzebę osoby do wejścia w wewnętrzne relacje z inną osobą poprzez dar z siebie i przyjęcie daru od drugiego. Chociaż bowiem od chwili poczęcia każdy człowiek nosi w sobie rzeczywistość płci, polega ona, tak jak wszystko w człowieku, prawu rozwoju. Dojrzałość psychoseksualna polega na włączeniu płciowości

w rozumne działanie osoby ludzkiej, w jej miłość do drugiego człowieka. Ku temu ma prowadzić rozwój.

Rozwój w dziedzinie ludzkiej płciowości jest procesem złożonym, łatwo ulega deformacji i zaburzeniom. Każdy nieład seksualny jest wyrazem deprecjacji rzeczywistości płci. Potrzeba więc świadomego wysiłku i zabiegów, by osiągnąć dojrzałość w dziedzinie płciowości. „Gdy się ją pielęgnuje i troszczy – uczy papież Franciszek we wspomnianej adhortacji – by nie wymknęła się spod kontroli, to czyni się tak dlatego, aby zapobiec ‘niedowartościowaniu właściwej wartości’” (tamże, nr 150). Ta pielęgnacja i troska jest niezwykle ważna, gdyż człowiek infantylny na płaszczyźnie ludzkiej płciowości wnosi w małżeństwo swoją niedojrzałość, co odbija się na życiu moralnym małżonków, niejednokrotnie rujnując najgłębsze ludzkie wartości tego związku.

Te wszystkie uwagi każą nam postawić zasadnicze pytania dotyczące moralności w dziedzinie ludzkiej płciowości i podjąć próbę odpowiedzi na nie. a mianowicie: Jakie są współczesne zjawiska i tendencje w podejściu do rzeczywistości płci? Jakim wartościom moralnym powinno służyć działanie płciowe? Co z niego ma wynikać w życiu człowieka? Jaką motywację przekazać młodemu człowiekowi w odniesieniu ludzkiej płciowości? Tak postawione pytania domagają się w obecnej rzeczywistości pilnej a zarazem jasnej odpowiedzi, gdyż płciowość ukształtowana prawidłowo i zintegrowana z rozwojem całej osobowości będzie służyć nawiązaniu trwałych związków z innymi osobami, a w dalszej perspektywie budowaniu trwałej wspólnoty małżeńsko-rodzinnej (Augustyn, 1994, s. 5, por. także: Kwiek, 1992, s. 36).

1. Współczesne zjawiska i tendencje w podejściu do płciowości

Obserwowane obecnie zjawisko zagubienia moralnego poszczególnych ludzi i całych społeczeństw, bez wątplenia wpływa na wybory moralne, na konkretne podejście do ludzkiej płciowości. z tym zagubieniem moralnym wiąże się taka koncepcja życia ludzkiego, w której dobro zostało utożsamione z tym, co łatwe i przyjemne. Na pierwszym miejscu wielu ludzi stawia to, co przynosi egoistyczną przyjemność albo określoną korzyść, co prowadzi do postaw hedonistycznych i utylitarystycznych. Takie nastawienie życiowe prowadzi do relatywizmu moralnego, a jego konsekwencją na płaszczyźnie ludzkiej płciowości jest postawa permissywizmu moralnego, polegająca na odrzuceniu wierności oraz wszelkich zakazów i nakazów w sferze seksualności (Drożdż, 2005, s. 209-210; Glombik, 2011, s. 161-166).

We współczesnych, liberalnych społeczeństwach narasta tendencja, aby płciowość traktować jako sferę całkowicie osobistą i autonomiczną, pozostawiając zachowania seksualne poszczególnych osób wyłącznie ich uznaniu, bez prawa do jakiegokolwiek oceny z zewnątrz. u podstaw tej tendencji leżą poglądy ojca współczesnego liberalizmu, którym

jest dziewiętnastowieczny filozof angielski J. S. Mill (1806-1873). Podniósł on autonomię do rangi najwyższej zasady życia indywidualnego i społecznego, czyniąc z niej podstawowe kryterium etyczne. w konsekwencji takiego ujęcia każdy w sposób suwerenny dysponuje swoim ciałem i umysłem: nikt nie powinien mu niczego narzucać, o ile jego postępowanie nie ogranicza praw innej osoby (Mill, 1946).

Przejawem płciowości człowieka są m.in. jego potrzeby seksualne, czyli biologicznie, psychicznie i społecznie uwarunkowane dążenia do osiągnięcia satysfakcji seksualnej, rozładowania napięcia seksualnego i doznania przyjemności zmysłowej. Chociaż są one elementem popędu zachowania gatunku, stanowią takie właściwości człowieka, które są bardzo zindywidualizowane a równocześnie naznaczone kontekstem kulturowym (Obuchowski, 1995, s. 148). Potrzeby seksualne są przejawem płciowości ludzkiej, ale się z nią całkowicie nie utożsamiają. Potrzeby seksualne, podobnie jak potrzeba jedzenia, mogą być uwarunkowane wieloma czynnikami: oddziaływaniem na zmysły bodźców zewnętrznych, doświadczeniem, aktualnym stanem organizmu, ale też frustracją, czy urazami, itd. w związku z tym pojawia się pytanie, czy z punktu widzenia dobra danej osoby, należy akceptować bezwarunkowe zaspokajanie jej potrzeb seksualnych? Wydaje się, że nie, ponieważ potrzeby te, podobnie jak łaknienie jedzenia, mogą być wyrazem uzależnienia lub chwilowej zachcianki, a nie są sygnałem rzeczywistego braku istniejącego we wnętrzu osobowości. Istnieje zatem potrzeba obiektywnego podejścia do zjawiska płciowości, podejścia, które ukazywałoby znaczenie płciowości dla człowieka oraz optymalne sposoby jej aktualizacji. Etyka musi odkryć sens płciowości, aby móc określić, które z zachowań seksualnych są właściwe i dopuszczalne, a które nie.

Trzeba też zauważyć, że współczesna kultura odrywa ludzką płciowość od nadprzyrodzonego powołania człowieka, nie widzi jej w kontekście integralnej wizji osoby ludzkiej, sprowadza ją wyłącznie do aspektu popędowego. Prowadzi to tym samym do banalizacji ludzkiej płciowości. Staje się ona wówczas „towarem” do wymiany pomiędzy ludźmi, łatwym i dogodnym środkiem zabawy i rozrywki. Kościół wskazuje na tę sytuację, która utrudnia jego misję: „Jesteśmy świadkami, pogłębiania się wymiarów tego nowego zjawiska poprzez zaciemnianie prawdy o człowieku, przy czym chodzi między innymi o tendencje banalizowania płciowości. w ten sposób tworzy się kultura, w której społeczeństwo i środki masowego przekazu dostarczają w tej dziedzinie często informacji odartych z wymiaru osobowego, o charakterze zabawy, informacji często pesymistycznej, a nadto nie uwzględniającej poszczególnych etapów rozwoju dzieci i młodzieży. Dzieje się tak pod wpływem fałszywego, indywidualistycznego rozumienia wolności i w kontekście pozbawionym podstawowych wartości opartych na życiu, na miłości ludzkiej, na rodzinie” (Papieska Rada ds. Rodziny, 1996, nr 1).

Na jeden z aspektów banalizowania płciowości zwrócił uwagę papież Benedykt XVI w wywiadzie udzielonym P. Seewaldowi, w którym odpowiadając na pytanie dotyczące

stosowania prezerwatyw jako środka zabezpieczającego przed zarażeniem się wirusem HIV, powiedział: „Upowszechniła się także w świeckiej sferze tak zwana teoria ABC, co oznacza *'Abstinence – Be faithful – Condom'* [abstynencja – wierność – prezerwatywa], przy czym prezerwatywa rozumiana jest jedynie jako ostatni środek, gdy obydwa poprzednie zawodzą. Oznacza to, że zafiksowanie się na prezerwatywie prowadzi do banalizowania seksualności i staje się właśnie niebezpiecznym źródłem tego, że wielu ludzi nie znajduje w seksualności wyrazu swojej miłości, lecz jedynie rodzaj narkotyku, który sami sobie aplikują. Dlatego też walka przeciwko banalizacji seksualności jest częścią zmagania o to, aby seksualność mogła być postrzegana w sposób pozytywny i mogła rozwijać swoje pozytywne oddziaływanie na całość bycia człowiekiem” (Benedykt XVI, 2011, s. 129).

Zabawowe rozumienie ludzkiej płciowości zostaje dzisiaj szczególnie wzmocnione przez zjawisko komercjalizacji ludzkiej płciowości. Stworzony został potężny „przemysł” rozrywkowy, przynoszący ogromne dochody, którego celem jest „kupczenie” ludzką płciowością na wiele różnych sposobów. Także wielu ludzi widzi w handlowym podejściu do własnej płciowości szansę na wygodniejsze życie, na ogromne zarobki, na zrobienie kariery.

Za tymi – i wieloma innymi – zjawiskami współczesności kryje się niewłaściwe rozumienie ludzkiej cielesności. Współczesna kultura redukuje ludzkie ciało do wymiaru czysto materialnego. Ciało nie jest postrzegane jako znak i język miłości, jako miejsce relacji z innymi, ale staje się jedynie narzędziem samolubnego zaspakajania własnych pragnień i popędów (Jan Paweł II, 1995, nr 23). „W konsekwencji także płciowość zostaje pozbawiona wymiaru osobowego i jest traktowana instrumentalnie” (tamże, nr 23).

W tym miejscu należy wskazać także na pewne społeczne uwarunkowania wychowania młodych, które również dzisiaj rodzą wiele niepokojów w podejściu do ludzkiej płciowości. Takie zjawisko jak „umasowienie” szkoły a więc także „umasowienie” relacji międzypersonalnych (np. na linii wychowawca – wychowanek) nie sprzyja przekazywaniu wartości. Dlatego też bardzo często wychowanie seksualne nie jest zintegrowane z całością wychowania i staje się pewnego rodzaju instruktażem na temat mechanizmów ludzkiej płciowości.

Trzeba też pamiętać, że wydłużony okres nauki i studiów sprawia, że wielu młodych z opóźnieniem wchodzi w dorosłe życie. Rozziew pomiędzy dojrzeniem seksualnym a dojrzałością osobową i społeczną jest tutaj wyraźny i przy konsumpcyjnym stylu życia tak łatwo o zagubienie prawdziwej hierarchii wartości, tym bardziej, że można mówić jednocześnie o rosnącym udziale młodych w dobrach społecznych. Warunki finansowe pozwalają wielu na uniezależnienie się od rodziców.

Negatywnie wpływa na podejście do problemów ludzkiej płciowości wytworzenie się wśród wielu młodych ludzi pewnego stylu życia, który określa się czasami mianem subkultury młodzieżowej. Przejawem tego zjawiska jest między innymi przedłużanie za

wszelką cenę okresu młodości, za czym kryje się także postawa niechęci wobec poważnego podejścia do wielu problemów życiowych oraz wobec przyjęcia odpowiedzialności za siebie i za drugich.

W tym kontekście widać wyraźnie nie tylko niewystarczalność, ale nawet negatywny wpływ dawnych modeli wychowania seksualnego. Milczenie rodziców i innych wychowawców, brak u nich pozytywnej wizji płciowości, co się objawia w represyjnym charakterze wychowania seksualnego (tylko zakazy i ostrzeżenia), utrudnia ludziom młodym pełne odczytanie siebie jako istoty naznaczonej płciowością (Nagórny, 2005, s. 26-27).

Także niektóre – proponowane przez zwolenników edukacji seksualnej – współczesne programy „wychowania” seksualnego nie pomagają ludziom młodym w przeżywaniu własnej płciowości. Istotnym brakiem proponowanych programów jest to, że pojmowane są one jako zbiory informacji, bez odniesienia ich do celów, którym w życiu ludzkim służy płciowość i bez odniesienia ich do świata wartości. Niejeden z tych programów przewiduje przekazanie młodym ludziom wiadomości o budowie i czynnościach ciała ludzkiego jako o sposobach działania seksualnego, o chorobach przenoszonych drogą płciową. u podstaw tego rodzaju edukacji leży założenie, że działanie seksualne jest po prostu źródłem satysfakcji emocjonalnej i zadowolenia czy przyjemności fizycznej, że nie tylko nie wymaga sterowania, ale jest niesterowalne, kierowane emocjami. Konsekwencją takiego stanowiska jest na przykład uważanie ciąży za niepożądany skutek niesterowalnego działania seksualnego. Ten typ edukacji seksualnej z naciskiem podkreśla zatem konieczność gruntownej wiedzy o środkach i metodach antykoncepcyjnych, oraz domaga się umożliwienia przerywania ciąży. Ponieważ jako jedyny bodziec hamujący niekontrolowane szukanie doznań seksualnych ukazywana jest możliwość zarażenia się chorobami wenerycznymi czy AIDS, stąd programy te z obsesyjnym wprost naciskiem głoszą wyzwolenie od tego rodzaju lęku przez stosowanie prezerwatyw jako sposobu zabezpieczenia się nie tylko przed niepożądaną ciążą, ale i przed zakażeniem. Gdy głębiej się nad tym zastanowić, za tego rodzaju wychowaniem stoi filozofia bezsensu życia i filozofia rozpacz (Glombik, 2011, s. 156-161).

Według Jana Pawła II, u podstaw tych zjawisk i tendencji leży niewłaściwe pojmowanie wolności, oderwanej od prawdy i przeżywanej w praktyce jako ślepe uleganie instynktom i popędom, za czym idzie naruszanie powszechnie uznawanych norm moralnych. Tego typu postawa – stwierdza papież – „odzwierciedla się szczególnie w pojmowaniu ludzkiej płciowości, która zostaje pozbawiona swej godności, jaką nadaje jej służba wspólnocie i wzajemnemu oddaniu się osób, i traktowana jest jako zwykłe dobro konsumpcyjne. w ten sposób przeżycia uczuciowe wielu młodych nie prowadzą do harmonijnego i radosnego rozwoju ich osobowości, otwartej na drugiego człowieka przez dar z siebie, lecz powodują poważne zakłócenia natury psychologicznej i etycznej, które niewątpliwie zaciążą nad ich przyszłością” (Jan Paweł II, 1992, nr 8).

Z tego wszystkiego wynika wyraźnie, jak ważne jest wychowanie do właściwego pojmowania i przeżywania ludzkiej płciowości, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wartości jakim powinno służyć działanie płciowe. Podkreślił to Jan Paweł II w *Familiaris consortio*: „W obliczu kultury, która na ogół ‘banalizuje’ płciowość ludzką, interpretując ją i przeżywając w sposób ograniczony i zubożony, odnosząc ją jedynie do ciała i egoistycznej przyjemności, posługa wychowawcza [...] musi skupić się zdecydowanie na kulturze życia płciowego, aby była ona prawdziwie i w pełni osobowa: płciowość jest w istocie bogactwem całej osoby – ciała, uczuć i duszy – ujawniającym swe głębokie znaczenie w doprowadzeniu osoby do złożenia daru z siebie w miłości” (Jan Paweł II, 1991, nr 37, Papieska Rada ds. Rodziny, 1996, nr 46).

2. Wartości moralne związane z płciowością

Dzisiejsza rzeczywistość wskazuje, że kresem rozwoju psychoseksualnego jest u olbrzymiej większości ludzi założenie rodziny. Toteż celem wychowania w dziedzinie płciowości powinno być zwrócenie uwagi młodych ludzi na to, czego oczekują od życia w rodzinie i udzielenie im pomocy w zakresie kształtowania takich postaw, które umożliwią im życie w rodzinie pełne radości i pokoju (Meissner, 2003, s. 16).

Właściwie uporządkowany świat wartości moralnych daje motywację do urzeczywistniania w swoim życiu dobra. Pierwszą wartością, do której powinna się odnosić dziedzina ludzkiej płciowości jest małżeństwo i rodzina. Nie ulega wątpliwości, że ludzie zawierający małżeństwo i zakładający rodzinę pragną, by były one udane. W badaniach opinii publicznej stwierdza się, że większość młodzieży za najwyższą wartość w swoim życiu uznaje szczęśliwe, udane życie w małżeństwie i rodzinie. Jest to więc wartość, dla której warto żyć, o której warto myśleć i do której warto się dobrze przygotować, by później się nie rozczarować (Stala, 2003, s. 198-204, tenże, 2011, s. 23).

Młodzi ludzie muszą stopniowo przyuczać się do bezinteresownego daru z siebie, do poszanowania drugiej osoby, której zewnętrznym wyrazem jest ludzkie ciało, do odpowiedzialności za dar życia i wychowanie dzieci. Wychowanie wspólnoty małżeńsko-rodzinnej oznacza odrywanie się od wielu rzeczy, a zwłaszcza od samego siebie, bezinteresowne dawanie, trwanie aż do końca. Wychowanie do wierności jest tu fundamentalne. Człowiek wiemy nie zdradzi niczyjej przyjaźni i miłości, lecz przeciwnie będzie zabiegał o jej wzrost i trwanie. Wierność wartościom moralnym jest konieczna w rozwoju osobowym człowieka. We wspólnocie małżeńsko-rodzinnej jest ona szczególnie ważna, gdyż jej brak wnosi w życie człowieka często nieodwracalne, destrukcyjne skutki w życiu społecznym. Stąd też w działaniach wychowawczych należy uczyć młodych, że małżeństwo nie jest chwilową zgodą na bycie razem lecz przymierzem miłości, dobrowolnie zawartym poprzez obopólną, nieodwołalną, osobistą zgodę, jak to określa m.in. Sobór

Watykański II (Sobór Watykański II, 1968, nr 48; por. także: Bagrowicz, 2007, s. 232-234). To nakłada na nich obowiązek podtrzymywania jego jedności i nierozzerwalności. Przecież sam Chrystus uczy, że „co Bóg złączył, tego człowiek niech nie rozdziela” (Mk 10, 9).

Obowiązek dochowania sobie wzajemnej wierności przez małżonków wynika z jedności i nierozzerwalności związku małżeńskiego. Ujawnia to wyraźnie i na jej straży stoi szóste przykazanie dekalogu: „nie będziesz cudzołożył!” (Wj 20, 14; Pwt 5, 18). u jego podstaw leży prawo miłości, uzupełnione racjami sprawiedliwości, zwłaszcza społecznej. Charakter sakramentalny związku małżeńskiego w chrześcijaństwie, wyklucza wszelkie cielesne współżycie poza jego ramami. Zakłada on jednocześnie przestrzeganie tego wszystkiego, co stanowi konieczny środek do zachowania wierności, zwłaszcza podtrzymywanie bliskich związków miłości małżeńskiej (Katechizm Kościoła Katolickiego, 1994, nr 2361).

Trzeba stwierdzić, że trudno jest mówić o wychowaniu, jeśli informacje przekazywane młodym nie uwzględniają warunków, które powinien spełniać zawierający małżeństwo, aby było ono udane. Młodzi ludzie powinni mieć wizję swej przyszłej rodziny. Powinni się zastanowić, co mogą i powinni uczynić, aby małżeństwo, które rozpoczyna ich życie rodzinne, było dla nich źródłem pokoju i radości. o tym wszystkim powinni ich pouczać także odpowiedzialni wychowawcy (Kwiek, 2011, s. 148-151).

Drugą wartością jest życie. Jest to wartość fundamentalna i ściśle powiązana z płciowością. Życie bowiem jest przekazywane dzięki współżyciu płciowemu. Przekazywanie życia, które jest istotną funkcją płciowości, wykracza u człowieka ponad zakres czynności biologicznych. Ma ono wymiar osobowy. Przez to określenie rozumiemy m.in. fakt, że para ludzka, która przekazuje życie, jest parą istot nie tylko rozumnych, które są w stanie wiedzieć, co czynią, ale jest też parą istot wolnych, a zatem i odpowiedzialnych za swoje działanie (Wójciak, 2005, s. 392).

W dziedzinie przekazywania życia człowiek musi więc kierować się rozumem i obarczony jest odpowiedzialnością za przekazywanie życia. Odpowiedzialność jest tym większa, że człowiek, który otrzymał życie, ma nie tylko prawo do życia, ale prawo do wychowania w warunkach odpowiadających jego ludzkiej godności. Skutki braku odpowiedzialności w przekazywaniu życia wyrażają się nie tylko w tym, że wiele istot ludzkich ginie z głodu. Ilość przerwanych ciąży na świecie sięga wielu milionów. Są kraje, w których ilość przerwanych ciąży jest większa niż liczba urodzeń żywych. Trzeba zatem jeszcze raz z naciskiem podkreślić, że moralnym obowiązkiem człowieka jest rozumne kierowanie dążnościami popędowymi. Jeśli się tak nie stanie, życie płciowe będzie elementem dezintegrującym człowieka, a życie społeczne będzie się wiązało z dużą krzywdą ludzką.

Należy też pamiętać, że osobowy wymiar przekazywania życia oznacza nie tylko to, że istoty przekazujące życie są osobami, ale również i to, że istota, której życie zostaje

przekazane, jest osobą. Osoby wierzące powinny wiedzieć, że przekazanie życia jest wejściem człowieka w stwórcze działanie Boga, ponieważ ta osoba, której rodzice przekazują życie, czy z którą rodzice dzielą się własnym darem życia, otrzymuje nieśmiertelną duszę od samego Boga. Tak więc dziecko jest jednocześnie dzieckiem rodziców i umiłowanym przez Najwyższego stworzeniem.

Odpowiedzialni wychowawcy powinni zatem ukazywać młodym ludziom funkcjonalność płci w zakresie przekazywania życia. w tym świetle mężczyzna to człowiek, który może być ojcem, a kobieta to człowiek, który może być matką. To ma w życiu człowieka istotne znaczenie. Wszyscy ludzie żyją dlatego, że życie zostało im przekazane przez rodziców.

Biorąc to pod uwagę, w rozmowach z chłopakiem nie może zabraknąć pytania: Czy twoje dziecko będzie szczęśliwe, mając takiego ojca? Podobnie dziewczyna powinna sobie postawić pytanie: Czy moje dziecko będzie szczęśliwe, mając taką matkę? Młodzi, u których rodzą się uczucia, powinni zapytać samych siebie: Czy chciałbym, żeby moja córka była podobna do mojej dziewczyny? Czy chciałabym, żeby mój syn był podobny do mojego chłopaka? Czy nasze dzieci będą dumne z naszej miłości? Czy byłbym spokojny, czy byłabym spokojna, o moje dziecko, gdyby swoją miłość przeżywało tak jak ja? Te pytania dotyczą celu rozwoju psychoseksualnego, jakim jest życie rodzinne. Budzą refleksję nad konsekwencjami zachowań seksualnych. o tym powinni wiedzieć odpowiedzialni wychowawcy oraz ci, którzy tworzą programy z zakresu edukacji seksualnej.

Kolejną wartością, którą w kręgu naszej kultury chrześcijańskiej wiążemy z rzeczywistością płci jest miłość (Kongregacja ds. Wychowania Katolickiego, 1984, nr 6, Papieska Rada ds. Rodziny, 2011, nr 10-11; por. także: Góralczyk, 2000, s. 257-269). Trzeba sobie jednakże uświadomić, że u wielu ludzi drogi miłości i płciowości wyraźnie się rozchodzą, a odkrycie tego następuje często zbyt późno z racji tak łatwego dzisiaj zafalszowania miłości. Bez wchodzenia w szczegółowy opis tego zjawiska, można tu wskazać przynajmniej na niektóre niebezpieczeństwa zafalszowań ludzkiej miłości. a mianowicie niekiedy bierze się egoizm za miłość, namiętność za miłość, zachwyty i zaślepienie za miłość, oddanie cielesne za miłość, zakochanie, sympatię i pociąg fizyczny za miłość. w świetle tej możliwości zakłamania relacji pomiędzy płciowością a miłością staje się zrozumiałe, jak ważne staje się dzieło wychowania do miłości (Kieniewicz, 2004, s. 165-174).

Jak zatem należy rozumieć wychowanie do miłości w kontekście ludzkiej płciowości? Istotne jest tu najpierw stwierdzenie, że wychowanie do miłości nie może być sprowadzone do kształtowania określonego wymiaru w życiu człowieka, nie może oznaczać wychowania określonej płaszczyzny (np. tylko cielesnej). Wychowanie do miłości jest zawsze wychowywaniem całego człowieka, całej osoby. Dlatego też wychowanie seksualne nie może nigdy ograniczyć się do przedstawienia informacji z zakresu płciowości cielesnej, z zakresu fizjologii i działania popędu seksualnego, ale powinno być zintegrowane

z kształtowaniem pełnej osobowości człowieka (Góralczyk, 2004, s. 155-164).

Wychowanie do miłości jest jednocześnie odrzucaniem tego wszystkiego, co przeszkadza rozwojowi miłości. Jest nade wszystko nieustanną walką z pokusą zamknięcia się w świecie egoistycznych potrzeb i oczekiwań. Jest walką z pokusą zepchnięcia na margines spraw miłości, co objawia się w oschłości życiowej, w fałszywej racjonalizacji spraw życiowych. w ten sposób człowiek może odkryć głębszą perspektywę dla rozumienia miłości. Chodzi o to, że miłość jest nade wszystko wyborem osobowym. Jest bezinteresownym darem i przyjmowaniem daru (Jan Paweł II, 1994, nr 11, Parysiewicz, 2010, s. 211-224). Ten „bezinteresowny dar” oznacza, że człowiek nie powinien być „dla siebie”, lecz dla „innych”. Takiej miłości altruistycznej, bezinteresownej człowiek najlepiej uczy się we wspólnocie rodzinnej. Zasadnicza perspektywa wychowania do miłości nie zwalnia też z ukazywania konkretnych norm moralnych w tej dziedzinie: „Ze względu na powiązania zachodzące pomiędzy wymiarem płciowym osoby a jej wartościami etycznymi, wychowanie ma doprowadzić do znajomości zasad moralnych i uznania ich za konieczną i cenną gwarancję odpowiedzialnego wzrostu osobowego w dziedzinie płciowości ludzkiej” (Jan Paweł II, 1991, nr 37; por. także: Dziewiecki, 2003, s. 44-56).

Najważniejsze jednak pozostaje uświadomienie sobie przez wszystkich odpowiedzialnych za tego typu wychowanie, że to wychowanie do miłości na płaszczyźnie ludzkiej płciowości oznacza wychowanie do czystości, albowiem – jak to podkreśla *Katechizm Kościoła Katolickiego* – „czystość oznacza osiągniętą integrację płciowości w osobie, a w konsekwencji wewnętrzną jedność człowieka w jego bycie cielesnym i duchowym. Płciowość, w której wyraża się przynależność człowieka do świata cielesnego i biologicznego, staje się osobowa i prawdziwie ludzka, gdy zostaje włączona w relację osoby do osoby, we wzajemny dar mężczyzny i kobiety, który jest całkowity i nieograniczony w czasie. Cnota czystości obejmuje zatem integralność osoby i integralność daru” (*Katechizm Kościoła Katolickiego*, 1994, nr 2337). a więc w „chrześcijańskiej wizji czystość nie oznacza odrzucenia czy też pogardy dla płciowości ludzkiej: oznacza raczej energię duchową, która potrafi bronić miłość przed niebezpieczeństwami ze strony egoizmu i agresywności oraz potrafi kierować ją ku pełnemu urzeczywistnieniu” (Jan Paweł II, 1991, nr 33).

Jest jeszcze jedna niezmiernie doniosła wartość związana z życiem płciowym, dostrzegają ją jednak tylko wierzący. Chodzi o miejsce, jakie płciowość znajduje w zamysłach Boga Stwórcy. Małżeństwo zostało ustanowione przez Boga mądrze i opatrnościowo, aby wypełnić Jego plan miłości. Zarówno miłość, którą ślubują sobie nowożeńcy, jak i przekazywanie życia są uczestnictwem w życiu Najwyższego. Ponadto małżeństwo jest sakramentem, co oznacza, że ma spełniać rolę w zbawczym działaniu Chrystusa. Ta wielka rzeczywistość jest udziałem ludzi, pomimo ciężących skutków grzechu pierworodnego, które dotyczą także całej dziedziny życia płciowego. a jednak Zbawiciel nie opuścił człowieka. Szeroko otworzył przed nim drogę skruchy serca, uwolnił go od grzechu,

ofiarował mu możliwość stałego odnawiania przyjaźni z Nim również w życiu małżeńskim i w działaniu płciowym. Trzeba sobie uświadomić, że wszyscy ludzie są wprawdzie nosicielami skutków grzechu pierworodnego, ale została im dana łaska. Ład w dziedzinie życia seksualnego i w innych dziedzinach życia wymaga trudu, ale Bóg zapewnił człowiekowi pomoc łaski. Wkładając wysiłek, człowiek może zachować w swoim sercu pokój i radość zawsze towarzyszące życiu moralnie dobremu (Bajda, 1997, s. 17-23, por. także: Stefanek, 1997, s. 9-16).

3. Wychowanie do właściwego pojmowania i przeżywania płciowości

Prawidłowe ukształtowanie ludzkiej płciowości i właściwe zintegrowanie jej z całą osobowością człowieka ma służyć nawiązaniu trwałych relacji z innymi osobami, a na dalszym etapie ma przyczyniać się do budowania wspólnoty małżeńskiej i rodzinnej. z tego względu niezwykle ważne staje się dzieło wychowania do właściwego pojmowania i przeżywania płciowości. Do fundamentalnych podmiotów oddziałujących na kształtowanie się właściwych postaw w dziedzinie ludzkiej płciowości należą: rodzina, szkoła i Kościół. Te trzy podmioty wychowujące, poprzez wzajemną współpracę mają zagwarantować wychowankom rzetelną wiedzę o ich płciowości oraz pomagać w zintegrowaniu rzeczywistości płci z całą osobowością.

Najważniejsza rola we właściwym wychowaniu do ludzkiej płciowości i przygotowaniu młodego człowieka do życia rodzinnego przypada rodzinie, szczególnie zaś rodzicom (Papieska Rada ds. Rodziny, 1996, nr 31-150). Rodzina – jak uczy papież Franciszek w encyklice *Laudato Si'* – jest miejscem formacji integralnej, w którym rozgrywają się ściśle ze sobą powiązane różne aspekty osobistego dojrzewiania” (Franciszek, 2015, nr 213). Tylko zatem kochający rodzice, w oparciu o dobrą znajomość psychiki swego dziecka i poziomu jego rozwoju, a także uwzględniając jego dobro, mogą przekazać właściwą wiedzę w zakresie problematyki seksualnej, dostosowaną do potrzeb i oczekiwań dziecka w danym okresie rozwojowym (Augustyn, 1995, s. 51-52, Półtawska, 2010, s. 196-197, Bławat, 1999, s. 150).

Kochająca rodzina pomaga młodemu człowiekowi w nabywaniu umiejętności samowychowania, w dążeniu do wewnętrznej harmonii, w kierowaniu płciowością w oparciu o wartości. Właściwe relacje w rodzinie umożliwiają nabycie odpowiedniej wiedzy o samym sobie, właściwe zaspokojenie potrzeb, kształtowanie postaw poszanowania godności własnej i innych oraz nabywanie odpowiedzialności (Kornas-Biela, 2005, s. 150-153).

W związku z permissywnymi programami edukacji seksualnej rodzice powinni ukazać swoim dzieciom niebezpieczeństwa, jakie kryje w sobie wczesne rozpoczęcie współżycia seksualnego, które często zamiast, tak zwanego dowodu miłości staje się

źródłem poczucia krzywdy, wykorzystania, zranienia. w naszej rzeczywistości, kiedy tak często w różnych środowiskach promowane są także wśród młodzieży środki antykoncepcyjne, rodzice powinni ukazać swoim dzieciom ich negatywne skutki dla małżeństwa, a także wartość naturalnego planowania rodziny. Naturalne planowanie rodziny odnosi się nie tylko do działania człowieka w danym momencie, ale przede wszystkim do jego rozwoju. Postawa tego typu jest afirmacją natury człowieka, wyraża także szacunek dla płodności ludzkiej (Ryś, 1997, s. 91-92).

O życiu seksualnym nie można mówić w oderwaniu od określonych wartości i norm moralnych. Konieczne jest przy tym przekazywanie młodym ludziom odpowiednich motywacji, skłaniających do podjęcia, lub zaniechania określonych działań w tej dziedzinie. Rodzice dają dziecku podstawy teoretyczne, przekazują wartości i chroniące je normy, uczą dokonywać ocen, które zachowania są poprawne i godne pochwały, które zaś trzeba potępić i odrzucić. Ten proces wychowawczy przebiega jednocześnie na kilku poziomach. Równoległe z przekazywaniem informacji i uzasadniających je racji, kształtowane są także uczucia. Dziecko razem z rodzicami akceptuje emocjonalnie lub dystansuje się do określonych sposobów zachowań, a probuje je lub potępia. Równocześnie zaś, z pomocą rodziców, powoli kształtuje własne postawy, nabywa umiejętności poprawnych zachowań, które można i trzeba nazwać cnotami (Szymczak, 1997, s. 55-61).

Zdrowa rodzina jest więc najodpowiedniejszym środowiskiem kształtowania ludzkiej płciowości, ponieważ istniejące w niej więzi emocjonalne, zaufanie, przykład rodziców i przekazywana wiedza pomagają w zrozumieniu specyficznej roli mężczyzny i kobiety.

Środowiskiem najsilniej wspomagającym rodzinę w wychowywaniu jest szkoła. Szkoła, to jedno z podstawowych dóbr ludzkiej cywilizacji, posiadające szczególne znaczenie dla młodego człowieka i jego życia. Podkreślił to wyraźnie Franciszek we wspomnianej encyklice *Laudato Si'*: „Dobra edukacja szkolna w dzieciństwie i w młodym wieku rzuca ziarna, które mogą wydać owoce w ciągu całego życia” (Franciszek, 2015, nr 213, Tenże, 2014, s. 43-45). Nauczyciele i wychowawcy odgrywają w niej szczególnie ważną rolę, zwłaszcza w krzewieniu kultury życia moralnego (Jasionek, 2004, s. 93-94; por. także: Pabis, 1997, s. 86-88).

Wychowanie do dojrzałości, szczególnie w dziedzinie ludzkiej płci jest wychowaniem moralnym i jako takie powinno polegać na ukazywaniu wychowankowi wartości moralnych, a więc ideałów godnych urzeczywistnienia, a także na takim oddziaływaniu na niego, by te wartości zechciał i potrafił realizować. W wychowaniu moralnym (także seksualnym) nie wystarczy samo przedstawienie uznawanych wartości i chroniących je norm moralnych, a nawet wskazanie na racje rozumowe przemawiające za ich słusnością, trzeba jeszcze odpowiednio wpłynąć na sferę emocjonalną i wolitywną wychowanka, aby w przedstawionych wartościach znalazł takie upodobanie, które dopomoże mu pokonać

trudności na drodze do urzeczywistnienia tych wartości.

W krajach demokratycznych upowszechnia się tendencja do przestrzegania w szkole tzw. neutralności światopoglądowej. w praktyce oznacza to, że szkoła świadomie ogranicza się do propagowania treści, które są interpersonalnie sprawdzalne, unika natomiast przekazu wartości, związanych ze światopoglądem i określoną koncepcją człowieka. Wychowanie w dziedzinie ludzkiej płciowości związane jest właśnie ze światem wartości, dlatego można by zapytać, czy szkoła w ogóle ma prawo nim się zajmować. Dokument Papieskiej Rady do Spraw Rodziny, *Ludzka płciowość: prawda i znaczenie. Wskazania dla wychowania w rodzinie* przyznaje, że rodzice „nie zawsze są przygotowani, by sprostać problematyce łączącej się z wychowaniem do miłości, mogą wraz ze swymi dziećmi uczestniczyć w spotkaniach prowadzonych przez godnych zaufania ekspertów, na przykład lekarzy, księży, wychowawców” (Papieska Rada ds. Rodziny, 1996, nr 31).

Wspomniany dokument podaje również podstawowe zasady, w których konkretyzuje się wychowanie do miłości: 1. Ludzka płciowość jest tajemnicą sakralną, którą należy ukazywać zgodnie z nauczaniem doktrynalnym i moralnym Kościoła, uwzględniającym skutki grzechu pierworodnego. 2. Dzieciom i młodzieży można przekazywać wiedzę i informacje jedynie, w zakresie adekwatnym do etapu ich indywidualnego rozwoju. 3. Żadne materiały o treści erotycznej nie mogą być prezentowane dzieciom i młodzieży, i to bez względu na wiek, czy to indywidualnie, czy w grupie. 4. Nikt nie powinien być nigdy namawiany, a tym bardziej zmuszany, do działania w taki sposób, który mógłby obiektywnie obrażać skromność lub subiektywnie ranić osobistą wrażliwość lub poczucie prywatności (tamże, nr 121-127). Wydaje się, że w świetle tych zasad osobami najbardziej kompetentnymi do prowadzenia w szkole wychowania w dziedzinie ludzkiej płciowości powinni być katecheci.

Wyjątkową rolę w wychowaniu do wartości związanych z rzeczywistością płci należy przypisać Kościołowi przede wszystkim dlatego, że wychowanie w dziedzinie ludzkiej płciowości – jak to już zostało powiedziane – jest wychowaniem moralnym. Jan Paweł II w adhortacji apostolskiej *Christifideles laici* stwierdził, że „cały Kościół powszechny podejmuje dzieło wychowania, Papież zaś jest pierwszym wychowawcą katolików świeckich. Do niego, jako następcy Piotra, należy zadanie ‘utwierdzenia braci w wierze’ przez nauczenie wszystkich wierzących podstawowych treści życia chrześcijańskiego i kościelnego powołania” (Jan Paweł II, 2017, nr 61).

Dla Jana Pawła II człowiek jest drogą Kościoła, a młodość – najważniejszym etapem życia człowieka. To wyjaśnia fakt, dlaczego tak wiele uwagi, troski i energii papież poświęcał ludziom młodym. Oni będą stanowili o przyszłych losach świata, Kościoła, ojczyzny. Będą budowali czasy, które nadchodzą. To kształtowanie młodego człowieka powinno odbywać się w świetle Ewangelii, ponieważ tylko ona odpowiada na problemy dzisiejszego człowieka do końca i bez reszty. Papież wzywał młodych do odwagi w obliczu

trudności życiowych. Zachęcał, by wykorzystali swą młodzieńczą energię i naturalne zdolności do tworzenia cywilizacji miłości. w jednym ze swoich przemówień do młodzieży wołał: „Uczcie się cenić i chronić prawdziwą ludzką miłość” (Jan Paweł II, 1996, s. 34).

To, co najbardziej niszczy obraz prawdziwej miłości, zawarte jest w niewłaściwym spojrzeniu na ludzką cielesność i seksualność. Wobec ogromnej reklamy i propagandy tzw. „wolnej miłości” i „seksu bez granic” papież Jan Paweł II niestrudzenie, przez cały swój pontyfikat, uczył młodych jaki jest najgłębszy wymiar ludzkiego ciała i jakie jest jego znaczenie w ludzkiej miłości. „Człowiek – mówił – jest istotą cielesną. To bardzo proste stwierdzenie jest brzemienne w konsekwencje. Ciało ludzkie, mimo, że jest materialne, nie jest jednak rzeczą pośród innych rzeczy. Jest najpierw czymś w tym sensie, że jest manifestacją osoby, środkiem obecności pośród innych, komunikacji i niesłuchanie bogatej ekspresji. Ciało jest mową, jest językiem. Jakież to cud i jakież ryzyko zarazem! Młodzi chłopcy i dziewczęta, miejcie szacunek dla własnego ciała i dla ciała innych! Niech ciało służy waszemu najgłębszemu ‘ja’! Niech wasze gesty i spojrzenia będą zawsze odbiciem duszy! Uwielbienie ciała? Nie, nigdy! Pogarda dla ciała! Tym bardziej nie. Opanowanie ciała! Tak! Przeobrażenie ciała! Jeszcze bardziej!” (Jan Paweł II, 1985, s. 713). Wkroczenie na drogę chrześcijańskiego stylu życia, przez opanowanie ciała, kultywowanie czystości i wzajemnej odpowiedzialności w miłości jest jasnym świadectwem danym nauce Chrystusa i Kościoła.

Zadaniem Kościoła, jako środowiska wychowawczego, jest nie tylko odrzucanie błędnych teorii etycznych, ale także pomaganie człowiekowi w formowaniu sumienia, tak aby w swoich sądach i decyzjach kierował się prawdą (Jan Paweł II, 1993, nr 84-85). Nauka moralna Kościoła w dziedzinie wychowania do ludzkiej płciowości jest dzisiaj mało popularna. Trzeba jednak jeszcze raz z naciskiem podkreślić, że Chrystus powierzył Kościołowi prawdę, także pełną prawdę o człowieku, i że Kościół sprzeniewierzyłby się swej misji, gdyby od tej prawdy odstąpił. Ludzie dobrej woli, a do takich kieruje Kościół swoje przesłanie, powinni przynajmniej próbować zrozumieć racje, dla których orędzie moralne odniesione do ludzkiej płciowości jest odczytywane w duchu powołania człowieka do miłości i małżeństwa (Bołoz, 2003, s. 94-95; por. także: Bławat, 1999, s. 148-149).

Podsumowanie

Powyższe rozważania uświadamiają, że płciowość jest prawdziwym bogactwem osoby ludzkiej, nadającym istotne znamię wszystkim relacjom o charakterze osobowym; także w relacji do Boga. Dlatego „Kościół uważa za swoją bardzo nagłą i niezastąpioną misję ukazywania płciowości jako wartości i zadania całej osoby ludzkiej – mężczyzny i kobiety – stworzonych na obraz Boga” (Jan Paweł II, 1991, nr 32). Ta nagła potrzeba jest podyktowana tym, że współczesna kultura poważnie zniekształca prawdziwie znaczenie ludzkiej płciowości, gdyż pozbawia ją zasadniczego odniesienia do osoby i odrywa ją od

norm moralnych.

Ze względu na związek istniejący między wymiarem płciowym osoby a jej wartościami etycznymi, solidna formacja ma doprowadzić człowieka do znajomości i konieczności kierowania się zasadami moralnymi w dziedzinie płciowości. Należycie prowadzona formacja ma doprowadzić człowieka do tego, aby włączył swoją płciowość w służbę życia i powołania do miłości. Tylko pozytywna wizja płciowości, odsłaniająca całe jej bogactwo, wskazująca na jej wewnętrzną celowość związaną z powołaniem człowieka do miłości, staje się podstawą dla kształtowania konkretnych norm moralnych w tej dziedzinie.

Ostatecznie więc człowiek powinien odczytać swoją płciowość w perspektywie prawdy. Taki jest bowiem najgłębszy sens ludzkiej płciowości. Uwypuklił to również papież Jan Paweł II w encyklice *Veritatis splendor*: „Złudne jest przekonanie, że można budować prawdziwą kulturę ludzkiego życia, nie pomagając młodym w pojmowaniu i przeżywaniu płciowości, miłości i życia zgodnie z ich prawdziwym znaczeniem i w ich ścisłej współzależności. Płciowość jest bogactwem całego człowieka, ‘ujawniającym swe głębokie znaczenie w doprowadzeniu osoby do złożenia daru z siebie w miłości’. Banalizacja płciowości jest jednym z głównych czynników, które stoją u początków pogardy dla rodzącego się życia: tylko prawdziwa miłość umie strzec życia. Nie można zatem uchylać się od obowiązku zapewnienia przede wszystkim młodszej i starszej młodzieży – autentycznego wychowania do płciowości i miłości, formacji zawierającej wychowanie do czystości jako cnoty, która sprzyja osiągnięciu osobowej dojrzałości i uzdalnia do poszanowania ‘obłubieńczego’ znaczenia ciała” (Jan Paweł II, 1993, nr 97).

Bibliografia:

- Augustyn, J. (1994). *Wychowanie do integracji seksualnej. Próba ujęcia całościowej wizji wychowania seksualnego*, Kraków: Wydawnictwo M.
- Augustyn, J. (1995). *Integracja seksualna. Przewodnik w poznawaniu i kształtowaniu własnej seksualności*, Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Bagrowicz, J. (2007). Rola rodziny w religijno-moralnej edukacji młodzieży, *Ateneum Kapłańskie*, t. 148, 222-238.
- Bajda, J. (1997). Płeć a powołanie, *Studia nad Rodziną*, nr 1, 17-24.
- Benedykt XVI (2011). *Światłość świata. Papież, Kościół i znaki czasów. w rozmowie z Peterem Seewaldem*, przekł. P. Napiwodzki, Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Bławat, A. (1999). Formacja seksualna, (w:) *Słownik małżeństwa i rodziny*, E. Ozorowski (red.), 150, Warszawa-Łomianki: Wydawnictwo ATK – Fundacja Pomoc Rodzinie.
- Bołoz, W. (2003). *Etyka seksualna*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Wyszyńskiego.
- Drożdż, A. (2005). *Permisywizm moralny*, Kielce: Wydawnictwo Jedność.

- Dziewiecki, M. (2003). *Osoba i wychowanie. Pedagogika personalistyczna w praktyce*, Kraków: Wydawnictwo Rubikon.
- Franciszek (2014). Dlaczego mam kochać szkołę? Przemówienie podczas spotkania z uczniami i nauczycielami szkół włoskich (Rzym – 10 maja 2014). *L'Osservatore Romano* (wyd. pol.), nr 6, 43-45.
- Franciszek (2015). *Encyklika „Laudato Si’”*, Kraków: Wydawnictwo M.
- Franciszek (2016). *Adhortacja apostolska „Amoris laetitia”*, Częstochowa: Wydawnictwo Edycja Świętego Pawła.
- Glombik, K. (2011). Współczesny kontekst społeczno-kulturowy wychowania seksualnego. Próba diagnozy, *Family Forum*, nr 1, 155-177.
- Góralczyk, P. (2000). Miłość podstawową wartością w wychowaniu seksualnym, (w:) *Śladami Boga i człowieka*, J. Orzeszyna (red.), 257-269, Kraków: Wydawnictwo Naukowe PAT.
- Góralczyk, P. (2004). Wychowanie seksualne jako wychowanie do miłości, *Pedagogia Christiana*, nr 1, 155-164.
- Jan Paweł II (1985). Podnieście oczy ku Jezusowi Chrystusowi. Orędzie do francuskiej młodzieży (Paryż – 1 czerwca 1980), (w:) *Nauczanie papieskie*, t. III, 1, E. Weron, A. Jaroch (red.), 712-717, Poznań-Warszawa: Pallottinum 1985.
- Jan Paweł II (1991). *Adhortacja apostolska „Familiaris consortio”*, Częstochowa: Częstochowskie Wydawnictwo Diecezjalne.
- Jan Paweł II (1992). *Adhortacja apostolska „Pastores dabo vobis*, Wrocław: Wydawnictwo TUM.
- Jan Paweł II (1993). *Encyklika „Veritatis splendor”*, Wrocław: Wydawnictwo TUM.
- Jan Paweł II (1994). *List do Rodzin*, Wrocław: Wydawnictwo TUM.
- Jan Paweł II (1995). *Encyklika „Evangelium vitae”*, Kraków: Wydawnictwo M.
- Jan Paweł II (1996). Chrystus nigdy was nie zawiedzie. Spotkanie z młodzieżą na Avenida Los Proceres (Caracas – 11 lutego 1996), *L'Osservatore Romano* (wyd. pol.), nr 5, 34-35.
- Jan Paweł II (2017). *Adhortacja apostolska „Christifideles laici”*, Wrocław: Wydawnictwo TUM.
- Jasionek, S. (2004). *Wychowanie moralne*, Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Katechizm Kościoła Katolickiego*, (1994). Poznań: Wydawnictwo Pallottinum.
- Kieniewicz, P. (2004). *Rodzina miejscem wychowania do odpowiedzialnej miłości*, (w:) *Rodzina – myśl i działanie*, G. Soszyńska (red.), 165-174, Lublin: Wydawnictwo Polihymnia.
- Kongregacja ds. Wychowania Katolickiego, (1984). *Wytyczne wychowawcze w odniesieniu do ludzkiej miłości*, Poznań: Pallottinum.
- Kwiek, M. (1992). *Płec i miłość. Pedagogiczno-katechetyczna droga integracji u młodzieży klas IV-VIII*, Wrocław: Wydawnictwo Oficyna Współczesna.
- Kwiek, M. (2011). Błędy w wychowaniu płciowym człowieka, (w:) *Wychowanie do czystości – utopia czy zadanie*, J. Kochel (red.), 145-152, Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego.

- Meissner, K. (2003). *Wiara i płeć*, Poznań: Wydawnictwo w drodze.
- Mill, J.S. (1946). *On Liberty*, Oxford: Blackwell.
- Nagórny, J. (2005). Płciowość ludzka - z perspektywy chrześcijańskiego personalizmu, (w:) *Płciowość ludzka w kontekście miłości. Przesłanie moralne kościoła*, J. Nagórny, M. Pokrywka (red.), 19-117, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Obuchowski, K. (1995). *Przez galaktykę potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Papis, W.E., (1997). Wychowanie dzieci i młodzieży do dojrzałego życia i miłości, *Studia nad Rodziną*, nr 1, 86-88.
- Papieska Rada ds. Rodziny (1996). *Ludzka płciowość: prawda i znaczenie. Wskazania dla wychowania w rodzinie*, Łomianki: Instytut Studiów nad Rodziną.
- Papieska Rada ds. Rodziny (2011). *Wychowanie do czystej miłości. Wskazania dla wychowania w rodzinie*, Kraków: Wydawnictwo AA.
- Parysiewicz, B.M. (2010). *Wychowanie do miłości. Studium z duszpasterstwa rodzin*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Póltawska, W. (2010). Rola rodziców w wychowaniu seksualnym młodzieży, (w:) *Wychowanie w rodzinie*, F. Adamski (red.), 193-208, Kraków: Wydawnictwo Petrus.
- Ryś, M. (1997). Znaczenie wychowania i samowychowania w integracji seksualności człowieka, *Studia nad Rodziną*, nr 1, 89-99.
- Sobór Watykański II, (1968). Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym „Gaudium et spes”, (w:) Sobór Watykański II, *Konstytucje. Dekrety. Deklaracje*, 537-620, Poznań: Pallottinum.
- Stala, J. (2003). *Katecheza o małżeństwie i rodzinie w Polsce po Soborze Watykańskim II. Próba oceny*, Tarnów: Wydawnictwo Biblos.
- Stala, J. (2011). Rodzina - fundamentalne środowisko kształtowania człowieka. Pedagogiczno-katechetyczne impulsy pomocy młodym w przygotowaniu do życia w małżeństwie i rodzinie, (w:) *Małżeństwo i rodzina wciąż fundamentem nowej cywilizacji. Refleksje na kanwie dokumentu Konferencji Episkopatu Polski pt. 'Służyć prawdzie o małżeństwie i rodzinie'*, R. Kantor, M. Kluz (red.), 15-26, Tarnów: Wydawnictwo Biblos.
- Stefanek, S. (1997). Mężczyzną i niewiastą stworzył ich. Płeć w Biblii, *Studia nad Rodziną*, nr 1, 9-16.
- Szymczak, J.S. (1999). Problematyka wychowania ludzkiej płciowości w nauczaniu Jana Pawła II, *Studia nad Rodziną*, nr 1, 53-62.
- Wójciak, T. (2005). Płciowość ludzka, (w:) *Encyklopedia Nauczania Moralnego*, J. Nagórny, K. Jeżyna (red.), 390-393, Radom: Wydawnictwo POLWEN.

Dr hab. Roman Marcinkowski

Uniwersytet Warszawski

„Bądźcie płodni i rozmnażajcie się...” (Rdz 1:28) Z żydowskiej perspektywy Bożego błogosławieństwa

„Be fruitful and increase in number...” (Gen 1:28)

In the Jewish Perspective of the God`s Benediction

Abstrakt:

Pierwszym Bożym błogosławieństwem, postrzeganym już w starożytnych tekstach judaizmu jako przykazanie i obowiązek (*micwa*), są słowa Tory: *pru urvu* – dosł. ‘bądźcie płodni i rozmnażajcie się...’ (Rdz 1:28). Artykuł bazując na tekstach źródłowych judaizmu przedstawia najpierw wspomniane wyżej słowa w ich starożytnym kontekście Tory spisanej, a następnie Tory ustnej ze szczególnym uwzględnieniem Miszny, Tosefty i obu Talmudów. Teksty źródłowe wyraźnie wskazują, że obowiązek prokreacji spoczywa na mężczyźnie, a nie na kobiecie. Koniecznym minimum do wypełnienia tego obowiązku jest dwójka dzieci, według Szkoły Hillela syn i córka, a zgodnie z opinią Szkoły Szammaja dwóch synów. Wyjaśnia się również za Miszną problem hierarchii społecznej wynikającej z urodzenia i wskazuje, jaki wpływ miały i mają współcześnie starożytne opinie i postanowienia halachiczne w odniesieniu do zagadnień związanych z płodnością i prokreacją.

Słowa kluczowe: judaizm, płodność, prawo rabiniczne, prokreacja, żydowska etyka medyczna

Abstract:

From the Jewish Perspective of God`s Benediction “Be fruitful and multiply...” (Gen 1:28)

God`s first blessing which was already perceived in the ancient texts of Judaism as a commandment and a duty (*mitzvah*) were the words of the Torah: *pru urvu* – lit. ‘be fruitful and multiply...’ (Gen 1:28). On the basis of the source texts of Judaism the author first presents the above-mentioned words in their ancient context of the Written Torah, and then in the context of the Oral Torah with special reference to the Mishnah, Tosefta and both Talmuds. The source texts clearly indicate that the duty of procreation lies with a man, not a woman. The minimum necessary to fulfill this obligation is to have two children, son and daughter, according to the opinion of the House of Hillel, and according to the opinion of the House of Shammai, a minimum of two sons is necessary. The author also explains after Mishnah the problem of social hierarchy resulting from birth and he points to the impact that ancient opinions and Halachic provisions have had on the issues associated with fertility and procreation.

Key words: Fertility, Procreation, Judaism, Rabbinic Law, Jewish Bioethics

Pierwsze Boże błogosławieństwo, postrzegane już w starożytnych tekstach judaizmu jako przykazanie i obowiązek (*micwa*), uważane za pierwsze i podstawowe przykazanie biblijne, przyjmowane od dawna dosłownie (wiele tekstów żydowskich podkreśla dosłowność tych słów zarzucając innym, m.in. chrześcijanom zbyt alegoryczne ich pojmowanie (Barilan 2019, s. 190), przez wyznawców judaizmu, odnosi się do prokreacji. Istotę stanowią tu słowa Tory: *pru urvu* – dosł. ‘bądźcie płodni i rozmnażajcie się’, wypowiedziane przez Boga czterokrotnie w Księdze Rodzaju. Najpierw skierowane są do zwierząt po ich stworzeniu: „Bóg pobłogosławił je mówiąc: <Bądźcie płodne i rozmnażajcie

się, i zapelniajcie wody w morzach, a ptactwo niech się mnoży na ziemi>”². Następnie kluczowe słowa *pru urwu*, pierwszego Bożego przykazania, pojawiają się jeszcze trzykrotnie w Księdze Rodzaju w odniesieniu do ludzi. Pierwszy raz, gdy Bóg stworzył na swój obraz mężczyznę i kobietę: „Pobłogosławił ich Bóg i powiedział do nich: <Bądźcie płodni i rozmnażajcie się, i zapelniajcie ziemię, żeby uczynić ją sobie poddaną. Panujcie więc nad rybami morskimi i nad ptactwem niebieskim, i nad wszelkim zwierzęciem pełzającym po ziemi>”³. Kolejny raz po zawarciu przez Boga przymierza z Noem: „Bóg pobłogosławił Noego i jego synów, i powiedział do nich: <Bądźcie płodni i rozmnażajcie się, i zapelniajcie ziemię>”⁴. Jeszcze raz w tym samym rozdziale Księgi Rodzaju Bóg wypowiada te słowa do Noachitów⁵: „Wy zaś bądźcie płodni i rozmnażajcie się, niech się zaludnia ziemia, żebyście nad nią panowali”⁶.

Podobnie przykazanie o byciu płodnym wyjaśnia Tora ustna, której istotę stanowi, spisana ostatecznie pod koniec II wieku n.e., Miszna:

Nie [może] mężczyzna powstrzymać się od [wypełnienia przykazania] ‘Bądźcie płodni i rozmnażajcie się’⁷, chyba że ma [już] dzieci. Szkoła Szammaja mówi: „Dwóch synów”⁸, Szkoła Hillela zaś mówi: „Syna i córkę”⁹, jak napisano: „Mężczyznę i kobietą stworzył ich”¹⁰. Jeśli poślubił kobietę i był z nią dziesięć lat, a ona nie urodziła, to¹¹ nie powinien [dłużej] powstrzymać się [od wypełnienia przykazania]. Jeśli ją oddalił¹², to

² Rdz 1:22. Wszystkie teksty źródłowe według przekładu autora artykułu.

³ Rdz 1:28.

⁴ Rdz 9:1.

⁵ Hebr. *Benei Noach* – dosł. ‘synowie Noego, potomkowie Noego’. Marcinkowski 2004: 176-177, tam użyto tego terminu po raz pierwszy. Zdaniem wcześniejszych autorytetów rabinicznych ten termin obejmuje także narody stanowiące potomstwo Abrahama z wyłączeniem Izraelitów (Marcinkowski 2013: 23-24), których zaprzestano tak nazywać po nadaniu im Tory na Synaju (Raszi do *Awoda Zara* 3a). Według tradycji żydowskiej Bóg nałożył na Noachitów siedem przykazań, które otrzymali wcześniej: zakaz bałwochwalstwa, bluźnierstwa, przelewania krwi, odsłaniania nagości, rabowania, odcięcia kończyny żywemu zwierzęciu oraz nakaz ustanawiania sądów (Marcinkowski 2004: 176-193; Marcinkowski 2017: 235). Majmonides wyjaśnia, że wszystkie te prawa należy traktować jako Tradycję, którą Mojżesz przekazał na Synaju (Majmonides, *Melachim* 9,1).

⁶ Rdz 9:7.

⁷ Hebr. *mipirja weriwja* – dosł. ‘od płodzenia i rozmnażania’. Chodzi tu oczywiście o nakaz Tory: *Pru urwu umil’u et haarec!* – ‘Bądźcie płodni, rozmnażajcie się i zapelniajcie ziemię’ (Rdz 1:28).

⁸ Gemara i Tosefta wyjaśniają, że wzorem był tu Mojżesz, który miał dwóch synów: Gerszoma i Eliezera, por. 1Krn 23:15; (Albeck, 2008 III 38; Kehati, 2003, Jew 6:6).

⁹ Wniosek wysunięto na przykładzie stworzenia świata, gdzie na początku stworzył Bóg mężczyznę i kobietę.

¹⁰ Hebr. *zachar unekewa beraam* (Rdz 5:2).

¹¹ To powinien ją oddalić lub wziąć drugą żonę oprócz niej (Raszi). Barajta wyjaśnia, że Abraham po dziesięciu latach mieszkania z Sarą w Kanaanie wziął za żonę Hagar. Ten fragment uczy także, że wspólne mieszkanie poza Erec Israel nie liczy się, por. Rdz 16:3; (Albeck, 2008; Kehati, 2003).

¹² Jako niepłodną po dziesięciu latach wspólnego z nią mieszkania.

wolno jej wyjść za innego [mężczyznę]¹³. Drugiemu [mężowi] wolno być z nią [kolejną] dziesięć lat¹⁴, a jeśli poroniła, to liczy się czas¹⁵ od poronienia. Obowiązek bycia płodnym i rozmnażania się spoczywa na mężczyźnie¹⁶, a nie na kobiecie. Rabi Jochanan ben Beroka mówi: „O nich obojgu¹⁷ jest napisane: <Pobłogosławił ich Bóg i rzekł im... Bądźcie płodni i rozmnażajcie się>”¹⁸.

W podobnym duchu wypowiada się Tosefta:

Rabi Akiwa mówi: „Ktokolwiek przelewa krew, jest jak ten, kto poniża [Boży] obraz, jak powiedziano: <Kto krew ludzką przelewa, przez człowieka jego krew będzie przelana>¹⁹”. Rabi Eleazar ben Azarja mówi: „Ten, kto nie wypełnia przykazania *pru urwu*, to jakby krew przelewał i poniżał obraz [Boga], jak napisano: <Gdyż na obraz Boży uczynił człowieka²⁰> i w innym miejscu: <Bądźcie płodni i rozmnażajcie się²¹>”. Ben Azaj mówi: „Ten, kto nie wypełnia przykazania *pru urwu*, to jakby krew przelewał i poniżał obraz [Boga], jak napisano: <Gdyż na obraz Boży uczynił człowieka> i w innym miejscu: <Bądźcie płodni i rozmnażajcie się>”. Rabi Eleazar ben Azarja powiedział mu: „Ben Azaj! Słowa są piękne, jeśli pochodzą od kogoś, kto czyni to, co mówi. Niektórzy pięknie się wypowiadają, ale nie czynią tak pięknie tego, co mówią albo robią, co mówią, ale nie wypowiadają się pięknie. Ben Azaj wypowiada się pięknie, ale nie czyni tak pięknie, jak mówi”. Odpowiedział mu [Ben Azaj]: „Cóż pocznę? Moja dusza pragnie Tory. Niech inni wypełniają [moje słowa]”²².

Gemara babilońska dziesięciokrotnie²³ cytuje przykazanie *pru urwu*. Pojawia się ono w Talmudzie Babilońskim w kontekście głównych tematów zajmujących dany porządek czy dokładniej mówiąc konkretny traktat. Mędrzy talmudyczni podczas dysput dotyczących praw szabatowych, zawierania związków małżeńskich, małżeństwa lewirackiego, rozwodu i oddalenia żony, szczególnie nieplodnej, praw i obowiązków Noachitów oraz bałwochwalstwa przywołują pierwsze przykazanie biblijne. Podobnie Gemara palestyńska

¹³ Który nie wypełnił jeszcze nakazu prokreacji (por. Kehati, 2003)e.

¹⁴ Gemara babilońska wyjaśnia, że po raz trzeci wolno jej wyjść za kogoś, kto już ma dzieci (por. Jew 65a; Kehati, 2003).

¹⁵ Dziesięciu lat wspólnego mieszkania w oczekiwaniu na potomstwo.

¹⁶ Zgodnie z Torą: *Pru urwu umil'u et haarec wechiuszuha* – ‘Bądźcie płodni, rozmnażajcie się, zapełniajcie ziemię i czynicie ją sobie poddaną’ (Rdz 1:28), to ostatnie polecenie – zdaniem Mędrców – odnosi się wyłącznie do mężczyzny i powinno być napisane w liczbie pojedynczej (por. Kehati, 2003).

¹⁷ Rabi Jochanan ben Beroka chce rozszerzyć obowiązek prokreacji także na kobietę, ale *halacha* jest temu przeciwna.

¹⁸ Miszna Jew 6:6.

¹⁹ Rdz 9:6.

²⁰ Rdz 1:27.

²¹ Rdz 1:28.

²² Tosefta, Jew 8:7.

²³ Talmud Babiloński, Szab 111a; Jew 63b (dwukrotnie); Jew 65b (dwukrotnie); Git 43b; Git 47a; Kid 35a; Sanh 59b; Aw Zar 5a.

porusza ten temat²⁴ w kontekście obrzezania, zachowywania szabatu, przestrzegania terminów świątecznych i postów, kobiety niepełnej oraz prawa lewiratu. Jedynie opinia cytowanego już w Misznie Ben Beroka odnosi obowiązek prokreacji do obojga małżonków wskazując na liczbę mnogą tego przykazania. Pozostali mędrcy są odmiennego zdania. To mężczyzna jest zobowiązany wypełnić to przykazanie, nie obowiązuje ono kobiety. Ten nakaz nie odnosi się również do Noachitów, skoro nie obowiązuje ich obrzezanie i zachowywanie szabatu.

Teksty źródłowe wyraźnie wskazują, że obowiązek prokreacji spoczywa na mężczyźnie, a nie na kobiecie. Koniecznym minimum do wypełnienia tego obowiązku jest dwójka dzieci, według Szkoły Hillela syn i córka, a zgodnie z opinią Szkoły Szammaja dwóch synów (Jew 6:6). Dorosłe dzieci powinny być zdatne do prokreacji, gdyż według Talmudu Babilońskiego (Jew 62a) bezpotomne potomstwo się nie liczy. W świetle halachy Żydem jest dziecko urodzone z matki-Żydówki lub z nawróconej na judaizm, a małżeństwo uznaje się za ważne, jeśli obydwójce rodzice są Żydami. Kobieta zamężną, która nie otrzymała listu rozwodowego (*get*) od swojego męża, określa się terminem *aguna*. Małżeństwo z taką kobietą jest nieważne, a dziecko z takiego związku (podobnie jak z kazirodczego) uznawane jest za *mamzera* (bękart). Zajmuje ono bardzo niską pozycję w hierarchii społecznej. *Mamzer*²⁵ może legalnie poślubić *mamzeret* (r.ż. od *mamzer*) lub konwertytkę. Niżej w hierarchii znajduje się tylko ten, kto nie zna swojego ojca: *szetuki* – dosł. ‘milczący’, gdyż milczy zapytany o ojca oraz *asufi* – ‘znajda’, który nie zna ani ojca, ani matki. Według Talmudu wśród dzieci porzuconych, tzw. znajd tylko połowę stanowiły prawdziwe sieroty, a druga połowa to *mamzerim* (l.mn. od *mamzer*). Jeszcze osiemnastowieczny rabin z Hamburga, J. Emden, uważał aborcję *mamzera* za obowiązek religijny (Emden 1884, cz. i 43, za: Barilan, 2014, s. 192). Węgierski rabin z początku XIX wieku pisze, że wiele kobiet głodziło swe dzieci z nieprawego łoża, co było przyczyną ich śmierci (Sofer 1877: 127, za: tamże). W kontekście problemu dzieci z nieprawego łoża pod koniec osiemnastego wieku wyróżniono trzy grupy rabinów. Do pierwszej należeli ci, którzy zabiegali o to, żeby nie skrzywdzić takiego dziecka. Drugą grupę stanowili niezdecydowani, którzy raz głosili, że lepiej jest *mamzerowi* umrzeć, a innym razem wznosili modlitwy o jego uzdrowienie. Do trzeciej grupy należeli zwolennicy teorii, że dla dobra ogółu lepiej jest, jeśli *mamzer* umiera w dzieciństwie (Barilan, 2014). Skądinąd wiemy, że Talmud dopuszcza krzywoprzysięstwo w celu ratowania życia (Ket 19a) i w tym także należy dopatrywać się pomocy dla *mamzerim* (Barilan, 2014, s. 195).

²⁴ Talmud Jerozolimski, wydanie wileńskie: Taan 4:6; Meg 1:4; Jew 6:6. Talmud Jerozolimski, wydanie weneckie: Taan 4:69:3; Meg 1:70:3; Jew 6:7:2; Jew 6:7:4.

²⁵ Hebr. *mamzer* (r.m.), *mamzeret* (r.ż.) oznacza dziecko z nieprawego łoża - cudzołóstwa lub kazirodztwa. Zakazani byli w związkach małżeńskich dla ogółu Izraela.

Dokładny podział społeczności żydowskiej ze względu na urodzenie i wynikające z tego normy postępowania ujęte w postanowienia halachiczne, to wszystko zostało już dokładnie opisane w Misznie. Traktat Miszny *Kiduszin* (Kid 4:1) omawiający sposoby kojarzenia małżeństw przedstawia podział Judejczyków powracających z wygnania babilońskiego. Ze względu na urodzenie i pochodzenie wyróżnia się tu dziesięć grup społecznych: kapłanów²⁶, lewitów, zwykłych Izraelitów, niepełnowartościowych kapłanów²⁷, konwertytów, uwolnionych niewolników izraelskich, *mamzerów*²⁸, *natinów*²⁹, milczących i znajdy. Ta sama lekcja Miszny poucza dalej:

[Rody] kapłańskie, lewickie i [zwykłych] Izraelitów mogą wchodzić we wzajemne [relacje małżeńskie]. [Rody] lewitów, [zwykłych] Izraelitów, niepełnowartościowych kapłanów, prozelitów i uwolnionych niewolników mogą [również] wchodzić we wzajemne [relacje małżeńskie]. [Rody] prozelitów i uwolnionych niewolników, *mamzerów* i *natinów*, milczących i znajdy, oni wszyscy mogą wchodzić we wzajemne [relacje małżeńskie.]. (Kid 4:1)

Konwertytka i uwolniona niewolnica kananejska są nierządnicami:

Zwykły kapłan nie może poślubić kobiety bezpłodnej, chyba że ma [już] żonę i dzieci. Rabi Jehuda mówi: Nawet jeśli ma [już] żonę³⁰ i dzieci, to nie poślubi kobiety bezpłodnej, ponieważ jest ona nierządnicą wspomnianą w Torze³¹. Mędrzy zaś mówią: Jedynie konwertytka³² i uwolniona [niewolnica kananejska] są nierządnicami i ta, która spółkuje rozpustnie.³³ (Jew 6:5).

Potomstwo niewolnicy ma status niewolnika:

²⁶ w szerszym znaczeniu chodzi tu o członków rodów kapłańskich.

²⁷ Hebr. *chalal* – kapłan urodzony z kobiety, której nie wolno było wyjść za kapłana, np. ze związku wdowy z arcykapłanem lub rozwiedzionej (*gerusza* – ‘oddalona’) ze zwykłym kapłanem, por. Jew 9:1; Kid 4:1.

²⁸ Przypomnijmy, że hebr. *mamzer* (r.m.), *mamzeret* (r.ż.) oznacza dziecko z nieprawego łoża - cudzołóstwa lub kazirodztwa. Zakazani byli w związkach małżeńskich dla ogółu Izraela.

²⁹ *Natin* - hebr. ‘poddany’, oznacza także ‘sługę Świątyni’. Według 1Krn 9:2; Ezd 2:43; 8:20 oraz Neh 3:26 termin ten odnosi się do potomków Gibeonitów, których Jozue przeznaczył na niewolników świątynnych (por. Joz 9:27), a król Dawid tępił ich, aby nie weszli do społeczności Izraela. w czasach talmudycznych prawie nie było *natinów*, a później zupełnie wyginęli. Por. A. Steinzaltz 2001: 193-194.

³⁰ Wystarczy mu żona, która może mieć dzieci, ponieważ wypełni przykazanie prokreacji czyli posiadania dzieci, które świadczą o wypełnieniu tego przykazania (por. Albeck, 2008, III 37; Kehati 2003; Jew 6:5).

³¹ Por. Kpł 21:7. Zdaniem rabiego Jehudy kapłan, który ma żonę i dzieci, nie może poślubić kobiety bezpłodnej, gdyż spółkowanie z nią będzie rozpustą.

³² Ponieważ nieżydówki są nienasycone w ich cielesnym zaspokojeniu i spółkują z nieżydami lub niewolnikami (por. Albeck, 2008, III 38; Keahti, 2003).

³³ Mowa tu o Izraelitce, która spółkowała z mężczyzną zabronionym jej, za którego nie może wyjść za mąż. Chodzi m. in. o winę zagrożoną karą wytopienia *karet* albo karą śmierci na mocy wyroku sądu, lub karą chłosty albo o przekroczenie zakazu czynienia czegoś (*isur ase*), co odnosi się do wszystkich, a nie tylko do kapłanów, (por. Albeck, 2008; Kehati, 2003).

...[W sytuacji,] gdy [kobieta] nie jest zaślubiona ani z tym [mężczyzną], ani z żadnym innym, to potomstwo ma jej [status]. A jaki to jest [przypadek]? To potomstwo niewolnicy lub obcej. (Kid 3:12)

Sposób na awans społeczny ze statusu *mamzera*:

Rabi³⁴ Tarfon mówi: *Mamzerów* można oczyścić³⁵. W jaki sposób? Jeśli *mamzer* ożeni się z niewolnicą, to [ich] potomek będzie niewolnikiem³⁶. A jeśli [ojciec] go uwolni³⁷, to syn stanie się wolnym człowiekiem³⁸. Rabi Eliezer mówi: Przecież on jest *mamzerem* [i zarazem] niewolnikiem³⁹ (Kid 3:13).

To rozwarstwienie społeczne stanowiło wyraźną przeszkodę w kojarzeniu małżeństw⁴⁰, podobnie jak więzy krwi (Marcinkowski, 2016, s. 455)⁴¹. Uzasadnienie podaje Księga Kapłańska⁴², według której zakazane są małżeństwa w linii prostej pomiędzy ojcem i córką, matką i synem (Kpł 18:7), ojcem i wnuczką (ib. 18,10); w linii bocznej pomiędzy bratem i siostrą (ib. 18:9), także z siostrą przyrodną⁴³, dalej pomiędzy siostrzeńcem i jego ciotką⁴⁴, macochą i pasierbem (Kpł 18:15; 20:22), zięciem i teściową (Kpł 20:14; Pwt 27:13), następnie pomiędzy mężczyzną i córką lub wnuczką kobiety, z którą się ożenił (Kpł 18:17), pomiędzy mężczyzną i żoną jego stryja (Kpł 18:14; 20:20) oraz pomiędzy mężczyzną i jego bratową (Kpł 18:16; 20:21 – z wyjątkiem prawa lewiratu – Pwt 25:5-10). Zakazane było również małżeństwo jednocześnie z dwiema siostrami⁴⁵. Bardziej bezwzględne przepisy regulowały małżeństwa kapłanów. Według Biblii hebrajskiej, która jest podstawą Miszny

³⁴ w tej lekcji rabi Tarfon podaje sposób, w jaki *mamzer* może oczyścić swoje dzieci, żeby nie były *mamzerami*.

³⁵ z poprzedniej miszny wynikało, że potomek *mamzera* jest także *mamzerem*, który nie ma wejścia do zgromadzenia Izraela. Tutaj rabi Tarfon daje szansę na zmianę statusu potomstwu *mamzera*.

³⁶ Zgodnie z poznaną w poprzedniej misznie zasadą, że w wyniku przekroczenia reguł dotyczących zakazanych małżeństw status potomstwa idzie za gorszą partią, tu potomstwo ma jej status.

³⁷ Jeśli ojciec, który jest także jego panem, uwolni go z niewolnictwa.

³⁸ Będzie wówczas zwykłym Izraelitą.

³⁹ Zdaniem rabiego Eliezera piętno *mamzera* pozostaje przy nim na zawsze. Rację przyznano jednak rabiemu Tarfonowi. Gdyby było odwrotnie, tzn. ojcem byłby sługa kananejski, a matką *mamzeret*, to nawet rabi Tarfon zgadza się z tym, że potomek pozostałby *mamzerem* zgodnie ze wskazaną wyżej zasadą, że potomstwo ma status matki, a nie ojca (por. Albeck 2008: III, 325; Kehati, 2003; Kid 3:13).

⁴⁰ Np. *mamzer* mógł poślubić *mamzeret* (żeński odpowiednik *mamzera*) lub prozelitkę, a *mamzeret* – *mamzera* lub prozelitę (por. Git 9:2; Jew 2:4).

⁴¹ Różnice pomiędzy prawem biblijnym i rabinicznym podano w tabeli na końcu trzeciego tomu polskiej edycji Miszny. Tabela uwzględnia zabronione w kontekście małżeństwa stopnie pokrewieństwa i powinowactwa zgodnie z zakazami biblijnymi i ich rozszerzeniem rabinicznym.

⁴² Szczególnie Kpł 18:10: „Nikt z was nie będzie się zbliżał do ciała swego krewnego, aby odsłonić jego nagość”.

⁴³ Praktykowane w czasach patriarchów, później zakazane (por. Kpł 20:17; 18:1).

⁴⁴ Praktykowane jeszcze w czasach Mojżesza (Kpł 18:12-13; 20:19), później zakazane (Wj 6:20; Lb 26:59).

⁴⁵ Por. Kpł 18:18. Praktykowane wcześniej, np. Jakub pojął jednocześnie (w odstępstwie tygodnia) dwie siostry, córki Labana – Leę i Rachelę (por. Rdz 29:21-30).

i całego Talmudu⁴⁶, kapłan nie mógł poślubić prostytutki ani rozwódki (Kpł 21:7), ani też wdowy, o ile nie była (wcześniej) żoną kapłana (Ez 44:22). Arcykapłan natomiast mógł poślubić tylko raz i tylko dziewicę izraelską (Kpł 21:13-14; Marcinkowski, 2004, s. 115-116).

Śmierć bez potomstwa uważana była za hańbiącą. To zapewne stało się jednym z głównych powodów dla zachowywania instytucji małżeństwa lewirackiego (zwanego także szwagrowskim) z owdowiałą bratową po bezdzietnie zmarłym bracie. Istotą tego związku stało się wzbudzenie potomstwa zmarłemu bratu. Jeśli brat zmarłego męża nie chciał wziąć bratowej za żonę, to czekała go poniżająca ceremonia (*chality*), podczas której bratowa zdejmowała sandał z jego nogi, przez co uwalniała się spod jego do niej prawa, a niekiedy w niektórych rejonach pluła szwagrowi w twarz, mówiąc: „Tak się czyni temu, kto nie chce odbudować domu swojego brata” (Pwt 25:5-10). Miszna poświęca temu zagadnieniu obszerny traktat *Jewamot* w trzecim dziale (Marcinkowski, 2016).

Potomek niewolnicy nie jest bratem, nie skutkuje względem niego prawo *jibumu*⁴⁷ i *chality*, a także nie odpowiada jak syn za uderzenie lub przeklinanie ojca:

Jeśli ktoś ma brata jakiegokolwiek⁴⁸ [pochodzenia, to ten jego brat] zobowiązuje żonę swego brata⁴⁹ do małżeństwa lewirackiego⁵⁰ i jest jego bratem pod każdym względem⁵¹, z wyjątkiem tego, kto [pochodzi] od niewolnicy⁵² lub cudzoziemki. Jeśli ktoś ma syna jakiegokolwiek [pochodzenia⁵³, to ten jego syn] zwalnia żonę swego ojca z małżeństwa lewirackiego⁵⁴ i ponosi winę⁵⁵ za uderzenie lub przeklinanie swego [ojca⁵⁶. Uważa się go za]

⁴⁶ Miszna wraz z całym Talmudem stanowią przede wszystkim komentarz i aktualizację Prawa pisanego (*Tora shebichtaw*). Twierdzi się jednak, że tannaici - twórcy Miszny, w przeciwieństwie do amoraistów - autorów większej części Talmudu, stawiali bardziej na niezależność Prawa ustnego (*Tora shebealpe*).

⁴⁷ *Jibum* - tak określa się po hebrajsku małżeństwo lewirackie z owdowiałą bratową po bezdzietnie zmarłym bracie.

⁴⁸ Gemara dodaje, że nawet *mamzera* (por. Albeck, 2008: III 21; Kehati, 2003; Jew 2:5; Danby, 2016, s. 220).

⁴⁹ Który zmarł bezdzietnie.

⁵⁰ Lub do *chality*.

⁵¹ Pod względem dziedziczenia jak i zaciągania nieczystości. Jeśli pierwszy z braci byłby kapłanem, a drugi *mamzerem*, to kapłan po śmierci brata *mamzera* zaciągnąłby nieczystość (por. Kpł 21:2; Albeck, 2008; Danby, 2016).

⁵² Chodzi tu o niewolnice kananejską. Potomstwo niewolnicy kananejskiej podobnie do cudzoziemki, ma status matki (por. Kid 3:12). Syn niewolnicy kananejskiej jest niewolnikiem i nie uważa się go za brata. Podobnie syn nieżydówki jest nieżydem (por. Pwt 7,4). Gemara babilońska (Jew 23a) wyjaśnia, że syna Żydówki nazywa się 'twój syn', a syna nieżydówki raczej 'jej syn' (por. Albeck, 2008; Danby, 2016; Kehati, 2003).

⁵³ Nawet *mamzera* (por. Albeck, 2008; Danby, 2016; Kehati, 2003).

⁵⁴ Również z *chality*.

⁵⁵ Podlega karze śmierci (por. Wj 21:15.27; Albeck 2008: III 22; Danby, 2016; Kehati, 2003).

⁵⁶ Gemara babilońska wyjaśnia, że syn-*mamzer* ponosi karę za uderzenie lub przeklinanie ojca, jeśli ten żałował za grzech, który doprowadził do splodzenia syna-*mamzera*. Jeśli ojciec tego czynu nie żałował, to jego syn-*mamzer* nie jest odpowiedzialny za uderzenie lub przeklinanie ojca (por. Kehati, 2003).

jego syna pod każdym względem⁵⁷, z wyjątkiem tego, kto [pochodzi] od niewolnicy lub cudzoziemki⁵⁸ (Jew 2:5).

Synowie niewolnicy, którzy zostali uwolnieni razem z nią nie podlegają ani [prawu] *chality* ani [prawu] *jibumu*:

Jeśli synowie prozelitki przeszli na judaizm [razem] z nią⁵⁹, to nie podlegają ani [prawu] *chality* ani [prawu] *jibumu*⁶⁰, nawet jeśli jeden [z nich] urodził się w świętości, ale nie począł się w świętości, a drugi i urodził się i począł w świętości⁶¹. i tak też jest [w przypadku] niewolnicy, której synowie zostali uwolnieni razem z nią⁶² (Jew 11:2).

Obowiązek prokreacji precyzuje traktat Miszny *Ketubot*. Na podstawie nakazu Tory zawartego w *Księdze Wyjścia* 21:10 rabi Eliezer sprecyzował obowiązek małżeński wobec żony. Próżniacy i bezrobotni powinni spełniać go codziennie, robotnicy dwa razy w tygodniu, poganiacze osłów – raz na tydzień, poganiacze wielbłądów – raz w miesiącu, a żeglarze – raz na sześć miesięcy (Ket 5:6). Odmawiającej mężowi postanowiono odejmować z jej *ketuby* od trzech i pół do siedmiu denarów tygodniowo. Jeśli to mąż sprzeciwia się swej żonie, to dodaje się do jej *ketuby* od półtora do trzech denarów tygodniowo (Ket 5:7).

Najlepszym dowodem na łączenie starożytnych tradycji ze współczesnością jest zbiór *Szeelot utszuwot*. Zbiór ten obejmuje (od starożytności po współczesność) spisane postanowienia rabiniczne jako odpowiedzi prominentnych uczonych, znawców Tradycji spisanej i ustnej judaizmu na zadane im wcześniej pytania, stąd nazwa *Szeelot utszuwot* – dosł. „Pytania i odpowiedzi”⁶³. Poniżej zamieszczono trzy wybrane przykłady⁶⁴ ze zbioru *Szeelot utszuwot*⁶⁵, dotyczące wypełnienia przykazania *pru urwu*:

⁵⁷ Pod względem dziedziczenia, jak i zaciągania nieczystości.

⁵⁸ Ponieważ syna niewolnicy kananejskiej lub cudzoziemki nie uważa się za syna Izraelity.

⁵⁹ a po przejściu na judaizm wzięli żony i jeden z nich zmarł bezdzietnie.

⁶⁰ Ponieważ prawo *jibumu* odnosi się do braci po ojcu, a konwertyci nie mają statusu braterstwa po ojcu. *Mlechet Szlomo* wyjaśnia, że ta miszna odnosi się do konwertytów, których zarówno poczęcie jak i narodziny nie odbyły się w stanie świętości, a to oznacza, że żadne związki braterskie ich nie łączą, nawet po matcei traktuje się ich, jakby nie byli ze sobą w ogóle spokrewnieni (por. Albeck, 2008: III 52; Danby, 2016, s. 234; Kehati, 2003; Jew 11:2).

⁶¹ Nawet jeśli obaj urodzili się w świętości, tzn. po przejściu matki na judaizm urodzili się w zgromadzeniu Pana (por. Jew 2:4), ale skoro pierwszy z nich nie począł się w świętości, ponieważ jego matka była gojką, to nie uważa się ich za braci (po ojcu), (por. Albeck, 2008; Kehati, 2003).

⁶² Jej synów nie uważa się za braci, tzn. nie mają prawnego braterstwa, dlatego nie mogą podlegać ani prawu *chality* ani *jibumu* (por. Albeck, 2008; Kehati, 2003).

⁶³ Responсы te stanowią szczególną kategorię literatury rabinicznej, która swą formą odróżnia się zarówno od komentarzy jak i od kodyfikacji prawa rabinicznego, ale w treści jest do nich podobna. Tematyką swą obejmują rozmaite zagadnienia, głównie prawne oraz dotyczące liturgii, ale też często wykraczające poza sferę religii, szczególnie z szeroko pojętej humanistyki. Odpowiedzi zależą od rodzaju pytań i mają zwykle charakter praktyczny, dość rzadko zdarzają się czysto teoretyczne zagadnienia. Responсы stanowią wyjątkową skarbnicę wiedzy na tematy historyczno-kulturowe, zwłaszcza dotyczące zwyczajów i warunków bytowania społeczności żydowskich w czasach, w których zostały spisane.

Pytanie: Czy mężczyzna po czterdziestce, ojciec ośmiorga dzieci, który ma problem z ich utrzymaniem i wychowaniem, powinien się starać o jeszcze więcej dzieci?

Odpowiedź: (Ta responsa to korespondencja z Obernau koło Lucerny z 1977 roku.) Odpowiedział rabin, który wyjechał na wakacje i nie miał ze sobą potrzebnych ksiązek. Skoro pytający ojciec ośmiorga dzieci ma już wypełnione konieczne minimum przykazania *pru urwu*, tzn. syna i córkę, to spełnił już swój obowiązek. Za taką argumentacją przemawiają problemy szkolno-wychowawcze. Pod uwagę należy też wziąć opinię żony, która jest przeciwna temu pomysłowi i wolałaby poświęcić się wychowaniu już istniejącej ósemki dzieci (*Szeelot utszuwot, Szewet Halewi*, cz. 4, znak 161).

Pytanie: Czy ci, którzy mają syna i córkę i wypełnili obowiązek *pru urwu*, ale chcą mieć jeszcze dzieci, powinni się leczyć?

Odpowiedź: Skoro nie jest znana choroba jego lub jej, to może Święty, niech będzie błogosławiony, nie chce obdarzyć ich większym przywilejem ponad ten, który otrzymali. Nie należy poczytywać tego jako kary, ale trzeba się modlić, żeby Święty, niech będzie błogosławiony, obdarzył ich jeszcze synami i córkami zrodzonymi naturalnymi siłami, potomstwem ponad konieczne minimum, i żeby wypełnili jeszcze mnóstwo przykazań. (*Szeelot utszuwot, Igerot Mosze, Ewen Haezer*, cz. 4, znak 73:3)

Pytanie: Czy mężczyzna, który podczas snu miał stosunek seksualny z żoną, spełnił obowiązek *pru urwu*?

Odpowiedź przecząca: Ten, kto spółkował z żoną podczas snu, wskutek czego urodziła, nie wypełnił przykazania *pru urwu*, ponieważ śpiący jest zwolniony z wypełniania przykazań. Śpiący nie jest świadomy, nie może wypełnić przykazania ani go złamać, nie może być za to nagrodzony ani ukarany.

Odpowiedź potwierdzająca: Dołączono także do halachy wypowiedź, że skoro jest synem Bożym pod każdym względem, to nawet śpiący może wypełnić przykazanie *pru urwu*.

Nie należy doszukiwać się tego typu literatury przed spisaniem Miszny, gdyż na jej przykładzie widać, jak trudno było przekonać się do spisania ustnej tradycji judaizmu, w tym przekazywanych ustnie z pokolenia na pokolenie opinii halachicznych. Można przyjąć zatem, że zwyczaj pisemnych odpowiedzi na pytania trwa w judaizmie od osiemnastu stuleci, co potwierdza korespondencja z III w. n.e. pomiędzy uczonymi żydowskimi z Babilonii i Palestyny. Responsy spisywano głównie po hebrajsku i aramejsku, ale też po arabsku.

W czasach nowożytnych zwyczaj *szeelot utszuwot* tak się rozpowszechnił, że można mówić o szkołach: francuskiej, niemieckiej, hiszpańskiej i polskiej, która odgrywała ważną rolę w szesnastym wieku (Mojżesz Isserles, Salomon Luria, Meir Lublin), a w siedemnastym (Aaron Samuel Kajdanower, Menachem Mendel Krochmal) i osiemnastym (Meir Eisenstadt, Ezechiel Landau) zdominowała ten szczególny rodzaj literatury rabinicznej.

⁶⁴ Pytania starano się oddać wiernie z oryginałem, natomiast odpowiedzi, zawierające zwykle długie wywody halachiczne, skrócono do istoty sprawy.

⁶⁵ z tekstów źródłowych *Szeelot utszuwot* korzystano przy pomocy programu komputerowego *The Responsa Project 23 plus*, Bar-Ilan University 2015.

Halacha uznaje jedynie biologicznych rodziców. Jest rzeczą naturalną, że dziecku najlepiej jest w domu, kiedy jest kochane, ma opiekę naturalnych rodziców i znajduje w nich oparcie, wtedy czuje się bezpieczne. Rodzina zastępcza nie wypełni do końca tej roli. Rabin Halperin uważa, że anonimowe oddanie spermy łamie 'prawo dziecka do poznania biologicznych rodziców (Halperin 2002; Barilan 2014: 155). Rabiniczne stanowisko w sprawie biologicznego rodzicielstwa jest lepiej widoczne na przykładzie surogacji. Kobieta surogatka nosi w swym ciele genetycznie z nią niezwiązany embrion zwykle obojga rodziców, którzy sami nie mogą (czasami nie chcą) wypełnić do końca funkcji prokreacji. Zwykle co najmniej jedno z przyszłych rodziców jest biologicznym rodzicem dziecka. Niektórzy czołowi rabini za matkę dziecka uznają jego rodzicielkę (Waldenberg 1994:49; Soloveitchik 1989 za: Barilan, 2019, s. 245). Jedynie były Naczelny Rabin Izraela, Shlomo Goren, wskazał jako jedyną matkę dziecka jego genetyczną matkę (Goren, 2001, za: Barilan, 2019). Inni upierają się przy twierdzeniu, że obie matki (genetyczną i rodzącą) należy uznać za matki w świetle halachy, ale nie wypowiadają się na temat dziecka z dwiema matkami. Rabin I. Sheilat powołał się na prawo talmudyczne, które nie uznaje ojcostwa, jeśli ojcem dziecka był niewolnik, a matką wolna Żydówka. Dziecko, które urodziło się w wyniku niedozwolonego przez halachę i zdyskwalifikowanego przez nią stosunku seksualnego, traktowano jakby nie miało ojca. Uznawano bowiem, że nasienie niewolnika zgniło w ciele wolnej Żydówki i nie miało żadnego wpływu na płód znajdujący się w jej łonie (Sheilat, 1998, za: Barilan 2019). Stąd I. Sheilat wywnioskował, że naturalizm halachiczny różni się od zwykłego spojrzenia naukowego, gdyż według halachy dziecko może nie mieć ojca, mimo iż jego genetyczny ojciec żyje i jest znany. Rabin I. Shafran zaś zasugerował, że skoro dziecko nie ma ojca, to jego funkcję ojcowską może przejąć jedyny rodzic, tzn. tylko jego biologiczna matka, która oprócz swej prawnej roli matki przejmie także prawną rolę ojca. To z kolei prowadzi do sytuacji, w której jedna osoba pełni dwie funkcje: ojca i matki. Shafran w swych wywodach poszedł dalej twierdząc, że podobna sytuacja dotyczyłaby klonowania, w którym jeden człowiek byłby zarazem ojcem i matką. Mimo iż nie wskazał sprzeciwu halachy w tej sprawie, to jednak uznał, że halacha całkowicie opowiada się za wszystkimi autorytetami zabraniającymi klonowania dla dobra powszechnego (Shafran, 1988, za: Barilan, 2019, s. 246). Jego zdaniem klonowanie w pewnym sensie ułatwiłoby sytuację samotnej matce wobec braku ojca i męża, z którym nie jest w związku. Jednak rabin Sheilat jest przeciwny klonowaniu ze względu na dobro dziecka, gdyż tworzenie rodziny z jednym tylko rodzicem nie jest w porządku wobec dziecka.

W 1996 roku Izrael był pierwszym krajem, który zezwolił formalnie na surogację i uregulował to prawnie zyskując nawet aprobatę wielu rabinów. W celu uniknięcia problemów halachicznych związanych m.in. z prawami ojcowskimi, postanowiono, że matka-surogatka nie może mieć męża i nie może być spokrewniona ze starającymi się o dziecko. W każdym przypadku starań o surogatkę powołuje się komisję, w której zasiada

także rabin. W 2012 roku zaproponowano kolejny wymóg, tzn. że matka-surogatka musi być kobietą, która urodziła już własne dziecko, gdyż tylko taka kobieta może wiedzieć, czym jest bycie w ciąży i poród. W związku z tym prawie wszystkie surogatki w Izraelu są samotnymi matkami. Wiele z nich widzi w tym wyłącznie korzyść materialną, gdyż otrzymuje średnio 150 tysięcy szekli (w przybliżeniu tyle samo, co złotych), a niekiedy nawet o kilkadziesiąt tysięcy więcej (Barilan, 2019, s. 247-248). Musi to być intratnym zajęciem, skoro niektóre z nich rozwiódły się tylko po to, żeby spełnić wymogi komisji ds. surogatek, tzn. być uznaną za samotną matkę. W 2011 roku złożono oficjalnie w Izraelu 92 podania o surogację, zanotowano 41 urodzeń przez surogatki, w tym 19 porodów bliźniaczych.

Kobieta, która według halachy zwolniona jest z obowiązku prokreacji, zaczyna odgrywać w niej coraz większą rolę. Jej funkcja zawsze była istotna, co wyraźnie podkreśla Talmud Babiloński: „Dziewica, poświęcająca się modlitwie, niesie spustoszenie światu” (Sot, 22a). Rola zaś mężczyzny, na którym zgodnie z halachą spoczywa obowiązek wypełnienia Bożego błogosławieństwa *pru urwu*, w świetle nowoczesnych metod prokreacji bywa umniejszana, a nawet może być jej całkowicie pozbawiony.

Na koniec warto podkreślić, że z judaistycznego punktu widzenia bardzo istotne jest świadome uczestniczenie obojga małżonków w wypełnianiu przykazania *pru urwu*. Przez świadomy, płodny akt seksualny, w którym chcą zostać ojcem i matką, uczestniczą w Boskim dziele stworzenia, przez co się uświęcają. Przypomnijmy, że zgodnie z halachą przykazanie *pru urwu* można rozpatrywać na trzy sposoby: 1) obowiązek prokreacji wynikający z Tory, 2) obowiązek małżeński i 3) pierwszy obowiązek wobec Boga. Zgodnie z Talmudem świat został stworzony ze względu na prokreację (Jew 62a), która upowszechnia obraz Boga (Cohen, 1989, s. 24n), gdyż na swój obraz stworzył Bóg ludzi: *Wajjiwra Elohim et haadam becalmo, becelem Elohim bara oto, zachar unekewa bara otam* – „Stworzył więc Bóg człowieka na swój obraz, na obraz Boży go stworzył, mężczyzną i kobietą stworzył ich” (Rdz 1:27). To trzecie rozumienie prokreacji ma wymiar teologiczny. Jak wyżej już zaznaczono, w judaizmie aktywne życie seksualne, nawet jeśli nie do końca płodne (ze względu na wiek), oprócz silnej więzi pomiędzy małżonkami tworzy i umacnia wartości moralne, religijne i duchowe (Barilan, 2014, s. 125).

Z racji swej ograniczonej objętości artykuł jedynie zaznacza niektóre wątki rozległego zagadnienia dotyczącego płodności i prokreacji postrzeganej w aspekcie społecznym przez pryzmat judaizmu, zwłaszcza prawa rabinicznego w kontekście żydowskiej etyki medycznej.

Bibliografia:

Albeck, Ch. (2008). *Szisa Sidre Miszna* (hebr. Sześć Porządków *Miszny*). Jeruzalaim (Jerozolima), The Bialik Institute Jerusalem and Dvir Publishing House.

- Barilan, Y.M. (2019). *אתיקה רפואית ביהדות. היסטוריה, הלכה והחוק הישראלי*, תרגום מאנגלית: עמנואל לוסט, הוצאת ספרים ע"ש י"ל מאגנס, האוניברסיטה העברית, ירושלים.
- Barilan, Y.M. (2014). *Jewish Bioethics. History, Halakhah and Israeli Law*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Biblia Hebraica Stuttgartensia* (1969). Ed. Karl Elliger, Wilhelm Rudolph. Stuttgart: Württembergische Bibelanstalt.
- Cohen, J. (1989). *Be Fertile and Increase, Fill the Earth and Master It: the Ancient and Medieval Career of a Biblical Text*, Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Danbt, H. (2016). *The Mishnah. Translated from the Hebrew with Introduction and Explanatory Notes*. Peabody, Massachusetts: Hendrickson Publishers Marketing, LLC.
- Emden, J. (1884). *Responsa „She'ilat Ya'avetz”*, Lvov.
- Goren, S. (2001). *Torat HaRefu'ah*, Jerusalem (hebr.)
- Halperin, M. (2002). The definition of parenthood and the right to trace the biological roots, (w:) *Dilemmas in Medical Ethics*, R. HaCohen-Almagor (wyd.), 161-168, Tel-Aviv/Jerusalem: HaKibbutz HaMe'uhad i Van Leer Institute (hebr.)
- Kehati, P. (1994). *The Mishnah. a New Translation With a Commentary*. (Transl.) Rafael Fisch, Jerusalem: Maor Wallach Press.
- Kehati, P. (2003). *Miszna'ot mewoarot*. Jeruzalaim: Dfus Chemed
- Marcinkowski, R. (2004). *Paradygmaty religijności w judaizmie rabinicznym*. Kraków: Wydawnictwo Antykwa.
- Marcinkowski, R. (2013). Kluczowe zagadnienia porządku Zeraim, (w:) *Miszna: Zeraim (Nasiona)*. R. Marcinkowski (red.). Warszawa: Wydawnictwo DiG.
- Marcinkowski, R. (2016). *Miszna: Naszim (Kobiety)*, Wstęp, przekład z języka hebrajskiego i opracowanie: R. Marcinkowski, Wydawnictwo DiG – Edition La Rama, Warszawa-Bellerive-sur-Allier.
- Marcinkowski, R. (2017). z pogranicza przynależności do społeczności Izraela w świetle wybranych zagadnień „Szeelot utszuwoť”, (w:) *Granice i pogranicza w perspektywie orientalistycznej. Szkice o literaturze i kulturze*. A. Bednarczy, M. Kubarek, M. Szatkowski (red.). Kraków: Wydawnictwo Libron – Filip Lohner.
- Neusner, J. (1988). *The Mishnah. a New Translation*. New Haven – London: Yale University Press.
- Shafran, Y. (1998). Genetic cloning according to Halakhah. „*Tehumin*” 18, 150-160 (hebr.)
- Sofer, M. (1877). *Responsa „Hattam Sofer”*, cz. 4, Wien.
- Soloveitchik, J.B. (1989). *Man of Halakhah; Man of Faith*, Hoboken: Ktav.
- Steinzaltz, A. (2001). *מדריך לתלמוד*, ירושלים.
- Waldenberg, E.Y., (1994). *Responsa „Tzitz Eliezer”*, t. 20, Jerusalem.
- The Responsa Project 23 Plus*. Ramat Gan: Bar-Ilan University 2015.

Dr Bogusława Filipowicz

l'Institut de la Prévention Sociale et de la Resocialisation

Université de Varsovie

**La valeur de la fécondité dans la famille antique
à la lumière des textes patristiques
(commentaires de Lc 1, 26-38 et Lc 2, 22-40)**

**Wartość płodności w rodzinie antycznej w świetle tekstów
patrystycznych (komentarze do Łk 1, 26-38 i Łk 2, 22-40)**

Abstract:

L'article concerne une famille juive dans l'antiquité, connue, entre-autres, à travers les écrits patristiques, une communauté familiale créée par un homme nommé Joseph, sa femme prénommée Marie et l'enfant du sexe masculin qu'ils élèvent comme leur descendant et dont le nom est Jésus. à la lumière des textes de nombreux écrivains de premiers siècles du christianisme, qui commentent les documents de Lc 1, 26-38 et de Lc 2, 22-40, il est possible d'approfondir les connaissances antiques concernant cette famille de Galilée, en Judée - province syrienne de l'Empire Romain sous le regne d'Octave Augustus (30 av. J.-Chr. - 14 J. Chr.; Szymański 2005, p. 128; Baslez 2017). Nommée „sainte”, en raison du pouvoir créateur de Logos, elle incarne toutefois les valeurs de la famille orientale et occidentale: par sa constitution elle est patriarcale, reconnaissant une place précise à l'homme et à la femme ayant le statut juridique de parents qui nourrissent, selon la spiritualité que selon la culture juridique juives, l'enfant présenté publiquement comme le fruit naturel de leur union matrimoniale.

Mots-clés: Lois antiques du Proche Orient, mariage, Saint Luc, Pères de l'Eglise, Logos, l'histoire de la famille orientale, la famille patriarcale, une femme, le statut de l'épouse et de la mère, un homme le statut de l'époux et du père, l'enfant né dans la famille, un fils, l'adoption, la fidélité conjugale.

Abstract:

The article concerns a Jewish family in the antiquity know, among other, through the patristic writings, a family created by the man named Joseph, his wife Mary and the child of the masculine sex, whom they raise as their successor and heir, and whose name is Jesus. In the light of the texts of many writers of the first centuries of Christianity, who comment on the documents of Lk 1, 26-38 and Lk 2, 22-40, it is possible to deepen the ancient knowledge of this family of Galilee, in the province of the Roman Empire during the reign of Octavian Augustus (30 BC - 14 AD; Szymański 2005, p. 128; Baslez 2017). Named "holy", following the ancient understanding of the creative power of Logos, nevertheless this family embodies the values of the Eastern and Western family: her constitution is based on patriarchal structure, recognizing a precise place of the man and the woman having the legal status of parents who raise, in Jewish spirituality and legal culture, the child presented publicly as the natural fruit of their matrimonial union.

Key words: Ancient laws of Near East, marriage, Saint Luke, Fathers of the Church, Logos, the history of eastern family, the patriarchal family, a woman, the status of the wife and mother, a man, the status of the husband and father, a son, the child born in the family, adoption, marital fidelity.

Abstrakt:

Artykuł dotyczy jednej ze starożytnych rodzin żydowskich, znanej m.in. dzięki pismom patrystycznym i komentarzom na temat wspólnoty rodzinnej utworzonej przez mężczyznę o imieniu Józef, jego żonę Maryję i dziecko płci męskiej, które wychowują jako swojego potomka i którego imię jest Jezus. w świetle tekstów licznych pisarzy pierwszych wieków chrześcijaństwa komentujących dokumenty Łk 1, 26-38 i Łk 2, 22-40 możliwym jest pogłębienie wiedzy na temat starożytnego rozumienia znaczenia tej rodziny pochodzącej z Galilei, w Judzie, będącej za panowania Oktawiana Augusta (30 przed J.-Chr. – 14) syryjską prowincją rzymską (Szymański 2005, s. 128; Baslez 2017). Nazywana „świętą” wskutek antycznego rozumienia stwórczej mocy Logosu, rodzina ta, jak każda inna w starożytności, podlega badaniom historyków. Pod względem sposobu sprawowania władzy jest rodziną patriarchalną, co jest typowym wzorem życia rodzinnego zarówno w zachodnim świecie antycznym jak i w społeczeństwach wschodnich. Wzór ten określa właściwe dla rodziny role mężczyzny i kobiety posiadających status rodziców, odpowiednio ojca i matki. Wychowując Jezusa zarówno duchowo jak i w żydowskiej kulturze prawnej, Józef i Maryja, zachowując sekret poczęcia dziecka – wcielonego Logosu, przedstawili je publicznie jako owoc ich naturalnego pożycia w związku małżeńskim.

Słowa kluczowe: Prawa antyczne Bliskiego Wschodu, małżeństwo, Święty Łukasz, Ojcowie Kościoła, Logos, historia rodziny orientalnej, rodzina patriarchalna, płodność małżeńska, kobieta, status żony i matki, mężczyzna, statut męża i ojca, dziecko w rodzinie, syn, adopcja, wierność małżeńska.

Introduction

Patriarcale ou, parfois, avec un dessin du matriarcat, la famille antique dans le monde occidental et oriental est composée par un homme, son épouse et leurs enfants (Filipowicz 2013). Comme une institution elle est la base des sociétés fondées dans les civilisations anciennes, à Rome, en Grèce, en Egypte, en Syrie-Palestine, dans l’Empire Hittite et dans les royaumes mésopotamiens dont nous connaissons l’histoire grâce aux textes et cela de la fin du IV^e millénaire avant J.-Chr. Connue par les documents divers écrits en langues indo-européennes (p.ex. Benveniste 1975, p. 205-276; Meslin 2001, p. 143-162; Litewski 1994, p. 158-195) – dont le hittite est l’exemple éminent (p.ex. Beckman 2016, p. 303-318 et 319-328)¹ - ou sémitiques (p.ex. Roth 2014, p. 145-148)², elle est aussi la réalité enseignée par les Pères de l’Église à travers ses communications latines ou grecques dites *homiliae* (Naumowicz 2009) relatives aux textes du Second ou Nouveau Testament (Nehring 2005; Malina 2003). En même temps, dès le I^{er} siècle après J.-Chr. la famille reste au centre de communications de *darshanim* (Bebe 2010, p. 8-9).

Les commentaires patristiques sur la famille relatifs aux textes de Lc 1, 26-38 et de Lc 2, 22-40, dont l’auteur serait saint Luc, l’un des auteurs des Évangiles qui ouvrent le Second

¹ Lire, entre autres: Bryce, 2016, p. 303-318 et plus particulièrement pages 309-310 relatives au matriarcat; McMahon, 2011, p. 15-33.

² Voir aussi, p.ex: 1. pour la Haute-Mésopotamie et Cappadoce: Michel 2014; Michel 2011; Filipowicz 2009; 2. pour l’ancien Israel: Frymer-Kensky 2003, p. 999-1007 et p. 1007-1015; Liverani 2010, p. 362-364; Nutkowicz 2015; Porten 2003, p. 875-877; Malul 2006; Boyarin 2013; Jacobsen 2014, p. 51, 67-68 et 84. 3. pour l’Egypte: Jasnow, 2003a-2003d; Manning, 2003, p. 835-838; 4. aperçu général: Kulesza, 2013; Jaczynowska, Musiał, Stępień, 2010; Fijałkowska, 2010; Jansen, 2002; Bieńkowski, 2000, p. 191; Mattingly, 2000, p. 113-114; Sasson, 1995.

ou Nouveau Testament, s'étendent du II-ème au VIII-ème siècles. Ils font silencieusement l'autorité. Ils font silencieusement l'autorité du début du II-ème siècle avec les homélies de Justin de Rome, sont propres au travail d'Origène en III-ème siècle, deviennent souvent écrites en IV-ème siècle par Athanase d'Alexandrie, Cyrille de Jérusalem, Méthode d'Olympe, Amphiloque d'Iconium et Ambroise de Milan. Les documents de saint Luc permettant d'interroger la réalité légale et spirituelle de la vie familiale dans l'antiquité en Syrie-Palestine se trouvent au coeur des analyses proposées par Saint Augustin dès la fin du IV-ème et en V-ème siècles de même que celles rédigées par Saint Jérôme, Cyrille d'Alexandrie, Proclus de Constantinople et Hésychius de Jérusalem. Puis, en VII-ème siècle, c'est Maxime le Confesseur qui les examine tout comme Léonce, évêque de Néapolis de Chypre, suivi, en VIII-ème siècle par Bède le Vénérable.

Les aspects fondamentaux de la vie familiale, telle l'union entre l'homme et la femme qui, liés juridiquement selon les droits auxquels ils sont responsables devant les autorités du pays où ils fondent leur famille, la naissance de l'enfant dans cette union famille et la fonction sociale du père et de la mère tant à l'égard de leur descendant qu'à l'égard de la société où ils vivent seront présentés ici en deux parties suivies par la conclusion.

1. La maternité physique et spirituelle vécue dans la famille comme une expérience de la vie intime et sociale

Relative au Logos incarné (Biblia; J 1, 1-14³; Hadot 2000, p. 297-301) la scène de l'Annonciation décrite dans le document Lc 1, 26-38 est devenue le sujet d'un sermon d'Athanase d'Alexandrie (296/8-375; Athanasius Alexandrinus, *Sermo in annuntiationem deiparae*; Athanasius Alexandrinus, *Sermo in natiuitatem Christi*) et de Bède le Vénérable (672/3-735; Beda Venerabilis, *Homilia* I 3. *In Aduentu*). Le récit de l'annonce de la naissance d'un enfant dans une famille juive antique, vu ses conséquences décrites dans les livres dits „évangiles” qui composent le Second ou Nouveau Testament, est placé sur une suite des événements considérés par les auteurs anciens qui diffusent l'enseignement du christianisme comme la révélation du mystère du Christ à Marie. Le début de son accomplissement c'est l'acceptation de devenir mère par Marie, une femme vierge. Concentré sur le Christ, présenté comme Fils de Dieu et Fils de l'homme, le document de Luc 1, 26-38 (Aletti 2018; Devilliers 2016) met l'accent sur l'accueil de l'annonciation de l'Incarnation; celle-ci étant possible au moyen de l'accord de la femme. L'Annonciation est montrée comme une expérience tout intérieure. Le texte comporte, après une brève présentation des personnages, un dialogue en trois temps. La révélation est progressive. Gabriel, l'ange du message messianique, vient de communiquer au prêtre Zacharie, dans le sanctuaire du Temple, la naissance et la mission de

³ *Et verbum caro factum est* (J 1, 14). Pour les textes bibliques voir: *Biblia* (1962) et *Biblia łacińsko-polska* (1862-1864).

son fils Jean-Baptiste (Lc 1, 13). L'Archange Gabriel annonce en fait les deux naissances (Lc 1, 26-27), confirmées lors de la visite rendue par Marie à sa cousine Elisabeth, l'épouse de Zacharie (Lc 1, 40-43).

Pour annoncer la venue au monde de Jésus, il s'adresse à Marie et non pas à Joseph, ce qui constitue un premier indice de la conception tout autre que naturelle faite lors d'une relation sexuelle d'un homme avec une femme. Les lecteurs de l'évangile de Luc sont introduits dans le secret de la maison de Nazareth. D'après Saint Jérôme (vers 347-420), Nazareth se traduit „fleur” de la Galilée (Hieronymus Stridonensis, *Epistula* 46, 13⁴, Saint Jérôme 1951). Le domicile de Marie se trouvant dans une région de Galilée, Nazareth - un petit village (Jn 1, 46; Mc 1, 9) - y est situé dans le sud-est. C'est dans cette humble résidence de Marie (Lc 1, 26) et de Joseph (Lc 2, 4; Lc 2, 39; Mt 2, 23) que se déroula l'enfance de Jésus (Lc 2, 51; Lc 4, 16; Mc 1, 9). De ce lieu de la vie quotidienne dans la maison familiale vient son nom: „Jésus de Nazareth” (Mt 21, 11; Ac 10, 37) ou „le Nazaréen” (Mt 26, 71; Lc 18, 37; Jn 18, 5 et 7; Jn 19, 19; Ac 2, 22; Ac 3, 6; Ac 4, 10; Ac 6, 14; Ac 22, 8; Ac 26, 9). Devenu adulte, le Christ y enseigne, traduit et reste fidèle à la loi juive, observe romaine prévue pour cette province en Syrie-Palestine, révèle petit à petit son identité du fils de l'homme, Fils de David et Fils de Dieu.

Marie est présentée comme vierge, une femme fiancée à l'homme prénommé Joseph. L'Archange s'adresse à Marie en trois termes. „Réjouis-toi” est la salutation première. La seconde, solennelle dans cette circonstance est: (tu es) „comblée de grâce”. Dans la troisième le messager la répète: *Et l'ange lui dit: „Sois sans crainte, Marie, car tu as trouvé grâce auprès de Dieu”* (Lc 1, 29). Dans l'un de ses sermons, Saint Augustin (354-430) dit: „Marie est devenue la fenêtre du ciel, c'est par elle que Dieu répand sur les siècles la véritable clarté. Marie est devenue l'échelle du ciel, c'est par elle que Dieu descend sur la terre pour que, par elle, les hommes méritent de monter au céleste séjour: cette ascension sera permise à quiconque croira que Dieu nous est venu par la Vierge Marie. Elle est la réhabilitation de la femme car c'est par elle que son sexe échappe à la ruine déterminée par l'antique malédiction. Trois calamités introduites par Eve sont évidemment réparées par trois sortes de biens importés par Marie. Il fut dit à la première femme: „Tu enfanteras dans les douleurs et la tristesse, ta convoitise te poussera vers ton mari et lui dominera sur toi.” A ces trois calamités se soumettent les femmes qui ne suivent pas Marie, à la douleur, à la tristesse, à la servitude. Or, écoutez quels sont, au contraire, les trois grands biens qui distinguent Marie: la salutation de l'Ange, la bénédiction de Dieu, la plénitude de la grâce.” (Sanctus Augustinus, *Sermo* 123, 2)⁵. La

⁴ Ibimus ad Nazareth et iuxta interpretationem nominis eius 'florem' uidebimus Galilaeae.

⁵ „Facta est Maria fenestra coeli, quia per ipsum Deus verum fudit saeculis lumen. Facta est Maria scala coelestis; quia per ipsam Deus descendit ad terras ad terras, ut per ipsam homines ascendere mererentur ad coelos: ipsis enim licebit ascendere illuc, qui Deum crediderint ad terras per virginem Maria descendisse. Facta est Maria restauratio feminarum; quia per ipsam a ruina primae maledictionis probantur esse subtractae. Tria denique mala Evae a tribus bonis Mariae probantur

mère du genre humain avait introduit le péché dans le monde, la Mère de notre Seigneur y fait entrer le salut" (Sanctus Augustinus, *Sermo* 120, 4)⁶. „Marie est la fleur des champs, d'où est sorti le lys précieux de la vallée, dont la naissance change la nature et rachète la faute de nos premiers parents. Pour elle est abrogée cette malheureuse sentence, où il est dit à Eve: *Tu enfanteras dans la douleur*; la Vierge enfanta notre Seigneur dans la joie. Eve fut dans la souffrance, Marie dans l'allégresse; Eve portait en son sein la cause des larmes, et Marie, la source de la joie; l'une fut la mère du pécheur et l'autre fut la mère du juste. Celle-ci demeura vierge après comme pendant la conception, qui ne pouvait avoir que de suites sans tache comme elle. Par un double miracle, ni la descente du Sauveur dans le sein de sa mère, ni son passage à la lumière, ne corrompirent la virginité de Marie.» (Sanctus Augustinus, *Sermo* 194, 1)⁷.

Selon le présage angélique l'enfant qui naîtra de la vierge sera du sexe masculin et, présenté par Marie et Joseph au Temple, sera publiquement reconnu comme leur fils du nom Jésus (Lc 1, 31). Justin de Rome (début du II^e s. – 165) traduit la signification de ce prénom: „Jésus est un nom et une signification: à la fois homme et *sauveur*.” (Iustinus Martyr, *Apologia pro christianis* II 6, 4; Saint Justin, 1987). Aussi, Cyrille de Jérusalem (v. 315-387) dit aux catéchumènes lors de l'une de ses catéchèses baptismales que: „Jésus Christ est un nom double: „Jésus” en raison du rôle de Sauveur; „Christ”, du rôle sacerdotal”. (Cyrillus Hierosolymitanus, *Catechesis* 10, 11; Cyrille de Jérusalem, 1993, p. 145). Les Pères grecs traduisent très tôt sauveur par médecin (Origenes, *Contra Celsum* III 62)⁸. Cyrille de Jérusalem dit: „Jésus, selon les Hébreux, égale Sauveur, mais selon la langue grecque, médecin. Car il est médecin des âmes et des corps et thérapeute des esprits; thérapeute des aveugles corporels, source de lumière des intelligences; médecin des boiteux visibles, et dirigeant les pieds des pécheurs vers la pénitence [...]” (Cyrillus Hierosolymitanus, *Catechesis* 10, 13; Cyrille de Jérusalem, 1993, p. 146-147).

exclusa. Nam Evae dictum est, *In doloribus et in tristitia paries; et ad virum conversio tua, et ipse dominabitur tui*. Tribus ergo his malis se subjugant feminae quae Mariam non sequuntur, dolori, tristitiae, servituti. Maria autem e contrario quam praeclarissimis tribus bonis sublimetur auscultat, salutationis angelicae, benedictionis divinae, et plenitudinis gratiae.” cf. Gn 3, 16.

⁶ «Mater generis nostri poenam intulit mundo; Genetrix Domini nostri salutem et feminae gessit et viro».

⁷ „Haec est enim flos campi, de qua ortum est pretiosum lilium convalium, per cujus partum mutatur natura, protoplastrorumque deletur et culpa. Praecisum est in ea illud Evae infelicitatis elogium quo dicitur, *In tristitia paries filios*: quia ista in laetitia Dominum parturivit. Eva enim luxit, ista exultavit; Eva lacrymas, Maria gadium in ventre portavit: quia illa peccatorem, ista edidit innocentiam. Virgo quippe genuit, quia virgo concepit; inviolata peperit, quia in conceptu libido non fuit. Ultroque miraculum, et sine corruptione gravida, et in partu virgo puerpera». cf. Gn 3, 16.

⁸ „C'est à peu près comme s'il reprochait à certains de dire: c'est pour les malades habitant dans la ville qu'un médecin y a été envoyé par un roi plein d'humanité. Or „le Dieu Logos a été envoyé », médecin aux „pécheurs », maître des divins mystères à ceux qui, déjà purs, ne pèchent plus.»

L'Annonciation comprise aussi comme l'acte de la conception même et l'acte de la naissance de Logos incarné en l'Enfant, déjà au sein féminin, est l'un des thèmes d'enseignements de Saint Augustin. Ce noble romain parle de la double naissance du Christ: „Sa double naissance, divine et humaine, est également admirable. Dans l'une, il a un père sans avoir de mère, dans l'autre, il a une mère sans avoir de père; l'une est en dehors de la succession des temps; l'autre a eu lieu dans le temps convenable; l'une est dans l'éternité, l'autre s'est faite dans les circonstances les plus favorables; l'une dans le sein du père, est incorporelle, l'autre lui donne un corps, mais sans porter atteinte à la virginité de sa Mère; l'une est étrangère à tout sexe, l'autre a eu lieu en dehors de l'union des sexes.” (Sanctus Augustinus, *Sermo* 214, 6, PL 38, 1068)⁹. „Le Verbe s'est uni à l'homme tout entier, c'est-à-dire à une âme raisonnable et à un corps, et ainsi la seule personne du Christ, le seul Fils de Dieu, n'est pas seulement le Verbe, mais le Verbe et l'homme; c'est tout ensemble le Fils de Dieu le Père par la nature du Verbe et le Fils de l'homme par la nature humaine. Parce qu'il est le Verbe, il est égal au Père, parce qu'il est homme, le Père est plus grand que lui. Bien qu'il soit homme, il est le Fils de Dieu, à cause du Verbe qui s'est uni à la nature humaine et tout en étant le Verbe, il est le Fils de l'homme, à cause de la nature humaine à laquelle le Verbe s'est uni.” (Sanctus Augustinus, *Sermo* 214, 6, PL 38, 1069)¹⁰. Maxime le Confesseur (580-662) revient à son tour à la portée du nom de l'Enfant: „*Et tu metteras au monde un fils et tu l'appelleras Jésus*, car il n'a pas de père sur la terre, il est sans père de par la naissance humaine, comme il est sans mère de par la naissance éternelle. C'est pourquoi tu mettras au monde sans père et tu lui donneras le nom Jésus, qui se traduit: sauveur, parce que tu ne rencontreras rien de douleurs des femmes, mais tout comme la conception t'a été donnée sans semance, de même sa naissance sera sans corruption et sans douleur pour le salut du monde entier, et la chose sera connue à partir du nom. *Il sera grand et appelé Fils du Très-Haut* à cause de sa nature humaine.» (Maxime le Confesseur / Maximus Confessor, *Vie de la Vierge* 22).

Suivant le texte de l'Annonciation nous lisons la réponse à la question toute rationnelle de Marie qui, étant dans l'état de virginité - alors sans vivre une relation sexuelle avec un homme - doit devenir vraie maman dans tout son être, tant dans sa chair que dans son âme. *Comment cela fera-t-il, puisque je ne connais pas d'homme?* (Lc 1, 34). Outre la connaissance de la

⁹ «Utraque enim ejus nativitas mira est, et divinitatis et humanitatis. Illa est de Patre sine matre, ista de matre sine patre: illa est sine aliquo tempore, ista in acceptabili tempore: illa aeterna, ista opportuna: illa sine corpore in sinu Patris, ista cum corpore, quo non violata est virginitas matris: illa sine ullo sexu, ista sine ullo virili complexu».

¹⁰ „Susceptus quippe a Verbo totus homo, id est, anima rationalis et corpus; ut unus Christus, unus Deus Dei Filius non tantum Verbum esset, sed Verbum et homo totum hoc Dei Patris est Filius propter Verbum, et hominis filius propter hominem. Per id quod Verbum est, aequalis est Patri: per id quod homo est, major est Pater. Et simul cum homine Filius Dei est, sed propter Verbum, a quo susceptus est homo: et simul cum Verbo filius hominis est, sed propter hominem, qui est susceptus a Verbo”.

réalité, de la nature et de la société, cette question révèle la foi, la docilité, l'accueil du mystère par la jeune femme. Pour expliquer aux catéchumènes le sens de ce passage de la Bible Cyrille de Jérusalem dit: „Mais cette conception t'étonne: elle étonnait aussi celle-là même qui a conçu. Elle dit en effet: „Comment cela m'arrivera-t-il, puisque je ne connais pas d'homme? Et l'Ange de dire: „*L'Esprit Saint viendra sur toi et la force du Très-Haut te couvrira de son ombre: c'est pourquoi l'être saint qui naîtra sera nommé Fils de Dieu*”.

Génération pure, et sans souillure. Là, où souffle en effet l'Esprit Saint, là toute souillure est enlevée; sans souillure est dans la chair la génération virginale de l'unique engendré.” (Cyrillus Hierosolymitanus, *Catechesis* 12, 32; Cyrille de Jérusalem, 1993, p. 185). Dans l'analyse proposée par l'Evêque d'Hippone nous lisons: „Cette ombre représente une défense contre la chaleur des convoitises charnelles. C'est pourquoi la Vierge Sainte a conçu le Christ par l'effet non d'un désir charnel, mais d'une foi spirituelle. Or, l'ombre est formée par la rencontre de la lumière et d'un corps; c'est pourquoi le Verbe qui était au commencement, le Verbe, qui est la vraie lumière, *le Verbe s'est fait chair et il a habité parmi nous* afin de devenir un ombrage contre les feux du midi.” (Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum* 67, 21)¹¹.

„[...] rien n'est impossible à Dieu” comme écrit le rédacteur du livre de l'Évangile de St Luc (Lc 1, 37). Outre l'unique conception qu'il enseigne et dont les textes patristiques font la référence dans le langage philosophique, par le recours à la notion classique de Logos, ce récit biblique met l'accent sur les valeurs familiales telles que: 1. la conception de l'enfant n'est possible que grâce à l'action de l'homme, qui, comme mari a le droit au corps de la femme vierge qui lui est promise pour l'union familiale; 2. le placement de l'enfant, dès sa conception, dans la vie de la femme qui, craignant l'ordre de la raison et l'ordre juridique en vigueur de sa société, sait que la maternité possible, publiquement reconue et socialement admise est celle au sein de la famille; 3. l'écoute spirituelle attentive et la réflexion sur la maternité dans le contexte de la foi profonde dans le Créateur dont les actions dépassent, comme l'indique le rédacteur du livre de l'Évangile de St Luc, toute expression dans le langage des hommes, et, toute connaissance humaine.

2. L'homme protecteur de la famille et le rôle des anciens

L'époux de Marie, Joseph, l'homme de Nazareth, est mentionné dans les recits du Second ou Nouveau Testament relatifs à son accueil de la nouvelle sur la grossesse de sa fiancée – la maternité arrivée hors de leur union matrimoniale (Mt 1, 18-21). Puis le lecteur le

¹¹ „Vmbra porro ista defensaculum intellegitur ab aestu concupiscentiarum carnalium; unde illa uirgo Christum non carnaliter concupiscendo, sed spiritualiter credendo concepit. Constat autem umbra lumine et corpore; proinde illud quod in principio erat Verbum, lumen illud uerum, ut umbraculum meridianum fieret nobis, Verbum caro factum est, et habitauit in nobis. Deo scilicet homo, tamquam lumini corpus, accessit, et in eum credentes umbra protectionis operuit.” Jn 1, 14.

voit pendant: l'acceptation de son rôle de protecteur (Mt 1, 24-25), le voyage de la maison à Nazareth dans la ville de Bethléem pour le recensement (Lc 2, 4-5), l'accompagnement de la jeune femme lors de l'accouchement (Lc 2, 6-7), la circoncision de garçon qu'elle a mis au monde (Lc 2, 21), la fuite en Egypte pour protéger toute famille (Mt 2, 13-15) et en fin le jour de la célébration de Pesah à Jérusalem (Lc 2, 41). Joseph est présenté dans le texte de St Luc comme un juif juste, l'homme qui suit les règles juridiques et religieuses prescrites dans les codifications du Livre d'Exode et du Lévitique (Ex 13, 1-2; Lv 12, 1-8; Liverani 2010, pp. 353-371).

Dans leurs commentaires les Pères de l'Église se penchent, entre autres, sur la présentation de Jésus par ses parents au Temple de Jérusalem. Cet acte décrit dans Lc 2, 22-40 concerne l'une des lois juives qui fut commentée par Origène (184-253; Origenes, *Homilia 14, Homilia 15, Homilia 16, Homilia 17*), Méthode d'Olympe (+ v. 311 ou 312; Methodius Olympius, *Sermo de Simeone et Anna*), d'Athanase d'Alexandrie (296-373; Athanasius Alexandrinus, *Homilia in occursum Domini*), d'Amphiloque d'Iconium (v. 339 - après 394; Amphilocheus Iconiensis, *Oratio in occursum Domini*), de Cyrille d'Alexandrie (376-444; Cyrillus Alexandrinus, *In occursum Domini. Homilia 12*), de Proclus de Constantinople (+ 446; Proclus Constantinopolitanus, *Homilia 22. De circumcissione Domini*), d'Hésychius de Jérusalem (mort vers 450; Hesychius Hierosolymitanus, *In praesentatione Domini. Sermo 6*), de Léonce, évêque de Néapolis de Chypre (+ vers 650; Leontinus Neapolitanus, *Sermo in Symeonem*), de Bède le Vénérable (Beda Venerabilis, *Homilia I 18. In Purificatione S. Mariae*). Nous possédons aussi le commentaire exégétique d'Ambroise de Milan (v. 340-397; Ambrosius Mediolanensis, *Expositio euangelii secundum Lucam II 55-62*).

L'acte de présenter l'enfant au Temple devient non seulement la manifestation de la fidélité des parents aux prescriptions religieuses et l'acte de purification de la mère quarante jours après l'accouchement, mais aussi il donne la possibilité de communiquer publiquement, au grand jour, la naissance de l'enfant aux membres de la société. C'est par les parents que l'enfant est ainsi introduit au sein de la communauté qui, connaissant le statut de la mère et du père de l'enfant reconnaît, par la suite, sa position sociale. La communauté accepte alors sa place sur l'échelle des relations familiales, civiques et nationales encadrées par la culture juive établie depuis des générations sur le sol de la Syrie-Palestine ou sauvegardée en exil voir en „emmigration”, comme c'est le cas des mercenaires judéens en Eléphantine (Filipowicz, 2008; Nutkowicz, 2015, p. 13-20). Le récit de Lc 2, 22-24 montre aussi Jésus accédant, porté par ces parents, pour la première fois au Temple (Cyrillus Hierosolymitanus, *Catechesis 12, 32*; Cyrille de Jérusalem, 1993, p. 185).

Ce dernier événement a ses témoins, un homme et une femme, les habitants de Jérusalem, les personnes âgées, croyants au Créateur, prophètes: Syméon et Anne. L'esprit prophétique, comme nous lisons le texte de Lc 2, 25-28, permet à Syméon de reconnaître en Jésus, ayant plus d'un mois, Christ du Seigneur. Il est de même, d'après le texte de Lc 2, 36-

37, avec la mission d'Anne, une veuve de quatre-vingt-quatre ans. Syméon porté, comme dit le texte, par l'Esprit saint est poussé à rejoindre au Temple famille de Joseph. Il chante dans ce lieu sacré un *Nunc dimittis* avant de prophétiser sur la mission de l'enfant lui-même présenté officiellement à Dieu. D'après Hésychius de Jérusalem la manifestation de Dieu en ce jour récapitule tout le mystère de l'Incarnation du Christ et dessine celui de Messie, Fils unique de Dieu. Lors de cette visite familiale au Temple, le Christ, Enfant nouveau-né, fut exalté et reconnu pour Dieu, et il fut présenté dans les bras, comme assis sur un trône (Hesychius Hierosolymitanus, *In praesentatione Domini. Sermo 6*)¹².

Syméon accueille l'Enfant comme le Messie et, à la vue de Jésus, il entonne le cantique: „Maintenant, Souverain Maître, tu peux, selon ta parole, laisser ton serviteur s'en aller en paix...” (Lc 2, 29-32; cf. Sanctus Augustinus, *Sermo 140*, 18, 46; Paulinus Nolensis/Nolanus, *Epistula 121*, 17-18 = *Epistula 50*, 17-18).

Dans ses commentaires, Augustin d'Hippone associe les paroles de ce sage à la phrase du livre de l'Évangile de St Matthieu 13, 17 (Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum 118*, 20; Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum 105*, 5). Selon Augustin, Syméon a reconnu dans un petit Enfant le Créateur du ciel et de la terre (Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum 96*, 1)¹³. Le noble de Carthage explique aussi ceci „le Christ naquit, il venait sur la terre, alors que Syméon s'en allait, mais celui-ci ne voulait pas quitter la terre avant la venue du Sauveur. Son extrême vieillesse le forçait à sortir de cette vie, sa piété ardente et si sincère l'y retenait. Le pieux vieillard eut reconnu ce divin Enfant, il le prit entre ses bras et s'écria: *Maintenant, Seigneur, tu peux laisser ton serviteur s'en aller en paix, car mes yeux ont vu ton salut.* (Sanctus Augustinus, *Sermo 163*, 4, 4)¹⁴.

Augustin enseigne que Syméon voit des yeux du corps Celui qu'il a déjà vu des yeux de la foi: „Le juste Syméon l'a vu des yeux du coeur, parce qu'il a connu ce qu'était cet Enfant, et des yeux du corps, parce qu'il a porté cet Enfant dans ses bras. C'est en le voyant de cette double vue, en le reconnaissant pour le Fils de Dieu et en le serrant dans ses bras comme né d'une Vierge, qu'il s'est écrié: *Maintenant, Seigneur, tu peux laisser ton serviteur s'en aller en paix, car mes yeux ont vu ton salut.* Comprenez bien le sens de ces paroles. Il était retenu sur la terre jusqu'au jour où il verrait des yeux du corps Celui qu'il contemplait des

¹² «Haec quidem festivitas dicitur purificationum, et non erraret quis illam festivitatum dicens festivitatem, Sabbatorum Sabbatum, sanctarum sanctam vocans. Totum enim recolligitur incarnationis Christi mysterium, et describitur unigeniti Domini: in illa puer Christus exaltatus fuit et Deus confessus, et super brachia praesentatur velut super thronum nostrae naturae conditor sedens».

¹³ «Vnde ille Simeon, iustus quidam senex, multum exultavit uidens infantem Iesum, et agnoscens in paruo magnum, et in exigua carne cognoscens caeli et terre Creatorem».

¹⁴ «Natus est Christus, veniebat ille, ille ibat: sed donec veniret ille, ille ire nolebat. Jam senectus matura excludebat, sed sincera pietas detinebat. At ubi venit, ad ubi natus est, at ubi eum portari matris manibus vidit, et divinam infantiam pia senectus agnovit; accepit eum in manus suas, et dixit: *Nunc dimittis, Domine, seruum tuum in pace, quoniam viderunt oculi mei salutare tuum.* » Cf. aussi: Sanctus Augustinus, *Sermo 190*, 3, 4; Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum 97*, 2; Sanctus Augustinus, *De ciuitate Dei XVII* 4, 3; Sanctus Augustinus, *De ciuitate Dei XXII* 29, 4.

yeux de la foi. Il prit le corps de ce petit Enfant, il serra ce corps dans ses bras et en voyant ce corps, c'est-à-dire en considérant le Seigneur revêtu d'une chair mortelle, il s'écia: *mes yeux ont vu ton salut*. Comment savez-vous que ce n'est pas de cette manière que toute chair verra le salut de Dieu?" (Sanctus Augustinus, *Sermo 277*, 18, 17)¹⁵.

Augustin d'Hippone voit dans le geste de Syméon un paradoxe. A la fin de la vie de cet homme, dans ses mains se trouve le Sauveur *par qui et en qui* le salut de vieille personne est déposé. „Il était donc dans les mains du vieillard. Et que dit celui-ci? Que dit-il en se félicitant de ce que bientôt il serait retiré de ce monde, et en voyant contenu dans ses mains celui par qui et en qui son propre salut était contenu?" (Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum 66*, 5)¹⁶. *Maintenant, laisse partir...* dit-il, pour dire fort vraisemblablement sa joie d'assister à l'avènement des temps tant attendu, temps messianiques. Ce cantique semble exprimer la vision prophétique de l'universalité du salut destiné aux Israélites et aux autres nations. Son cantique décrit le rôle de Jésus comme sauveur en fonction de la structure historique qui a divisé l'humanité en deux parties: la famille venant d'Abraham qui a parlé avec Dieu et devenu, par sa foi en Créateur, le fondateur de peuple d'Israel et d'autres nations. Le *Nunc dimittis* est régulièrement chanté par les chrétiens le soir, avant la nuit qui rappelle la mort. Dieu va laisser Syméon s'en aller en paix. Syméon pressent l'approche de son destin s'accomplir et il s'y est préparé. Le *Nunc dimittis* est alors sa prière, son véritable entretien avec Dieu au moment de venir au seuil de sa vie. Il est donné à Syméon de voir l'accomplissement en Dieu.

Son père et sa mère étaient dans l'étonnement de ce qui se disait de lui (Lc 2, 33). Cyrille de Jérusalem dans l'une des leçons baptismales, dit aux catéchumènes en polémique avec ceux qui prétendent que Jésus est né d'un homme et d'une femme: «Joseph a été appelé père du Christ non pour l'avoir engendré (car selon l'Évangile, «il ne la connut pas avant qu'elle mît au monde son fils premier-né»), mais en raison du soin qu'il apportait à son éducation". (Cyrillus Hierosolymitanus, *Catechesis 7*, 9; Cyrille de Jérusalem, 1993, p. 120).

Dans le récit de Saint Luc le lecteur observe le regard de Syméon tourné vers les parents de l'Enfant. Le vieillard s'adresse à Marie. Il lui promet d'un côté la paix et la lumière et, de l'autre, le glaive et la souffrance qui s'opposent à son accouchement sans douleur (Lc 2, 34-35). Dans la prophétie de Syméon précédée par la bénédiction de deux époux devant le Temple, Augustin d'Hippone voit que le Christ apportera la chute pour les uns et la résurrection pour les autres: „Syméon, ce saint personnage, dont les divines Ecritures font

¹⁵ «Simeon justus vidit eum et corde, quia cognovit infantem; et oculis vidit, quia portavit infantem. Vtroque modo videns eum, agnoscens Dei Filium, et amplectens de Virgine procreatum: *Nunc dimittis, inquit, Domine, servum tuum in pace, quoniam viderunt oculi mei salutare tuum*. Videte quid dixerit. Tenebatur enim quousque et oculis videret, quem fide cernebat. Corpus parvulum accepit, corpus amplexus est; corpus videndo, id est, Dominum in carne cernendo ait, *Viderunt oculi mei salutare tuum*. Vnde scis, ne sic videat omnis caro salutare Dei?».

¹⁶ «Erat ergo in manibus senis. Et quid ait senex ille? quid ait, gratulans quod iam soluendus hinc esset, videns suis manibus contineri a quo et in quo salus eius continebatur?»

l'éloge, révèle par une inspiration divine ce que le Christ sera pour les hommes: un principe de chute et de ruine pour ceux qui se regardent comme inébranlables dans l'observance et la science de la Loi, mais qui ne croient pas aux oeuvres du Christ et n'ont aucune part aux promesses faites à leurs pères; un principe de résurrection pour ceux qui ne jouissaient d'aucune espèce de considération dans la Loi, mais qui ont cru en Christ, c'est-à-dire que Dieu a rendu dignes de lui ceux qui étaient regardés comme indigènes et inutiles et qu'il a réprouvé ceux qui paraissent considérables dans le monde». (Sanctus Augustinus, *Questionis Veteris et Novi Testamenti* 73)¹⁷. D'après Saint Augustin le signe de la contradiction pour les philosophes païens (*philosophi gentium*) sera la résurrection de la chair (*resurrectio carnis*) (Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum* 88, 2, 5)¹⁸.

Après Syméon, qui loue Dieu pour la révélation de ces biens futurs - décrits par le rédacteur du livre comme „lumière” qui ne couvre pourtant et n'efface ni l'histoire ni la mort - vient vers le couple et l'Enfant „une prophétesse. C'est Anne, la fille de Phanouel, de la tribu d'Aser”, une femme pieuse, sans cesse en prière devant Dieu (Lc 2, 37). Ambroise de Milan a tenté de trouver la signification de l'âge de la prophétesse: „Pourtant ce n'est pas sans intention qu'ont été mentionnés les quatre-vingt-quatre ans atteints dans son veuvege; car ces sept douzaines et ces quarantaines semblent constituer un nombre sacré” (Ambrosius Mediolanensis, *Expositio euangelii secundum Lucam* II 62)¹⁹.

Le rôle d'Anne est individuelle, privé et public: „elle parlait de l'enfant” (Lc 2, 38). Saint Augustin le souligne. Tout comme Syméon Anne fait partie de ceux premiers habitants de Jérusalem qui ayant la connaissance des prophéties juives, les ont maintenu en mémoire tout au long de leur vie, et, en croyant à la promesse de venue du Messie l'ont vu s'accomplir. Pour cette raison, Augustin nomme les deux vieillards *populus hereditatis Dei* (Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum* 78, 2). Anne, „cette veuve reconnut le Christ. Elle ne vit qu'un petit enfant et elle reconnut en lui une grandeur divine, et lui rendit aussi témoignage” (Sanctus Augustinus, *Sermo* 196, 2²⁰, 2; Ambrosius Mediolanensis, *Expositio euangelii secundum Lucam* II 55-62).

¹⁷ „Simeon vir sanctus, et divinis oraculis commendatus, per Spiritum sanctum locutus quid futurum esset hominibus ex causa Christi, ut ruina his esset, qui cum sibi viderentur stare per observantiam et peritiam Legis, diffidentia tamen operum Christi caderent, dissoluti a promissione Patrum: illis autem qui nullius prope dignitatis essent in Lege, credentibus vero in Christum, resurrectio in Israel. Ut digni Deo fierent qui prius indigni erant, et reprobarentur qui aliquid esse putabantur ». Cf. Paulinus Nolanus/Nolanus, *Epistula* 30, 5: „utinam conpleatur in me uerbum illud euangelici Symeonis, ut fiat mihi Christus ruina et resurrectionem, ruina exteriori meo et interiori resurrectio, ut cadat in me peccatum, quod anima cadente consistit, et exurgat ille immortalis, qui cecidit exurgente peccato”.

¹⁸ Cf. aussi: Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum* 88, 1, 10; Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum* 88, 1, 10; Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum* 104, 13.

¹⁹ „Non otiose tamen annos LXXXIII uiduitatis eius expressit, quia et septem duodecades et duae quadragesimae sacrum uidentur numerum designare ».

²⁰ „Et ipsa vidua agnovit Christum. Vidit parvum, agnovit magnum. Et ipsa attestata est ».

Ambroise de Milan, dans sa réflexion sur la fin du texte de Saint Luc concernant la présentation de Jésus au Temple par ses parents („l'enfant grandissait, se fortifiait et se remplissait de sagesse", cf. Lc 2, 40) écrit: „Pour vous donc, comme pour Marie, que le Verbe de Dieu grandisse, qu'il progresse en sagesse et en âge: c'est ce qui arrive, si vous gardez en votre coeur toutes les paroles de justice, si vous n'attendez pas l'heure de la vieillesse, mais si, uni dès le premier âge à l'homme juste, vous hâtez de concevoir la sagesse sans altération de votre corps, de l'enfanter, de la nourrir" (Ambrosius Mediolanensis, *Expositio euangelii secundum Lucam* X 32)²¹.

Conclusions

Les valeurs de la famille dont témoignent les documents patristiques qui suivent les textes de l'Évangile de St Luc rédigés au début de l'ère chrétienne (Bartnicki, Kłósek 2014, p. 42-49 et 156-157) sont, entre autres, telles que: 1. la constitution même de l'union naturelle entre les personnes par un homme et une femme et l'appartenance de cette réalité à un fait social, tel que la famille, bien documenté dans l'antiquité (Pinçon 2011, p. 13 et les références précédentes dans cet article, cf. note 2); 2. le partage de l'homme et de la femme, unis par le lien juridique et personnel, de leur responsabilité familiale, parentale, devant l'acte de la conception de l'enfant et ses conséquences tant pour leur couple que pour la société qui l'entoure de près; 3. l'activité de la femme, son écoute attentive et la capacité d'examiner la réalité de son statut d'épouse et de mère. Malgré sa condition modeste, la fille de la famille juive ayant reçu toute éducation culturelle propre à sa nation de Juda, Marie, mère de l'Enfant, est présentée comme une femme d'une haute capacité de réflexion sur la riche sagesse ancestrale et juridique concernant la famille, y compris la place et le rôle de la fécondité dans le jeu social antique; 4. l'accueil de l'enfant dès sa conception; 5. la rationalité et la foi en Dieu de deux parents durant la période de l'attente à l'accouchement, la disponibilité de mettre au monde l'enfant malgré les conditions fort simples du lieu, le sauvetage de toute famille avec le petit enfant de l'endroit où sa vie est menacée; 6. l'obéissance des époux à la loi: la famille antique - dont Joseph, Marie et l'Enfant constituent une communauté vivante - est responsable aussi bien devant les personnes que devant les institutions dont ils dépendent selon les lois et traditions de valeurs civiques et religieuses (Linder 2006, p. 130-131).

Avec ce lot d'informations venant du livre de l'Évangile de St Luc le lecteur est aussi devant la reconnaissance, par des tierces personnes, des qualités de l'enfant. Suivant le cadre de la compréhension philosophique et théologique engagée par le rédacteur du livre

²¹ „Itaque et tibi tamquam Mariae uerbum dei crescat, sapientia et aetate proficiat. Quod ita fit, si omnia dicta iustitiae in corde custodias nec senectutis tempus exspectes, sed in prima aetate desponsata uiro iusto sapientiam sine corruptela corporis tui cito concipias, cito parias, cito nutrias."

de St Luc le destin de cet Enfant est hors pair. L'enfance passée dans la maison des ses parents, une fois devenu un homme adulte Jésus jouera, toujours devant les témoins, plusieurs rôles. Celui d'enseignant des textes juifs, celui du maître spirituel d'un groupe composé par des hommes et des femmes des âges et des statuts sociaux divers, le rôle du médecin, de sauveur, d'ami pour les uns et d'adversaire des autres, le rôle du salvateur, et, toujours un rôle du fils de l'homme venant au monde par une femme nommée Marie de Nazareth et celui de Fils de Dieu, l'acte métaphysique analysé à la lumière des textes faisant la référence à la force créatrice de Logos (Hadot 2019, p. 45-51).

Véçu par les membres de sociétés orientales, dans leur présent, l'ordre familial qui appelle à la conception de l'enfant sert par conséquent à construire l'avenir (Kiereś 2018). Il témoigne du besoin humain de vivre dans la société qui, grâce à la valeur de la fécondité de la famille, génère la vie de sa postérité, l'héritage humain naturel et spirituel. L'avenir de deux est possible – comme l'indiquent les documents patristiques – par le biais de la famille (Wipszycka 2017, p. 9-13; 14-72; Fédou 2013). Malgré les leçons patristiques sur la virginité (Nehring 2005, p. 12-18), c'est dans sa descendance, enseignée et destinée à donner la vie, la recevoir et la protéger, que la famille est apte à se maintenir dans son humanité et son respect de lois antiques, notamment juives, gardiennes de la vie.

Il faudrait souligner ici le rôle du protecteur de la famille dès la conception de l'enfant et le rôle des anciens qui introduisent la famille dans le rythme de la vie sociale, civique et religieuse. Il s'agit, d'une part de Joseph, et, de l'autre, de Syméon et Anne. Dans le cadre de la vie privée tissée dans le berceau juif, Marie, connue comme l'épouse de Joseph, risquait une lapidation (Eckmann 1999, Ilan 2006). Enceinte, Joseph l'avait protégée et adoptait en même temps, dans sa foi, l'Enfant qu'elle portait au monde. Les deux cas juridiques, une peine de lapidation que risquait une femme adultère (Filipowicz 2014, p. 148-155) et une adoption, étant connus dans les lois orientales, tout comme une circoncision de garçon et une purification de la femme qui venait d'accoucher l'enfant, les lois déposés dans les textes bibliques (De Vries, p. 285-288; Satlow 2006).

Syméon et Anne, à la rencontre de la famille avec l'Enfant voient leur vie s'accomplir. Le lecteur des textes de St Luc analysés ici est alors devant le document qui porte lumière sur l'importance du lien entre les représentants des générations de trois degrés: jeunes parents, leur tout petit enfant et les personnes adultes, avancés dans l'existence, tant dans leur corps que dans la spiritualité et la compréhension des aléas de la vie. Cette rencontre est faite au milieu de la ville et son lieu sacré, le sanctuaire, une place de civilisations antiques par excellence. La rencontre de la famille avec l'enfant fait vivre la sagesse ancienne, connue et transmise par des générations cultivées, témoins du passé qui aspirent à l'accomplissement des prophéties sur les fruits de la fidélité à Dieu, présent dans la vie de la famille comme Logos incarné. La compréhension des forces divines comme une source des valeurs connues dans l'antiquité (Chouraqui 1965) devient le sujet de l'art consacré à la famille décrite dans la

Bible. Les thèmes relatifs aux textes de St Luc commentés dans les écrits patristiques analysés dans cet article sont représentés et stylisés selon l'époque, par, entre autres: Jean Restout (cf. photo nr 1), Carle van Loo (cf. photo nr 2), école de l'icône de Russie et de Crète (cf. photos nr 3 et 4), Jean de Molder d'Anvers (cf. photo nr 5), Jan Stankiewicz (cf. photo nr 6) et William-Adolphe Bouguereau (cf. photo nr 7) avec son dessin de la veillée de Marie et Jésus au chevet de Joseph (Bovon, Geoltrain 1997; Prieur 2009; Geoltrain, Kaestli 2005; Gounelle 2009).

Bibliographie:

- Aletti, J.-N. (2018). *L'Évangile de Luc et les Écritures d'Israël*, Cahiers Évangile 185. Paris, Éditions du Cerf.
- Ambrosius Mediolanensis, *Expositio euangelii secundum Lucam* II 55-62, CCL 14, 54-57, SCh 45bis, 97-99.
- Ambrosius Mediolanensis, *Expositio euangelii secundum Lucam* X 32, SCh 52, 167.
- Amphilochius Iconiensis, *Oratio in occursum Domini*, PG 39, 43-60.
- Athanasius Alexandrinus, *Sermo in annuntiationem deiparae*, PG 28, 917-940.
- Athanasius Alexandrinus, *Sermo in natiuitatem Christi*, PG 28, 960-972.
- Athanasius Alexandrinus, *Homilia in occursum Domini*, PG 28, 973-1000.
- Baslez, M.-F. (2017). *Jésus: dictionnaire historique des évangiles*. Paris: Omnibus.
- Bartnicki, R., Klósek, K. (2014). *Metody interpretacji Nowego Testamentu: wprowadzenie*. Kraków: Wydawnictwo Petrus.
- Bebe, P. (2010). *A l'ombre du tamaris. Une philosophie de la vie pour aujourd'hui*. Paris: Presses de la Renaissance.
- Beda Venerabilis, *Homilia* i 3. In *Aduentu*, CCL 122, 14-20.
- Beda Venerabilis, *Homilia* i 18. In *Purificatione S. Mariae*, CCL 122, 128-133.
- Beckman, G. (2016). Birth and motherhood among the Hittites, in: Stephanie Lynn Budin and Jean Macintosh Turfa (ed.), *Woman in Antiquity. Real Women across the Ancient World*. 319-328, London: Routledge.
- Benveniste, E. (1975). *Vocabulaire des institutions indo-européennes. Economie, parenté, société*. Paris: Editions de Minuit.
- Biblia (1962). *Pismo Święte Starego i Nowego Testament w przekładzie polskim W. O. Jakóba Wujka T. J., Opracowanie tekstu i wstępy i komentarze S. Kłyś S. J. i W. Lohn T. J., Kraków: Wydawnictwo Apostolstwa Modlitwy (reprint).*
- Biblia łacińsko-polska (1862-1864). *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu podług tekstu łacińskiego Wulgaty i przekładu polskiego X. Jakóba Wujka T. J. z komentarzem Menochiusza T. J. przełożonym na język polski.*, Wilno: wydanie ks. Szymona Marcina Kozłowskiego, nakładem i drukiem Józefa Zawadzkiego (reprint).
- Bieńkowski, P. (2000). Marriage, in: Piotr Bieńkowski, Alan Millard (ed.) *Dictionary of the Ancient Near East*, 191, Philadelphia: Penn University of Pennsylvania Press.

- Bovon, F., Geoltrain, P. (éd.), (1997). *Ecrits apocryphes chrétiens*, Vol. 1. Paris: Gallimard, „Bibliothèque de la Pléiade”.
- Boyarin, J. (2013). *Jewish families*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press.
- Bryce, T. (2016). The role and status of Women in Hittite Society, in: Stephanie Lynn Budin and Jean Macintosh Turfa (ed.), *Woman in Antiquity. Real Women across the Ancient World*. 303-318, London: Routledge.
- Chouraqui, A. (1965). *La pensée juive*. Paris: Puf.
- Cyrillus Hierosolymitanus, *Catechesis* 7, 9, PG 33, 615-616.
- Cyrillus Hierosolymitanus, *Catechesis* 10, 11, PG 33, 675-678.
- Cyrillus Hierosolymitanus, *Catechesis* 12, 32, PG 33, 765-766.
- Cyrillus Hierosolymitanus, *In occursum Domini. Homilia* 12, PG 77, 1039-1049.
- Cyrille de Jérusalem, (1993). *Les Catéchèses baptismales et mystagogiques*, trad. Jean Bouvet, Paris: Migne „Les pères dans la foi”, 53-54.
- Devilliers, L. (2016). *L'Évangile de Luc*, Paris: Éditions du Cerf.
- Eckmann A. (1999), Wielkość i godność kobiety według świętego Augustyna, in: Salamonowicz-Górska I. (red.), *Kobieta w starożytności chrześcijańskiej: materiały Sympozjum Patrystycznego*, 22.10.1998 ATK, *Studia Antiquitatis Christianae* 14, 32-42, Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Fédou, M. (2013). *Les pères de l'Eglise et la théologie chrétienne*, Paris: Editions Facultés Jésuites de Paris.
- Fijałkowska, L. (2010). o kontrowersjach dotyczących zbioru praw starożytnego Bliskiego Wschodu, *Czasopismo Prawno-Historyczne* 2 (62), 237-247.
- Filipowicz B. (2014), Prawo karne w Syrii-Palestynie w starohebrajskich tekstach biblijnych, [in:] Utrat-Milecki J. (red.) *Z dziejów afektu penalnego*, 131-163, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Filipowicz, B. (2013). Famille – les assises d'une société dans l'antiquité, w: R. Rudolf Kucharcik (red. naukowa), *Zborník príspevkov z o 14 medzinárodnej vedeckej konferencie Medzinárodné vzťahy 2013 AKTUÁLNE OTÁZKY SVETOVEJ EKONOMIKY POLITIKY*, Ekonomická univerzita v Bratislave, Fakulta medzinárodných vzťahov”, *International Relations 2013: Current issues of world economy and politics*, Bratislava – Smolenice, 203-211. <https://fmv.euba.sk/veda-a-vyskum/konferencie/archiv-konferencii>
- Filipowicz, B. (2009). Les relations entre les Assyriens d'Aššur et ceux de Kaniš (fin du IIIème et en début du IIe millénaire avant J.-C.), *Saeculum Christianum*, 16/1, 5-24.
- Filipowicz, B. (2008). *Status prawny dzieci na Elephantynie*, la conférence lors du Premier Congrès de Varsovie sur judaïsme UW, section: judaïsme antique (Pierwszy Warszawski Kongresu Judaistyczny UW, Sekcja: starożytny judaizm; Warszawa: Uniwersytet Warszawski, 16-18 VI 2008.
- Frymer-Kensky, T. (2003). Israel, in: Raymond Westbrook (ed.), *Handbook of Oriental Studies. A History of Ancient Near Eastern Law*, Vol. 2. 975-1046, Leiden – Boston: Brill.

- Geoltrain, P., Kaestli, D. (2005). *Ecrits apocryphes chrétiens*, Vol. 2. Paris: Gallimard, „Bibliothèque de la Pléiade”.
- Gounelle, R. (2009). La mort des parents de Jésus, in: Rémi Gounelle (éd.), *Lire dans les apocryphes chrétiens*, Cahiers Évangile. Supplément 148, Paris: Éditions du Cerf.
- Hadot, P. (2019). *La philosophie comme éducation des adultes*, préparé pour édition par Arnold I. Davidson et Daniele Lorenzini. Clermont-Ferrand: Librairie Philosophique J. Vrin.
- Hadot, P. (2000). *Czym jest filozofia starożytna?*, trad. P. Domański, Warszawa: Fundacja Aletheia.
- Hesychius Hierosolymitanus, *In praesentatione Domini. Sermo 6*, PG 93, 1467-1468.
- Hieronymus Stridonensis, *Epistula*, 46, 13, CSEL 54, 344.
- Ilan, T. (2006). Woman in Jewish Life, in: Steven T. Katz (ed.), *The Cambridge History of Judaism 4*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Iustinus Martyr, *Apologia pro christianis II 6, 4*, PG 6, 453-454.
- Jacobsen, L. (2014). *The Mother's Legal Authority over her offspring's marriage in the Ancient Near East and the Bible*, Jewish Law Association Studies 25, ed. by Christiane Hayes and Amos Israel.
- Jaczynowska, M., Musiał, D., Stępień, M., (2010). *Historia starożytna*. Warszawa: Wydawnictwo „TRIO”.
- Janiszewski P., Wipszycka E., Wiśniewski R., (red.). (2008). *u schyłku starożytności: studia źródłoznawcze*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Jasnow, R. (2003a). Old Kingdom and First Intermediate Period, in: Raymond Westbrook (ed.), *Handbook of Oriental Studies. a History of Ancient Near Eastern Law*, Vol. 1, 93-140, Brill, Leiden – Boston.
- Jasnow, R. (2003b). Middle Kingdom and Second Intermediate Period, in: Raymond Westbrook (ed.), *Handbook of Oriental Studies. a History of Ancient Near Eastern Law*, Vol. 1, 255-288, Brill, Leiden – Boston.
- Jasnow, R. (2003c). New Kongdom, in: Raymond Westbrook (ed.), *Handbook of Oriental Studies. a History of Ancient Near Eastern Law*, Vol. 1, 289-359, Brill, Leiden – Boston.
- Jasnow R. (2003d). Third Intermediate Period, in: Raymond Westbrook (ed.), *Handbook of Oriental Studies. a History of Ancient Near Eastern Law*, Vol. 2. 777-818, Leiden – Boston: Brill.
- Jensen, A. (2002). *Femmes des premiers siècles chrétiens*, Bern: Peter Lang.
- Kałwa, D., Walaszak, A., Żarnowska A. (red.). (2005). *Rodzina – prywatność – intymność. Dzieje rodziny polskiej w kontekście europejskim: zbiór studiów*, Warszawa: Wydawnictwo DiG.
- Kiereś B. (2018), Filozoficzna myśl Arystotelesa inspiracją realistycznej teorii rodziny, in: Kiereś B., Gromek M., Hryszan K., (red.), *Rodzina - historia i współczesność*, p. 17-25, Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski JP II.
- Kiereś, B., Gromek, M., Hryszan, K. (red.). (2018). *Rodzina: historia i współczesność*, Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski JP II.
- Kulesza, R. (2013). The Spartan Family, w: *EOS Commentarii Societatis Philologiae Polonorum 2* (50), 207-221.

- Leontinus Neapolitanus, *Sermo in Symeonem*, PG 93, 1565-1582.
- Litewski, W. (1994). *Rzymskie prawo prywatne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Linder, A. (2006). The legal Status of the Jews in the Roman Empire, in: Steven T. Katz (ed.), *The Cambridge History of Judaism 4*. Cambridge: Cambridge University Press, 128-173.
- Liverani, M. (2010). *Nie tylko Biblia. Historia starożytnego Izraela*, trad. J. Puchalski, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- McMahon, G. (2011). The Land and Peoples of Anatolia Through Ancient Eyes, in: Sharon R. Steadman, Gregory McMahon (ed.), *The Oxford Handbook of Ancient Anatolia 10.000 – 323 B.C.E.*, 15-33, Oxford: Oxford University Press.
- Malina, B.J. (2003). Daily Life in the New Testament Period, in: Richard E. Averbeck, Mark W. Chavalas, David B. Weisberg (ed.), *Life and Culture in the Ancient Near East*, Bethesda: CDL Press.
- Malul, M. (2006). *Society, law and Custom in the Land of Israel in Biblical Times and in the Ancient Near Eastern Cultures*. Ramat – Gan: Hots'at Universitat Bar-Ilan.
- Manning, J.G. (2003). Demotic Law, in: Raymond Westbrook (ed.), *Handbook of Oriental Studies. a History of Ancient Near Eastern Law*, Vol. 2. 819-862, Leiden – Boston: Brill.
- Mattingly, G.L. (2000). Family, in: Piotr Bieńkowski, Alan Millard (ed.) *Dictionary of the Ancient Near East*. 113-114, Philadelphia: Penn University of Pennsylvania Press.
- Maxime le Confesseur (Maximus Confessor), *Vie de la Vierge* 22. Trad. Michel-Jean van Esbroeck, CSCO 478, 24, CSCO 479, 16-17.
- Meslin, M. (2001). *L'Homme Romain. Des origines au Ier siècle de notre ère*, Bruxelles: Editions Complexe.
- Methodius Olympius, *Sermo de Simeone et Anna*, PG 18, 348-381.
- Michel, C. (2014). Akkadian texts – woman in letters. Old Assyrian Kaniš, in: Mark W. Chavalas, *Women in the Ancient Near East*. 205-212, London: Routledge Source Book for the Ancient World.
- Michel, C. (2011). The Kârum Period on the Plateau, in: Sharon R. Steadman, Gregory McMahon (ed.), *The Oxford Handbook of Ancient Anatolia 10.000 – 323 B.C.E.* 313-336, Oxford: Oxford University Press.
- Naumowicz, J. (2009). *Chrześcijaństwo w świecie późnego antyku*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Nehring, P. (2005). *Dlaczego dziewictwo jest lepsze niż małżeństwo?: spór o ideał w chrześcijaństwie zachodnim końca IV wieku w relacji Ambrożego, Hieronima i Augustyna*, Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Nutkowicz, H. (2015). *Destin des femmes à Eléphantine au Ve siècle avant notre ère*, Paris: Collection Kubaba - l'Harmattan.
- Origenes, *Contra Celsum* III 62, Sch 136, 142-143.
- Origenes, *Homilia 14 (in Lucam 2, 21-24)*, GCS 49, 83-91, SCh 87, 216-231.
- Origenes, *Homilia 15 (in Lucam 2, 25-29)*, GCS 49, 92-94, SCh 87, 232-237.
- Origenes, *Homilia 16 (in Lucam 2, 33-34)*, GCS 49, 95-99, SCh 87, 238-249.
- Origenes, *Homilia 17 (in Lucam 2, 35-38)*, GCS 49, 100-110, SCh 87, 250-263.

- Paulinus Nolensis/Nolanus, *Epistula* 30, 5, CSEL 29, 1, 266.
- Paulinus Nolensis, *Epistula* 121, 17-18, CSEL 34, 2, 737-742 (= *Epistula* 50, 17-18, PL 61, 415-417).
- Pinçon, B. (2011). *Le couple dans l'Ancien Testament*, Cahiers Évangile 158, Éditions du Cerf, Paris.
- Porten, B. (2003). *Elephantine*, in: Raymond Westbrook (ed.), *Handbook of Oriental Studies. a History of Ancient Near Eastern Law*, Vol. 2. 863-881, Leiden – Boston: Brill.
- Prieur J.-M. (2009). *Les écrits apocryphes chrétiens*, Cahiers Évangile 148. Paris: Éditions du Cerf.
- Proclus Constantinopolitanus, *Homilia* 22. *De circumcissione Domini*, PG 65, 837-840.
- Roth, M. (2014). *Woman and law*, in: Mark W. Chavalas, *Women in the Ancient Near East*. 144-174, London: Routledge Source Book for the Ancient World.
- Saint Jérôme, (1951). *Lettres II*, Paris: Société d'Édition „Les Belles Lettres”.
- Saint Justin. (1987). *Apologies*. Introduction, texte critique, traduction, commentaire et index par André Wartelle, 204-205, Paris : Etudes Augustiniennes.
- Sanctus Augustinus, *De ciuitate Dei* XVII 4, 3, BA 36, 358-359.
- Sanctus Augustinus, *De ciuitate Dei* XXII 29, 4, BA 37, 698-699.
- Sanctus Augustinus, *De sancta Virginitate* 3, 3, PL 40, 398, BA 3, 114-115.
- Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum* 39, 18, CCL 38, 438-439.
- Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum* 66, 5, CCL 39, 862.
- Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum* 67, 21, CCL 39, 884-885.
- Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum* 80, 11, CCL 39, 1126.
- Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum* 88, 1, 10, CCL 39, 1227.
- Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum* 88, 2, 5, CCL 39, 1237.
- Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum* 96, 1, CCL 40, 1354.
- Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum* 97, 2, CCL 39, 1373.
- Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum* 104, 13, CCL 40, 1543.
- Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum* 105, 5, CCL 40, 1556.
- Sanctus Augustinus, *Enarratio in Psalmum* 118, 20, CCL 40, 1730.
- Sanctus Augustinus, *Sermo* 66, 5, CCL 39, 862.
- Sanctus Augustinus, *Sermo* 78, 2, CCL 39, 1098.
- Sanctus Augustinus, *Sermo* 120, 4, PL 39, 1985.
- Sanctus Augustinus, *Sermo* 123, 2, PL 39, 1991.
- Sanctus Augustinus, *Sermo* 140, 18, 46, CSEL 44, 194.
- Sanctus Augustinus, *Sermo* 163, 4, 4, PL 40, 891.
- Sanctus Augustinus, *Sermo* 190, 3, 4, PL 38, 1009.
- Sanctus Augustinus, *Sermo* 196, 2, 2, PL 38, 1020.
- Sanctus Augustinus, *Sermo* 214, 6, PL 38, 1068-1069.
- Sanctus Augustinus, *Sermo* 277, 18, 17, PL 38, 1267.
- Sanctus Augustinus, *Sermo* 289, 2, PL 38, 1308.
- Sanctus Augustinus, *Questionis Veteris et Novi Testamenti* 73, PL 35, 2267.

- Salamonowicz-Górska, I. (red.) (1999). *Kobieta w starożytności chrześcijańskiej: materiały Sympozjum Patrystycznego, 22.10.1998 ATK*, Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Sasson, J.M. (ed.) (1995). *Civilisations of the Ancient Near East, V. 1-4, Social Institutions, V. 1.* New York: Charles Scribner's Sons.
- Satlow, M.L. (2006). Rabbinic views on marriage, sexuality and the family, in: Steven T. Katz (ed.), *The Cambridge History of Judaism 4.* 612-626, Cambridge: Cambridge University Press.
- Szymański, J. (2005). *Nauki pomocnicze historii.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wipszycka, E. (2017). *Kościół w świecie późnego antyku*, Wydawnictwo Uniwersytetu Naukowego.
- Villey, L. (1996). *Origène, lecteur de l'Écriture*, SCE Supplément - Cahiers Évangile 96, Paris, Éditions du Cerf.

Abbreviations:

Ac - Actes des Apôtres

BA - *Bibliothèque Augustinienne. Oeuvres de Saint Augustin.* Desclée de Brouver, Paris 1936.

CCL - *Corpus Christianorum, Series Latina*, Turnhout 1954-

CSEL - *Corpus Scriptorum Ecclesiasticorum Latinorum*, Ed. Karl Halm, Vienne 1866-

CSCO - *Corpus Scriptorum Christianorum Orientalium*, Roma 1903-

Gn - Livre de Génèse

Jn - livre d'Évangile de Saint Jean

Lc - livre d'Évangile de Saint Luc

Mt - livre d'Évangile de Saint Matthieu

PG - *Patrologia Graeca* 1-161, J.-P. Migne, Paris 1857-1866.

PL - *Patrologia Latina* 1-217, J.-P. Migne, Paris 1878-1890.

SCh - *Sources Chrétiennes.* Paris 1941-

SCE - *Service Biblique Évangile et vie*, Éditions du Cerf

Pour les éditions récentes de sources patristiques en latin voir: <http://tsel.sbg.ac.at/en/>

Pour la présentation des éditions de sources patristiques en grec voir: http://www.peeters-leuven.be/search_serie_book.asp?nr=94

Pour l'index des oeuvres des Pères de l'Église voir: *Clavis Patrum Graecorum*



1. „La naissance de la Vierge” peint par Jean Restout (1692-1768). Tableau présenté à l’exposition temporaire „La peinture religieuse néo-classique”, Paris, Petit Palais 2017. Photo de Paulo Tovo.



2. „Le mariage de la Vierge” peint par Deboneville d’après le tableau de Carle Charles André van Loo dit Carle van Loo (1705-1765). Tableau de devant de l’autel présenté à l’exposition „La peinture religieuse néo-classique”, Paris, Petit Palais 2017. Photo de Paulo Tovo.



3. „L’Annonciation”: Russie, XVI^e s. pour la Vierge sculptée, XIX^e s. pour l’ensemble de l’icône. L’œuvre présentée à l’exposition permanente, Paris, Petit Palais. Photo de Bogusława Filipowicz.



4. „La Nativité”: Crète (1480-1500) . Tableau présenté à l’exposition permanente, Paris, Petit Palais. Photo de Bogusława Filipowicz.



5. Section de l’autel avec la scène de la circoncision. Il s’agit probablement de l’œuvre conçue dans l’atelier de Jean de Molder d’Anvers du XVI^e s. L’œuvre présentée au Pałac pod Blachą – Chateau de Varsovie. Photo de Bogusława Filipowicz.



6. Quotidien de la „Sainte Famille” polychromie de la fin du XIX^e s. peinte par Jan Stankiewicz à l’église de Mère de Dieu Auxilium Christianorum (Matki Bożej Wspomożycielki wiernych) – l’ensemble de Salésiens à Oświęcim. Photo de Bogusława Filipowicz.



7. « Mort de St Joseph » le vitrail de la cathédrale de St Louis de La Rochelle fait dans l'atelier d'Antoine Lusson (1807-1876) d'après un carton de William-Adolphe Bouguereau (1825-1905, né et mort à La Rochelle). Photo de Bogusława Filipowicz.

Mgr Agnieszka Smerdka
Zakład Praktyczne Nauki Położnictwa
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Prof. UM dr hab. Beata Pięta
Kierownik Zakładu Praktycznej Nauki Położnictwa
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Historyczne aspekty zawodu położnej w latach 1900-1918 na ziemiach polskich oraz ich porównanie ze współczesnością

Historical aspects of the midwife's profession in 1900-1918 on the Polish lands and their comparison with the present

Abstrakt:

Wstęp. Kobieta przy porodach od zawsze towarzyszyły inne kobiety. Zawód położnej jest prawdopodobnie najstarszym zawodem na świecie i opisywany był już w starożytności. Na początku XX wieku Polska przebywała pod zaborami i system kształcenia oraz warunki pracy położnej były różne w zależności od zaboru. w chwili obecnej zawód położnej w Polsce jest w pełni samodzielnym zawodem medycznym, a kształcenie odbywa się tylko na poziomie uniwersyteckim.

Cele pracy. Celem pracy jest przedstawienie kształcenia oraz pracy położnej w ujęciu historycznym od 1900 do 1918 roku na ziemiach polskich oraz porównanie z czasami współczesnymi.

Materiał i metody. Zastosowano analizę literatury naukowej, dokumentów historycznych i aktów prawnych dotyczącej zawodu położnej w zaborze pruskim, rosyjskim i austriackim w latach 1900-1918. Realia zawodu położnej w czasach obecnych przeanalizowano na podstawie literatury przedmiotu i obecnie obowiązujących aktów prawnych dotyczących zawodu położnej.

Wyniki i wnioski. Kształcenie położnych w Polsce w latach 1900 -1918 znacznie różniło się od kształcenia w czasach współczesnych. Kompetencje położnej w obu badanych okresach były podobne. Położna była i jest odpowiedzialna za sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, porodu i położu oraz opieki nad noworodkiem.

Słowa kluczowe: położna, historia zawodu, dawna opieka położnicza, nowoczesna położnictwo.

Abstract

Introduction. Women during labour always were supported by another woman. Midwife is probably the oldest profession in the world and was describing in antiquity. At the beginning of the 20th century Poland was under partition. Education and working conditions for midwives were different in different part of Poland. Nowadays midwife is independent medical profession and education is only possibility on university level.

Aim. The aim of the work is to present the education and work of a midwife in historical terms from 1900 to 1918 in Poland and to compare with modern times.

Material and methods. Conducted analysis of scientific literature, historical documents and legal acts concerning the profession of a midwife in the Prussian, Russian and Austrian partitions in the years 1900-1918. The realities of the midwife's profession at present where analyzing on the basis of the subject literature and current acts concerning the profession of a midwife.

Results and conclusions. Education of midwives in Poland in the years 1900–1918 was significantly different from education in modern times. The midwife's competencies were quite similar in both analyzed periods. The midwives were and they are responsible for caring for the woman during physiological pregnancy, physiological delivery and postpartum period and the care of the newborn baby.

Key words: midwife, the history of the profession, the former maternity care, modern midwifery.

Wprowadzenie

Zawód położnej w Polsce jest samodzielnym zawodem medycznym, który reguluje Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z 15 lipca 2011 (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039; Fryc, Bielicka, Ćwiek, Szymoniak, Daszkiewicz, 2018). Zawód położnej jest jednym z najstarszych zawodów medycznych (Fryc, Ćwiek, Daszkiewicz, Szymoniak, Rydnicki, 2016), przyjmowanie porodów i opieka nad kobietą w trakcie porodu były opisywane już w Biblii (Sznajder i Mazurkiewicz, 2012). Przy narodzinach kobietom towarzyszyły inne kobiety, a wiedza na temat porodu była przekazywana z pokolenia na pokolenie (Barczewski, 2016). Dawniej w Polsce kobiety zajmujące się przyjmowaniem porodów nazywano „babami”, „babkami wiejskimi” bądź „mądrymi” (za: Wrześniewska i Bąk, 2012; Kurowska, 2015). Kobiety te nie posiadały wykształcenia medycznego, a wiedzę i umiejętności czerpały od starszych, doświadczonych kobiet (za: Wrześniewska, Bąk, 2012; Barczewski, 2016).

Pierwsza szkoła kształcąca położne w Europie powstała w XVII wieku we Francji (za: Stawiak-Ososińska, 2017). w Polsce pierwsze szkoły dla położnych powstały w XVIII wieku (Matuszewska, 2012b). Pod koniec XIX i na początku XX wieku, w Polsce, która była pod zaborami, kształcono położne, przygotowując je do zawodu. Mimo to, z wykwalifikowanej opieki okołoporodowej korzystało niewiele kobiet, co powodowało dużą umieralność matek i dzieci w okresie okołoporodowym (za: Matuszewska, 2012b; Chojecki, 2015). Współcześnie w Polsce opieka okołoporodowa jest dostępna dla wszystkich kobiet. Każda kobieta oczekująca dziecka może skorzystać z edukacji przedporodowej prowadzonej przez zespół terapeutyczny, w tym położną, a po porodzie ma zapewnione refundowane wizyty patronażowe świadczone przez położne Podstawowej Opieki Zdrowotnej (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039; Piechowska, Iwanowicz-Palus, Bień, Pieczykolan, 2018).

Celem artykułu jest przedstawienie kształcenia oraz pracy położnej w ujęciu historycznym w latach 1900 - 1918 roku na ziemiach polskich oraz porównanie z obecnie obowiązującymi standardami kształcenia i pracy położnej w Polsce. w artykule przeprowadzono analizę literatury naukowej dotyczącej zawodu położnej w zaborze pruskim, rosyjskim i austriackim w latach 1900-1918 oraz analizę dokumentów historycznych z tego okresu: ustawy, rozporządzenia, regulaminy szkół dla położnych, regulaminy pracy dla położnych. w celu przedstawienia standardów kształcenia oraz pracy współczesnej położnej, dokonano analizy aktów prawnych regulujących zawód położnej

w Polsce oraz naukowej literatury przedmiotu. w artykule nazwa zawodu „położna” stosowana jest zamiennie z nazwą „akuszerka” we fragmentach opisujących zawód położnej w latach 1900-1918¹.

1. Kształcenie położnych

1.1. Historia kształcenie położnych na ziemiach polskich w zaborze pruskim do 1918 roku

W 1815 roku w związku z modernizacją państwa pruskiego został wprowadzony jednolity system administracji terytorialnej (Chojecki, 2015). z ziem polskich, będących pod panowaniem pruskim, wyodrębniono dwa obszary administracyjne ze stolicą w Poznaniu i stolicą w Bydgoszczy (odpowiednio Rejencję Poznańską i Rejencję Bydgoską). Jedynym miejscem kształcenia położnych na tym obszarze stał się Poznań, w którym powstał Instytut Akuszerek (za: Korpalska, 2004; Kurowska, 2015).

Brak jest jednoznacznych informacji na temat programu kształcenia na początku XX wieku w szkołach kształcących przyszłe akuszerki. Na terenie Prus władze przywiązywały dużą wagę do prawidłowej i fachowej opieki nad matką i dzieckiem, podkreślając „wyższość” wykształconych akuszerek nad opieką świadczoną przez niewykształcone „babki” (za: Początek, 2012)

Poznańska szkoła dla położnych rozpoczęła swoją działalność w 1799 roku, natomiast rekrutacja kandydatek rozpoczęła się już w 1795 roku (za: Korpalska, 2004; Majkowska, 2014;). Początkowo kształcenie uczennic odbywało się tylko w języku niemieckim, od 1811 roku nauczano również w języku polskim (Kurowska, 2015). Uczennice mogły korzystać z przetłumaczonych z języka niemieckiego na język polski podręczników (za: Biadała, 1991). Na początku XX wieku (1901 rok) zrezygnowano całkowicie z kształcenia położnych w języku polskim, a jedynym językiem, którym posługiwano się w szkole stał się język niemiecki (za: Korpalska, 2004).

Decyzję o przyjęciu kandydatki do szkoły dla położnych wydawał starosta oraz lekarz powiatowy (nazywany również fizykiem powiatowym). Kształcić mogły się dwie kandydatki oddelegowane z każdego powiatu, które po ukończeniu szkoły były zobowiązane wrócić i pracować w zawodzie, w swoim powiecie. Początkowo położna

¹ Słowo „akuszerka” pochodzi od francuskiego słowa „accouche” czyli „rodzić”. We Francji od połowy XV wieku kobiety posiadające dyplom uprawniający do przyjmowania porodów nazywano akuszerkami. Nazwa ta była stosowana również w Polsce. Stopniowo „akuszerki” zaczęto nazywać „położnymi”. Brak jest informacji na temat momentu, w który słowo „akuszerka” zostało w pełni zastąpione przez polski odpowiednik „położnej” (Wrześniewska i Bąk, 2012; Kurowska, 2015). Jeszcze w Zasadniczej Ustawie Sanitarnej z 1919 roku pojawia się określenie „położna” oraz „akuszerka gminna” (Dz.Pr.P.P. 1919 nr 63 poz. 371).

musiała przepracować pięć lat na danym terenie, w okresie późniejszym skrócono ten okres do trzech lat. Niezbędnymi dokumentami do przyjęcia do szkoły było zaświadczenie od lekarza powiatowego o dobrym stanie zdrowia i umiejętności czytania i pisania. Dodatkowo wymagane było zaświadczenie spowiednika dotyczące moralności kandydatki (za: Biadała, 1991).

Z regulaminu szkoły z 1916 roku wiadomo, że zaświadczenie spowiednika zostało zastąpione zaświadczeniem policyjnym (za: Biadała, 1991; por. także: Początek, 2012). Pierwotnie o przyjęcie do szkoły mogły starać się kobiety w wieku 20-30 lat, od 1825 roku górną granicę wieku podniesiono do 35 lat, oraz nałożono na kandydatkę obowiązek przedstawienia zaświadczenia potwierdzającego szczepienie przeciw ospie. Na początku funkcjonowania poznańskiej szkoły dla położnych nauka w niej trwała 4 miesiące, pod koniec XIX wieku została przedłużona do 8 miesięcy, a od 1909 roku do 9 miesięcy. Na każdy kurs przyjmowano 12 kandydatek (za: Kurowska, 2015). Zakład w Poznaniu oprócz kształcenia położnych miał wpisane w swoje zadania również przyjmowanie porodów ubogich kobiet. Kobiety przyjmowane do Zakładu, przebywały w nim 14 dni przed porodem i 14 dni po porodzie. Taka organizacja opieki pozwalała na zdobycie przez uczennice praktycznej wiedzy z zakresu opieki nad ciężarną, przebiegu porodu i połogu. W związku z rosnącą liczbą porodów w placówce, od października 1901 roku Zakład rozpoczął swoje funkcjonowanie w nowym budynku. Od 1905 roku przyjął on nazwę Krajowa Klinika dla Kobiet i Zakład Kształcenia Położnych. Praktykujące położne w zaborze pruskim miały obowiązek odbywania co 2 lata kursów doszkalających (za: Biadała, 1991; Korpalska, 2004; Początek, 2012).

Szkoła dla położnych w Poznaniu funkcjonowała jeszcze w pierwszych latach wojny. Ostatni regulamin szkoły ukazał się już w czasie i wojny światowej w 1916 roku (za: Biadała, 1991).

1.2. Historia kształcenie położnych na ziemiach polskich w zaborze rosyjskim do 1918 roku

W zaborze rosyjskim największy wkład w kształcenie położnych miała wileńska szkoła położnych (za: Wrześniewska, Bąk, 2012). Wymogiem dla kandydatek do szkoły była umiejętność czytania i pisania. Szkoła zaczęła kształcić położne w 1781 roku w ramach utworzonej Katedry i Kliniki Położniczej działające przy Głównej Szkole Wielkiego Księstwa Litewskiego (Uniwersytetu Wileńskiego). Nauka w szkole trwała rok lub dwa lata i obejmowała zajęcia teoretyczne i praktyczne, które odbywały się na oddziale położniczym. Celem uzyskania możliwości pracy jako położna absolwentki zobowiązane były do zdania egzaminu przed Izbą Lekarską, która wydawała uprawnienia do wykonywania zawodu. Wileńska szkoła położnych funkcjonowała do czasu wybuchu i Wojny Światowej. Uczennice

podczas kształcenia korzystały z książek takich jak: „*Nauka sztuki położniczej dla niewiast*” (1818 rok), „*Pierwsze zasady sztuki położniczej, które dla potrzeb początkujących w tej umiejętności kobiet zastosował, a dla łatwiejszej nauki przez pytania i odpowiedzi ułożył Julian Albin Moszyński*” (1855 rok) (za: Matuszewska, 2012a).

W zaborze rosyjskim kształcono również akuszerki w Warszawie. Szkoła (nazwana Instytutem Położniczym) powstała w 1802 roku (za: Stawiak-Ososińska, 2017). Prace nad uruchomieniem szkoły i przystosowaniem budynku trwały od 1800 roku. Instytut kształcił położne do wybuchu wojny z trzyletnią przerwą od 1806 do 1809 roku, która spowodowana była wkroczeniem do miasta wojsk francuskich i przekształceniem Instytutu Położniczego w szpital wojskowy. Po przerwie prace szkoły zostały wznowione w nowym miejscu. w 1818 roku Instytut został wcielony w struktury Uniwersytetu Warszawskiego jako Klinika Położnicza. w 1833 roku wznowił swoją działalność jako samodzielny Instytut Położniczy (za: Matuszewska, 2012a, por. także: Barczewski, 2016).

Nauka w szkole na przełomie XIX i XX wieku trwała dwa lata. Mogły kształcić się kobiety od 18 do 30 roku życia, które ukończyły przynajmniej cztery klasy szkoły podstawowej, potrafiły czytać i pisać, zarówno po polsku jak i po rosyjsku, oraz przedstawiły świadectwo moralne wystawione przez policję (za: Bołdyrew, Sosnowska, 2015). Kandydatki zamężne musiały przedstawić zgodę męża na podjęcie nauki w szkole. Dwuletni okres kształcenia obejmował w pierwszym roku część teoretyczną, w drugim roku zajęcia praktyczne. Warszawska szkoła dla położnych funkcjonowała do momentu wybuchu i wojny światowej, na czas jej trwania zawiesiła swoją działalność (za: Matuszewska, 2012a).

Pomimo rosnącej liczby wykwalifikowanych położnych, na terenach wiejskich nadal występował utrudniony dostęp do rzetelnej opieki położniczej. z tego względu na przełomie XIX i XX wieku utworzono przy Warszawskim Instytucie Położniczym oddział dla „babeł wiejskich”, kobiet, które zajmowały się przyjmowaniem porodów, pomimo braku wykształcenia w tym zakresie. Nauka na kursie trwała sześć miesięcy, nie było ograniczenia wiekowego kandydatek. Podobnie jak w przypadku szkoły dla akuserek kandydatki musiały przedstawić świadectwo moralne, umieć czytać i pisać w języku polskim i rosyjskim oraz w przypadku mężatek przedstawić zgodę męża, a w przypadku niepełnoletnich, zgodę rodziców na kształcenie się w placówce (tamże).

1.3. Historia kształcenia położnych w zaborze austriackim do 1918 roku

Za kolebkę polskiego położnictwa oraz kształcenia położnych uważa się Kraków (za: Waszyński, 2012). Kształcenie położnych w Krakowie rozpoczęło się w 1780 roku. Akuszerki były kształcone w ramach struktur Kliniki Chirurgii i Położnictwa w Collegium Św. Barbary. Do końca XIX wieku przyszłe położne odbywały dużą część zajęć razem ze studentami medycyny. Od roku akademickiego 1895/1896 kształcenie położnych odbywało się

oddzielnie, jednak nadal pod kierownictwem Wydziału Lekarskiego w ramach funkcjonowania Kliniki Położniczej. Placówka od tej pory nazywała się Cesarsko-Królewską Szkołą Położnych (za: Cholewicka, Dmoch-Gajzlerska, 2018). Nauka w szkole trwała dwa lata (za: Kurowska, 2015).

Uczennice krakowskiej szkoły korzystały między innymi z podręczników autorstwa Henryka Jordana z 1872 roku pt. „*Nauka położnictwa dla użytku położnych*”, który do 1905 roku doczekał się pięciu wznowień (za: Matuszewska, 2012a). w roku 1912 ukazał się podręcznik pod tym samym tytułem autorstwa Stanisława Dobrowolskiego (za: Paciorek, 2004).

W zaborze austriackim kształcono położne również we Lwowie. 13 stycznia 1773 roku utworzono tam Collegium Medicum, które dodatkowo pełniło rolę urzędu sprawującego pieczę nad opieką zdrowotną w Galicji wschodniej oraz funkcję lekarskiego organu naukowego. Szkoła oprócz nauczania chirurgów i aptekarzy, w pierwszych latach funkcjonowania kształciła również kobiety zajmujące się przyjmowaniem porodów, które nie posiadały do tego stosowego wykształcenia i dokumentów uprawniających do wykonywania zawodu akuszerki (za: Matuszewska, 2012a). Podobnie jak w Krakowie do lwowskiego ośrodka kształcenia położnych przyjmowano kobiety w wieku do 40 lat, mężatki lub wdowy. Wymogiem dla kandydatek była umiejętność czytania i pisania. Nauka w szkole trwała dwa lata i kończyła się egzaminem praktycznym. Po uzyskaniu dyplomu położna mogła wykonywać zawód nie tylko na terenie Galicji, ale również we wszystkich krajach cesarstwa austro-węgierskiego (za: Fenceloben, 2010).

1.4. Kształcenie położnych w XXI wieku w Polsce

Obecnie w Polsce kształcenie położnych odbywa się tylko na poziomie studiów wyższych (od 2000 roku), zgodnie z wprowadzeniem założeń wynikających z Deklaracji Bolońskiej, a polskie dyplomy położnych są uznawane w krajach Unii Europejskiej (za: Doroszevska, 2015a; Leja-Szapak, Bulanda, Jaworek, 2018). Program kształcenia oraz efekty kształcenia reguluje Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 26 lipca 2019 (Dz.U. 2019 poz. 1573). Wykonywanie zawodu położnej wymaga ukończenia studiów minimum na poziomie licencjatu, zdania pozytywnie egzaminu zawodowego oraz uzyskania prawa wykonywania zawodu, przyznanego przez właściwą Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039; Rozwadowska, 2012; Iwanowicz-Plus, Krysa, Korzyńska-Piętas, Rzońca, Bień, 2018).

Kształcenie na poziomie studiów licencjackich nie może trwać krócej niż sześć semestrów, obejmujących 4720 godzin zajęć, w tym praktyk zawodowych. Po ukończeniu studiów I-go stopnia, położna może kontynuować naukę na studiach II-go stopnia i uzyskać tytuł zawodowy magistra położnictwa. Studia magisterskie nie powinny trwać krócej niż cztery semestry oraz obejmować 1300 godzin (Dz.U. 2019 poz. 1573).

Położne mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy. w Polsce funkcjonują cztery rodzaje kształcenia podyplomowego dla położnych. Położne mogą poszerzać swoją wiedzę w ramach kursów doksztalających, specjalistycznych, kwalifikacyjnych i specjalizacyjnych (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039; Doroszevska, 2015a). Sposób kwalifikacji uczestników na szkolenia oraz ich przebieg określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. (Dz.U. 2016 poz. 1761).

2. Realia pracy położnej

2.1. Praca położnych w zaborze pruskim

Na obszarze zaboru pruskiego, podobnie jak w innych zaborach, brakowało wykwalifikowanych położnych. w 1912 roku na jedną położną w Rejencji Poznańskiej przypadało 2825 mieszkańców, średnia dla całych Prus wynosiła 1892 mieszkańców na jedną położną (za: Łukasiewicz, 2017). Pomimo, iż nauka w szkole była bezpłatna, czasami brakowało chętnych do nauki zawodu. Sytuacja ta w dużej mierze była związana z niepewnymi zarobkami po ukończeniu szkoły. Położne za swoją pracę pobierały wynagrodzenie od pacjentek (za: Matuszewska, 2012b). w zaborze pruskim władze w XIX wieku zalecały, aby położne pobierały za opiekę opłatę „zwyczajowo przyjętą” (w zależności od zamożności rodziny), a w przypadkach wątpliwości korzystały z cennika (ostatni cennik ukazał się w 1908 roku). Władze, aby poprawić sytuację materialną, a tym samym liczbę chętnych do szkoły dla położnych, podejmowały różne środki zaradcze, takie jak stworzenie Funduszu Wsparcia Akuszerok (pieniądze pochodziły z opodatkowania ceremonii chrztu, ślubu, obrzezania), oraz ulg podatkowych. Niektóre władze lokalne przyznawały akuszerkom z własnych środków gratyfikacje finansowe. Celem ograniczenia napływu położnych do Poznania, wprowadzono przepis, który pozwalał na pracę w stolicy regencji tylko najbardziej doświadczonym (minimum 5 lat praktyki) oraz legitymującym się zdaniem specjalnego egzaminu (za: Biadała, 1991; Matuszewska, 2012b).

Na terenie zaboru pruskiego obowiązywały przepisy zawarte w dziennikach urzędowych, dołączane do podręczników pod nazwą *Instrukcja dla akuszerok państwa pruskiego* (ostatni ukazał się w 1914 roku) (za: Biadała, 1991). Każda z położnych miała obowiązek posiadać książkę, oraz znać wytyczne dotyczące wykonywania zawodu. Instrukcja dla położnych zawierała obowiązki położnej związane z opieką okołoporodową oraz informacje na temat prawa karnego. Położna była zobligowana do zgłaszania wszystkich przypadków prób dokonania aborcji (spędzenia płodu), sama również podlegała karze więzienia, jeżeli przyczyniła się do tego procederu (za: Biadała, 1991; Łukasiewicz, 2017).

Praca akuszerki podlegała kontroli lekarza powiatowego, a jej obowiązkiem było dostarczanie raz w roku (najpóźniej do 15 stycznia) rocznego sprawozdania z pracy wraz z dziennikiem rozwiązań (porodów). Obowiązkiem położnych była opieka nad kobietą w trakcie porodu fizjologicznego oraz położu. w przypadku komplikacji w czasie porodu lub po porodzie zobowiązana była wezwać lekarza. w związku z nadal ograniczonym dostępem do profesjonalnej opieki położniczej, w tym do pomocy lekarza, pod koniec XIX wieku położnym nadano prawo wykonywania w szczególnych okolicznościach, niektórych zabiegów położniczych (za: Biadała, 1991; Matuszewska, 2012a; Początek, 2012).

Praktykująca położna miała obowiązek zgłaszania powikłań okołoporodowych u kobiety (takich jak np. gorączka połogowa, ropne zapalenie sutka), oraz u noworodka (stany zapalne oczu bądź nie gojenie się kikuta pępowinowego), oraz przypadki chorób zakaźnych z danego okręgu (np. błonicy, ospy, duru, cholery) (za: Biadała, 1991).

2.2. Praca położnej w zaborze rosyjskim

Pomimo szkoły dla położnych oraz utworzenia w Warszawie kursów dla babek wiejskich w Królestwie Polskim i na terenie zaboru rosyjskiego nadal brakowało położnych (za: Cholewicka, Dmoch-Gajzlerska, 2018; por. także: Matuszewska, 2012a). Pod koniec XIX wieku w 1887 roku w Królestwie Polskim zatrudnionych było 750 położnych i 329 „babek położniczych”. w Warszawie w tym okresie na jedną położną przypadało 716 kobiet, na terenach wiejskich 300 000 kobiet na jedną położną (za: Matuszewska, 2012a).

Dokumentem regulującym zawód położnej w zaborze rosyjskim była *Instrukcja dla akuszerok praktykujących w Królestwie Polskim*. Położna zobowiązana była doksztalać się, udzielać pomocy wszystkim pacjentkom bez względu na status finansowy, zachowywać tajemnicę zawodową z wyłączeniem sytuacji, w której dochodziło do dzieciobójstwa czy aborcji (za: Matuszewska, 2012a; Barczewski, 2016). Każda położna prowadziła dziennik oraz raz w roku składała raport ze swojej praktyki (za: Matuszewska, 2012a).

Do obowiązków położnej tego okresu należała opieka na kobietą w czasie ciąży, przyjmowanie porodów fizjologicznych oraz opieka nad matką i dzieckiem przez dziewięć dni po porodzie. Sam poród miał przebiegać jak najbardziej naturalnie. Niedopuszczalne było przyspieszanie porodu łożyska poprzez masowanie macicy przez powłoki brzuszne czy pociąganie za pępowinę. w sytuacji wystąpienia krwotoku położna mogła wykonać tamponadę szyjki macicy oraz położyć zimny okład na brzuch. w przypadku wystąpienia komplikacji położna miała obowiązek wezwać lekarza. Ze względu na niedostatek lekarzy, w środowisku medycznym pojawiały się głosy, aby rozszerzyć kompetencje położnych tak, aby mogły one udzielić pomocy kobiecie podczas komplikacji przy porodzie bez kilkugodzinnego oczekiwania na lekarza. Proponowano, aby położna mogła dokonać obrotu

na nóżkę oraz zastosować kleszcze położnicze. Żaden z tych postulatów nie został zrealizowany (za: Kreft, 2004).

Opieka położnej nad ciężarną na początku XX wieku miała za zadanie wczesne wykrywanie zagrożeń w prawidłowym przebiegu ciąży oraz tzw. „trudnych porodów”. w przypadku wystąpienia u ciężarnej obrzęków kończyn dolnych, podejrzenia ciąży pozamacicznej, występowania skośnego lub poprzecznego ustawienia płodu, wąskiej miednicy, wielowodzia, ciąży mnogiej bądź uporczywych wymiotów ciężarnej, akuszerka kierowała ciężarną do lekarza specjalisty, przytułku położniczego bądź szpitala (za: Kreft, 2004).

2.3. Praca położnej w zaborze austriackim

Ze względu na niewielką liczbę szpitali o profilu położniczym, głównym miejscem pracy położnych był dom pacjentki. Lekarze powszechnie akceptowali opiekę położnych nad rodzącymi. Co jakiś jednak pojawiały się głosy o niekompetentnych działaniach położnych, czego efektem miało być częstsze występowanie gorączki połogowej w miejscowościach, w których praktykowały położne niż tam, gdzie przy porodach pomagały babki wiejskie. w 1891 roku austriacki położnik Alfred Hegal za przyczynę tego zjawiska uznał fakt, że położne częściej dokonywały badania wewnętrznego, podczas gdy niewykwalifikowane kobiety pomagające przy narodzinach nie przeprowadzały takiej procedury, bądź robiły to bardzo rzadko (za: Matuszewska, 2012b). Ryzyko zakażenia gorączką połogową znacznie wzrosło w czasie powstawania oddziałów i szpitali położniczych, w których warunki sanitarne na przełomie XIX i XX wieku, nie były najlepsze, a wiedza na temat przyczyn gorączki nadal niewielka. Aby ograniczyć występowanie gorączki połogowej oraz innych zakażeń w okresie okołoporodowym, w krajach austriackich (Galicji) Ministerstwo Spraw Wewnętrznych wydało w 1881 roku rozporządzenie *Zachowanie akuszerki w celu zapobiegania przenoszeniu chorób zakaźnych, zwłaszcza gorączki połogowej*. Rozporządzenie zostało wydane w ramach dodatku do *Instrukcji dla akuszerki* (za: Matuszewska, 2012b; Doroszevska, 2015b). w 1897 roku na terenie Galicji weszło w życie zarządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych, które zawierało informacje dla położnych na temat obowiązków położnej, postępowania przy porodzie oraz pielęgnowaniu noworodka i położnicy (za: Doroszevska, 2015b).

W zaborze austriackim akuszerka, aby móc praktykować na danym terenie, musiała dopełnić kwestii formalnych. Jej obowiązkiem było zgłoszenie się do lokalnych władz oraz pracującego na danym terenie lekarza urzędowego. Po wpisaniu do rejestru i uzyskaniu zgody lokalnych władz, położna mogła zamieścić informację w lokalnej prasie o podjęciu pracy na danym terenie, dodatkowo musiała zamieścić tabliczkę z napisem *położna* lub

akuszerka (w zależności od regionu Polski) przed domem, w którym mieszkała (za: Matuszewska, 2012b).

2.4. Współczesne realia pracy położnej w Polsce

Według definicji Międzynarodowego Towarzystwa Położnych (*International Confederation of Midwives, ICM*) położna to osoba, która ukończyła kształcenie dedykowane dla położnych oraz otrzymała „licencję” na wykonywanie zawodu położnej w danym kraju² (za: Iwanowicz-Palus i in., 2018) w Polsce w 2018 roku czynnych zawodowo było 28 368 położnych (stan na 31.12.2018) (Raport NIPIP, 2017). z danych Narodowego Funduszu Zdrowia z 2016 roku wynika, że położne zatrudnione były głównie w lecznictwie szpitalnym (60%), w podstawowej opiece zdrowotnej (23%), w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (14%). w innych miejscach pracowało (3%) położnych. w 2016 roku na 1000 kobiet w Polsce przypadało 1,34 zarejestrowanych położnych (Raport NIPIP, 2017).

Położna w Polsce posiada szeroki zakres kompetencji. w ramach swojej pracy uprawniona jest między innymi do rozpoznawania ciąży, prowadzenia ciąży fizjologicznej, kierowania kobiet na określone badania laboratoryjne, pobierania badań cytologicznych, prowadzenia i przyjmowania porodów fizjologicznych, nacięcia i szycia krocza. (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039). w opinii publicznej położna kojarzona jest z osobą, która zajmuje się rodzącą oraz kobietą w połogu i jej narodzonym dzieckiem (za: Leja-Szapka i in., 2018). Tymczasem do kompetencji położnej należy również opieka nad kobietą w każdym okresie jej życia. Co więcej położna w ramach wykonywania zawodu może zajmować się pracą dydaktyczną, naukowo-badawczą w zakresie położnictwa oraz pracować na stanowiskach kierowniczych związanych z zarządzaniem zespołem pielęgniarek i położnych (za: Marcinowicz, 2014; Leja-Szapka i in., 2018; Iwanowicz-Palus i in., 2018; Piechowska i in., 2018). *Ustawa o Zawodzie pielęgniarki i położnej z 2011 roku* nakłada na położną obowiązek działań edukacyjnych, w szczególności z zakresu karmienia piersią, metod planowania rodziny, przygotowania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039).

Podsumowanie

Na początku XX wieku na terenie Polski pod zaborami największy problem w opiece położniczej nad ciężarną i rodzącą stanowiła niewystarczająca liczba położnych (za: Doroszevska, 2015c). w chwili obecnej jedynie sporadycznie ma miejsce sytuacja, w której kobieta w trakcie porodu musiałaby korzystać z pomocy osób nie posiadających do tego kwalifikacji. Jednak w ostatnim czasie obserwuje się coraz mniejszą liczbę zatrudnionych

² w Polsce położne otrzymują „prawo wykonywania zawodu położnej”.

położnych. Jednocześnie wzrasta średnia ich wieku. Według szacunku Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych liczba zatrudnionych położnych w 2030 roku będzie wynosiła 1,1 na 1000 kobiet (Raport NIPIP, 2017).

Obecnie w zawód położnej wpisana jest opieka nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej przyjmowanie i prowadzenie porodów naturalny oraz opieka nad matką i noworodkiem w czasie porodu (Czerwińska-Osipiak, Pięta, Kamińska, Nowakowska, 2018, Iwanowicz-Palus i in., 2018). Ciężarne kobiety przez lata były pod opieką pod opieką położnej, a w przypadku wystąpienia komplikacji kierowane do lekarza (Matuszewska, 2012b). Na dzień dzisiejszy położne mogą prowadzić ciążę fizjologiczną, jednak zdarza się to bardzo rzadko³.

Ważnym elementem pracy położnej w latach 1900-1918 na terenie zaborów była edukacja matek na temat opieki nad noworodkiem (Matuszewska, 2012b). Na początku XX wieku umieralność niemowląt na terenie zaborów była duża. w północnej Wielkopolsce oraz na terenie Pomorza w latach 1904-1912 około 20% dzieci umierało przed ukończeniem roku. w Rejencji Poznańskiej umieralność dzieci do 1 roku życia wnosila 17,7%. Zadaniem położnych w tamtym okresie była edukacja na temat sposobu odżywiania noworodków i niemowląt (Chojecki, 2015). Umieralność niemowląt w Polsce w 2015 wynosiła 4,0 na 1000 żywych urodzeń oraz 2,9 na 1000 żywych urodzeń wśród noworodków (Szamotulska i Mierzejewska, 2017). Jest to niski wskaźnik, a umieralność noworodków i niemowląt nie jest związana z nieprawidłowym żywieniem. Problem obecnie w Polsce jest niski odsetek kobiet karmiących noworodki i niemowlęta piersią. Według danych GUS z 2013 roku, w 6 tygodniu życia karmione naturalnie było tylko 46%⁴. Położna w swoje kompetencje ma wpisane działania z zakresu edukacji i wsparcia kobiety w zakresie laktacji i naturalnego karmienia piersią (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039). Działania te powinny być realizowane zarówno podczas spotkań z ciężarną w ramach edukacji przedporodowej, jak i również w szpitalu i w trakcie wizyt patronażowych.

Analizując zakres pracy położnych z okresu 1900-1918, oraz porównując go z rolą współczesnych położnych, warto podkreślić, że największe różnice zaszły w sposobie kształcenia. Obecnie kształcenie polskich położnych dostosowane jest do wymogów Unii

³ Jak pokazują badania same kobiety często nie postrzegają położnej jako osoby kompetentnej do prowadzenia ciąży (Lejek-Szapka i in., 2018). w tych badaniach kobiety potrafiły wskazać kompetencje położnej związane z prowadzeniem porodu i opieką w trakcie porodu, jednak 61% badanych uważało, że położna w Polsce nie może prowadzić ciąży fizjologicznej, a blisko 70% nie zrezygnowałoby z prowadzenia ciąży przez lekarza na rzecz prowadzenia ciąży przez położną (tamże). Jak wynika z badań przeprowadzonych na grupie położnych pracujących w Polsce i Wielkiej Brytanii przez Iwanowicz-Palus i wsp. (2016), polskie położne nie postrzegają swoich kompetencji jako elementu dającego im wystarczające przygotowanie do samodzielnej pracy, w tym do prowadzenia ciąży fizjologicznej.

⁴ <http://cnol.kobiety.med.pl/pl/sytuacja-w-polsce/>

Europejskiej i odbywa się tylko na uczelniach wyższych (Iwanowicz-Palus, 2018; Leja-Szpak, 2018).

Realia zawodu położnej w Polsce na przestrzeni ostatnich 100 lat uległy zmianie. Na początku XX wieku akuszerki przyjmowały porody w domach. w chwili obecnej zarówno porody fizjologiczne, jak i niefizjologiczne odbywają się najczęściej w szpitalach. w warunkach domowych położna sprawuje opiekę nad położnicą w ramach wizyt patronażowych bądź edukacji przedporodowej.

w chwili obecnej w Polsce obowiązuje jednolity system kształcenia położnych na wyższych uczelniach, dzięki czemu uzyskują one wyższe wykształcenie. Pomimo tych przemian na przestrzeni dziesiątków lat, prowadzących nie tylko do opieki nad kobietą, ale całą jej rodziną, idea wpisana w zawód położnej pozostaje wciąż niezmienna.

Bibliografia:

- Barczewski, W. (2016). Praca akuszerki w Królestwie Polskim w I połowie XIX wieku. Próba oceny historycznej, prawnej i socjologicznej. *Studia Podlaskie*, XXIV, 83-107.
- Biadała, E. (1991). Opieka położnicza w Wielkopolsce w okresie rozbioru Polski – na podstawie źródeł urzędowych. *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny*, tom. 54, z. 1-2, 47.
- Bołdyrew, A., Sosnowska J. (2015). Opieka nad kobietami w czasie ciąży, porodu i połogu w ubogich środowiskach wiejskich i miejskich w Królestwie Polskim w XIX i na początku XX wieku. Od tradycyjnych form pomocy do wsparcia instytucjonalnego, (w:) *w kręgu rozważań o zdrowiu i aktywności fizycznej*, 25-38, Gdańsk: Wydawnictwo Athenae Gedanenses.
- Chojecki, D.K. (2015). Umieralność niemowląt w „polskich” rejencjach Prus na początku XX wieku. *Przeszłość Demograficzna Polski*, 37 (3), 147-189.
- Cholewicka, D., Dmoch-Gajzlerska, E. (2018). Zawód położnej na ziemiach polskich. *Położna Nauka i Praktyka*, 1 (41), 40-48.
- Czerwińska-Osipiak, A., Pięta, B., Kamińska, J., Nowakowska H. (2018). Opieka nad kobietą w świetle polskich i światowych zaleceń. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 3 (64), 65-68.
- Dane na temat karmienia piersią w Polsce*. Strona Centrum Nauki o Laktacji
<http://cnol.kobiety.med.pl/pl/sytuacja-w-polsce/> (data dostępu 24.09.2019)
- Doroszewska, A. (2015a). Rozwój kształcenia położnych, (w:) *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej. Społeczne role położnej*. Tom II, 97-103. Warszawa: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych.
- Doroszewska, A. (2015b). Regulacje prawne zawodu położnej dawniej, (w:) *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej. Społeczne role położnej*. Tom II, 117-122. Warszawa: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych.

- Doroszevska, A. (2015c). Rozwój zawodu położnej, (w:) *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej. Społeczne role położnej*. Tom II, 83-96. Warszawa: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych.
- Dz.Pr.P.P. 1919 nr 63 poz. 371; Zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r.
- Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039; Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.
- Dz.U. 2016 poz. 1761; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.
- Dz.U. 2019 poz. 1573; *Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego*.
- Fenceloben, M. (2010). Szkoły położnych na ziemiach polskich w ujęciu historycznym. *Położna Nauka i Praktyka*, 4 (12), 56-60.
- Fryc, D., Bielicka, A., Ćwiek, D., Szymoniak, K., Daszkiewicz, A., (2018) Opinie położnych na temat planowanego porodu w warunkach pozaszpitalnych. *Pomeranian Journal of Life Science*, 65 (4), 48-54.
- Fryc, D., Ćwiek, D., Daszkiewicz, A., Szymoniak, K., Rudnicki, J. (2016). Polish midwife's opinion on the possibility of practicing independently in the profession. *Polish Nursing*, 4 (62), 513-517.
- Iwanowicz-Palus G., Bień A., Rzońca E., Mazurek M. (2016). The scope of a midwife's competence in Poland and Great Britain – a comparative analysis. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 2, 27-31.
- Iwanowicz-Palus, G., Golonka, E., Bień, A., Grażyna, S. (2013). Postrzeżenie zawodu położnej przez społeczeństwo. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2 (43), 35-42.
- Iwanowicz-Palus, G., Krys, J., Korożyńska-Pietas, M., Rzońca, E. Bień, A. (2018). Midwife's professional prescribed by the law. *Polish Journal of Public Health*, 128 (2), 74-77.
- Korpalska, W.K. (2004). Zawód położnej na ziemiach polskich pod pruskim zaborem. Na przykładzie Rejencji Bydgoskiej, (w:) *Zawód położnej na ziemiach Polskich w XIX i XX wieku*, B. Urbanek, 68-78, Katowice: Wydawnictwo Kwieciński.
- Kreft, A. (2004). Kompetencje akuszerki medycyny ziemskiej Imperium Rosyjskiego na przełomie XIX i XX wieku (na przykładzie czasopisma „Akuszerka” – 1890-1913), (w:) B. Urbanek (red.), *Zawód położnej na ziemiach Polskich w XIX i XX wieku*, 79-95, Katowice: Wydawnictwo Kwieciński.
- Kurowska, H. (2015). Akuszerka na ziemiach polskich w świetle przepisów oraz literatury medycznej z końca XVIII i pierwszej połowy XIX wieku. *Studia Zachodnie*, 17, 219-238.

- Leja-Szapek, A., Bulanda, K., Jaworek, J. (2018). Opinia ciężarnych na temat kompetencji położnej w aspekcie prowadzenia ciąży fizjologicznej. *Pielęgniarstwo Polskie*, 1(67), 97-105.
- Łukasiewicz, D. (2017). Zdrowie i choroba w Prusach 1871-1918. *Studia Zachodnie*, 19, 87-118.
- Majkowska, B. (2014). Dzieje szkolnictwa położniczego w latach 1804-1944, (w:) *Od Szkoły Babienia po Uniwersytet. Dzieje kształcenia położnych w Warszawie 1802-2012*, J. Bień (red.), 21-46, Warszawa: Wydawnictwo Borgis.
- Matuszewska, E. (2012a). Rozwój szkół położniczych na ziemiach polskich od połowy XVIII do końca XIX wieku – przepisy prawne normujące pracę położnych, (w:) *Zarys historii zawodu położnej*, E. Matuszewska (red.), 55-84, Warszawa: Wydawnictwo REA.
- Matuszewska, E. (2012b). Sytuacja społeczna i zawodowa położnych na przełomie XIX i XX wieku – zakres obowiązków, (w:) *Zarys historii zawodu położnej*, E. Matuszewska (red.), 85-114, Warszawa: Wydawnictwo REA.
- Marcinowicz, L. (2014) Rola pielęgniarki i położnej w sprawowaniu podstawowej opieki zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 12 (4), 352-357.
- Paciorek, M. (2004). Położna w podręcznikach do nauki zawodu okresu międzywojennego, (w:) *Zawód położnej na ziemiach Polskich w XIX i XX wieku*, B. Urbanek (red.), 159-174, Katowice: Wydawnictwo Kwieciński.
- Piechowska, J., Iwanowicz-Palus, G., Bień, A., Pieczykolan, A. (2018). Knowledge of woman receiving healthcare service on the tasks of midwife working in the primary health care. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 3 (64), 22-31.
- Początek M. (2012). Rola i czynności fizyków powiatowych w Wielkie Księstwie Poznańskim. *Archiwum Historii Filozofii Medycyn*, 75, 26-46.
- Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*. Wydanie II. Warszawa: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych 2017 (dostęp internetowy: https://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf; data dostępu 23.09.2019)
- Rozwadowska, E. (2012). Prawo wykonywania zawodu, (w:) *Położna w systemie prawnym. Prawo dla położnych*, 28-30, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Stawiak-Ososińska, M. (2017). By w stosownym wieku były – wymagania stawiane pierwszym adeptkom sztuki położniczej. *Edukacja Dorosłych*, 1, 148-154.
- Szamotołska K., Mierzejewska E. (2017). Zgony niemowląt i noworodków w latach 1995-2015 w Polsce. *Developmental Period Medicine*, XXI,2, 104-110.
- Sznajder K., Mazurkiewicz B. (2012) Córki Ewy, czyli z historii zawodu położnej. Część 1. *Położna Nauka i Praktyka*, 2 (18), 59-60.
- Waszyński, E. (2012). *Historia położnictwa i ginekologii w Polsce*. Wrocław: Cornetis.
- Wrześniewska, M., Bąk, B. (2012) Historia zawodu położnej i kształtowanie się opieki okołoporodowej na świecie i w Polsce. *Studia Medyczne*, 27 (3), 89-99.

Dr Katarzyna Nosek
Wydział Nauk Społecznych
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Quality of human life in pedagogical sciences - theoretical considerations

Jakość życia człowieka w naukach pedagogicznych - rozważania teoretyczne

Abstract:

Since the beginning of time, people have been trying to lead a good life. They have been performing various tasks allowing them to experience joy, happiness, and pleasure on everyday basis. Nevertheless, not all of them have managed to reach such a state, because the problem with well-being is that it is extremely difficult to achieve. All endeavors aiming at leading a good life are also strictly connected with the necessity of taking its quality into consideration as well. The notion of the quality of life is present in many scientific disciplines, it also appears in the pedagogical sciences, becoming a significant scientific problem in the face of a new, humanistic view of people.

All of us deal with widely understood quality on daily basis. Such encounters are so frequent and natural that people are sometimes unaware of the fact that a given situation may have something to do with quality. The quality of life is a multidimensional and unequivocal term. The issue of quality is tackled by numerous fields of science. Life satisfaction has also become a point of interest of pedagogics, especially in the light of a completely new perception of a human being that is based on humanism. The quality of life is a way in which every person assesses his or her health condition, wellbeing, independence, quality of relations with the environment, personal views, and beliefs. The level of life satisfaction additionally provides information on the extent to which one's needs are satisfied.

Key words: human, quality of life, pedagogy, a sense of quality of life.

Abstrakt:

Człowiek od zarania dziejów zabiegał o dobre życie. Podejmował wiele działań, aby odczuwać radość, szczęście, zadowolenie na co dzień. Nie wszystkim udawało się ten stan osiągnąć, bowiem problem dobrego życia był i nadal jest trudny do rozwiązania. Wszelkie dążenia człowieka do dobrego życia zmuszają go bowiem do zastanowienia się nad jego jakością. Pojęcie jakości życia przewija się w wielu dyscyplinach naukowych, pojawia się także w naukach pedagogicznych, stając się znaczącym problemem naukowym w obliczu nowego, opartego na humanizmie, spojrzeniu na człowieka

Z jakością każdy człowiek spotyka się wielokrotnie na co dzień. Spotkania te są na tyle częste i naturalne dla ludzi, że czasem nie zdają oni sobie sprawy, że dotyczą zagadnień związanych z jakością. Jakość życia jest pojęciem wieloznacznym i wielowymiarowym. Jakość życia to sposób w jaki każdy człowiek ocenia swój stan zdrowia, samopoczucia, samodzielności, jakość relacji ze środowiskiem, stan osobistych poglądów i przekonań. Poziom jakości życia człowieka informuje o zaspokojeniu jego potrzeb życiowych.

Słowa kluczowe: człowiek, jakość życia, pedagogika, poczucie jakości życia.

Introductory remarks

Since the beginning of time, people have been trying to lead a good life. They have been performing various tasks allowing them to experience joy, happiness, and pleasure on everyday basis. Nevertheless, not all of them have managed to reach such a state, because the problem with well-being is that it is extremely difficult to achieve. All endeavors aiming at leading a good life are also strictly connected with the necessity of taking its quality into consideration as well.

The „quality of life” notion is utilized by economists, politicians, psychologists, sociologists, and pedagogues (Daszykowska, 2007, p.18). It can be considered to be both qualitative and societal category. “Quality” is also a lexical item that is frequently utilized in our everyday life. It assumes the existence of a kind of pattern that specifies certain requirements and is a reference point for achieving a certain effect or performing a particular task. Quality can also be discussed while taking into account human life, as it can be described as: good, bad, joyful, sad, miserable, or unsuccessful. The issue of the quality of human life covers a myriad of aspects, among others (ibidem): wealth and poorness, health and illness, or successes and failures.

The quality of life is not only an entity in a physical sense, but is also the possibility of improving ones soul, working on one’s mind, obtaining new knowledge and experiences, as well as improving creativity and productivity. It is the sum of all human attempts, faced challenges, fights fought with one’s inner self, the ability to opt for compromises, and – most importantly – the ability to make decisions and assume responsibility for their outcomes (ibidem, p.19).

In the case of social sciences, the interest in the quality of life increased in the second half of the 20th century. It is not a modern problem, but rather the one that is rooted in ancient times, when philosophers started asking questions about one’s goal in life, its sense and value, as well as made first attempts to assess human existence. They also considered the possibilities of improving one’s wellbeing and making a person happier as a result. Throughout the ages, philosophical analyses have become increasingly more abstract and it has been gradually more difficult to find some concise pieces of information in them. It has resulted in the increased willingness to perform separate examinations by the representatives of other fields of science interested in satisfaction connected with being in possession of material possessions only. With time, the term has been expanded by adding such immaterial values as happiness, freedom, health, and education to it.

1. Quality of life - notion-specific dilemmas and conceptual approaches

Ancient scholars predominantly focused on what could be done to improve one's life and to make it more enjoyable. Modern pieces of research on widely understood wellbeing are characterized by dualism, for they refer to two major traditions: hedonism and eudemonia. The former can be explained as perceiving happiness exclusively through the prism of sensual satisfaction. Hedonists do not care what one's goals in life are and how they are realized. They only focus on the possibility of deriving happiness from such endeavors and allowing happiness to overshadow pain (Czapiński, 2004, p.35). The latter tradition is strongly connected with Aristotle and the Stoics, who considered happiness to be eudemonia, or in other words - the true „self” of a person. The measure happiness is then an authentic life, ensuring self-development. It may, however, not be truly enjoyable (ibidem).

While familiarizing oneself with the literature of the subject, one may come across various definitions of the quality of life, which leads to the possibility of focusing on various aspects of the issue. The number of available definitions is caused by the fact that the quality of life is an interdisciplinary term. According to T. Tomaszewski (1984), the quality of life should be perceived as a kind of outcome of both the quality of life and the quality of a given human being. In such a scenario, the quality of life becomes a „set of elements occurring in various proportions and with varying severity that incorporates, inter alia: abundance of experiences, level of awareness, level of activeness, creativity, and participation in societal life (Furmanek, 2016, p. 79). The notion of the „quality of life” is complex and understood differently by various scientific circles. It is frequently referred to as wellbeing, prosperity, life-related satisfaction, or good health (Bobkowicz-Lewartowska, 2013, p.34).

The quality of life is affected by a set of conditions that have an impact on one's mood, happiness, and self-awareness manifesting itself by the ability of completing tasks and challenges faced at various stages of life. At its consecutive stages, one may have to deal with societal, professional, or family-related tasks. The quality of life of a person is the sum of outcomes of actions taken, attempts made, challenges faced, the ability to make proper decisions, opt for compromises, and assume responsibility for all of the above. It is also a kind of quality perceived through the prism of one's environment and surroundings, which may manifest itself in how one lives, what one wears, what one eats, what mode of transportation one possesses, how one spends one's free time, and what is one's attitude towards other people (ibidem, p. 87).

The quality of life is affected by certain objective conditions, such as economic determinants, free time, social security, housing conditions, environment, health, social status, as well as by subjective conditions, including one's wellbeing. Self-assessment of living condition in terms of joy, happiness, anxiety, fear, and hope is paramount. A person should be satisfied with his or her life, because then he or she will be more determined to

discover the sense of his or her existence that will in turn be a source of joy for him or her (Furmanek, 2016, p.88). How does one define happiness, though? W. Tatarkiewicz (1966) claims that „happiness is a long-lasting, full, and justified life satisfaction. To be happy, one has to be satisfied with the life he or she leads” (ibidem, p. 44). Such an understanding of life is the most frequently utilized one in the case of social sciences. In common understanding, happiness is equivalent to positive events experienced by a given person.

The quality of life is strongly correlated with the way of leading one’s life. Each and every person is responsible for his or her life and can make something out of what he or she has been equipped with. The quality of efforts made manifests itself in life satisfaction or lack thereof (Gregorczyk, 1993, p. 69).

The discussed phenomena also points to the value reception level, as we are the only ones who can specify how we are going to lead our lives, what values will be paramount to us, which of them will be considered to be negligible, what the ultimate goal of our lives will be, and what paths we will opt for to achieve what we want. For a person to be able to develop in various fields and not to fall victim to his or her habits and thinking patterns, he or she has to open to the world, other people, as well as not to be afraid to establish new valuable relations, be constantly open and bold (Zaborowski, 2001, p.175).

As pointed out by Jakub Trzebiatowski, even though the interest in the concept of the quality of life has been gaining momentum since the 80s, there is still no definition that could be accepted without any reservations by the representatives of various fields of science. As of currently, there are many „qualities of life” identifiable that are interpreted in a different manner by psychologists, sociologists, pedagogues, and medical science experts. It has to be pointed out that scholars dealing with the quality of life have presented certain assumptions as to which all disciplines of science are in agreement (see also: Dziurawicz-Kozłowska, 2002, p. 77).

They are as follows:

- 1) Quality of life relates to all spheres of life of a person, including psychical, mental, spiritual, and societal one.
- 2) Each and every form of activeness of a person has two sides to it: a subjective and an objective one. The idea behind such activities is to develop personal traits and to grow as a person.
- 3) Subjective perception of a person is paramount when it comes to specifying the level of life satisfaction.
- 4) Quality of life is subject to change with time and can be influenced by a myriad of external and internal factors (ibidem).

The scope of understanding the quality of life is therefore exceptionally broad: from considering it to be equal to wellbeing, through treating it as prosperity, up to the state of self-satisfaction. There is no consensus in the literature as to what the quality of life should

ultimately mean. In the case of social sciences, the aforementioned term is utilized especially to answer the question of what the foundation of valuable and satisfying existence is.

For the purpose of this article, the following definition of the quality of life is opted for: „ The quality of life is the feeling of life satisfaction manifesting itself by the possibility of shaping multidimensional development and self-growth, as well as allowing a person to achieve his or her personal goals in line with the assumed values and expectations while accounting for the material elements of social status” (Daszykowska, 2007, p. 47). „Everything we do affects the quality of life – either directly or indirectly (Borys, 2015, p. 1-18)”. The discussed term may be analyzed by taking advantage of three approaches: normative, processual, or interaction-based one.

In normative terms, the quality of life is understood as a level of satisfaction of basic needs of a person. It is therefore assumed that a person that is capable of living in certain conditions and meeting his or her expectations, following certain values, or behaving in a particular manner can be considered to be happy. When it comes to the aforementioned approach, certain areas in which the level of fulfillment of one’s needs is assessed can be identified, including: fitness and health condition, mental state and mood, interpersonal relations, and the achieved economic status. People tend to focus on various areas of the quality of life to a different extent, which means that the one that is vital for one human being may be of negligible importance for the other. It sometimes happen that people define identical areas of life satisfaction in a different manner. Their perception can change depending on age, sex, as well as on social and historical context (Rostowska, 2008, p. 27-32).

The processual approach is strongly rooted in the theory of motivation perceived as a process. It states that mental processes are the basis for reactions and assessments of events that may be considered to be beneficial, pleasant, joyful, or unpleasant. While taking into account this concept, one has to focus on the importance of such processes as comparing, perceiving, valuation, and assessment that are all subjective in nature. They help create a strong system of values, goals, expectations, and interests. The processual approach also focuses on the quality of life in the context of achievement of life goals being of utmost importance for a particular individual. It is, therefore, possible to assume that the quality of life is a dynamic process and its unusual nature is strictly connected with the modification of key goals of a person that may lead to changes in the subjective assessment of the quality of life. The basis of the assessment is then the observation of the level of divergence between person’s current situation and the desired state of affairs. The smaller the discrepancy, the higher the level of life satisfaction (ibidem, p.37-38).

The interactive approach takes into account objective conditions, the specificity of individuals and groups, as well as subjective methods of assessing the quality of life. In the case of examinations carried out, the concept in question requires considering the quality of life as a mutual interaction between general features that are common for all people and

those individual ones that are exclusive for given individuals. The approach in question assumes that there are areas of life that are of vital importance for almost all people. Subjective assessment has to be however taken into account, as well as differences between individual people (ibidem).

In the majority of cases, quality of life models take the form of comprehensive lists that incorporate enumerated areas affected by the quality of life, as well as subcomponents thereof. An intriguing concept of the quality of life is proposed by R. Veenhoven (1991), who considers it in three categories, namely: the one of a person, of a group, and of a person and a groups simultaneously. The author also indicates three major approaches to the quality of life surveying (ibidem, p.7-26):

- objective – it is typically opted for in the case of sociology and economy. It refers to objective criteria according to which researchers make arbitrary assessments and state when the quality of life is the highest;

- subjective – said approach assumes that each and every person is an expert and is capable of exhaustively assessing the quality of his or her life by opting for individual assessment criteria;

- mixed – in this case, both objective and subjective assessment aspects are taken into account. The approach in question is frequently utilized in medicine.

The creator of one of the very first Polish life satisfaction models was T. Tomaszewski (1984). In his opinion, to specify the individual level of the quality of life, one has to take into account objective, environmental, and subjective aspects. However, regardless of the ever changing circumstances, there are some constant psychological life satisfaction-related aspects, such as the abundance of experiences, activeness, creativity, and participation in societal life. The improvement of the overall life satisfaction is possible thanks to the constant development in all the aforementioned areas. The author also points to some objective criteria that make it possible to assess the quality of life. They are as follows:

- abundance of experiences – significant number of experiences and sensual events, as opposed to a boring and monotonous existence;

- level of awareness – connected with the need to understand the world and learn more about it;

- level of activeness – physical and mental undertakings being the sign of good health and development;

- creativity – unusual type of undertakings oriented towards the change of the environment and creation of new solutions;

- participation in the societal life – co-existence with other people and establishing meaningful relations, as opposed to single and unsatisfying life.

Said aspects complement one another and affect one another (ibidem, p. 28).

2. Quality of life as a category of pedagogical examinations

The quality of life of a person is also connected with focusing on societal attributes of one's existence and leading a socially useful life. Existence should be a source of pleasure, be connected with achieving certain goals, as well as with meeting needs that make life worth living (Syrek, 2001, p.18).

Birth - life - death. Those three words encapsulate the circle of life of a person perfectly. Between them, there are so many events having various meanings, sense, intensity, and frequency that it is simply unimaginable. Many of us decide to stop for a while at some point and ask ourselves the following: what is the meaning of life exactly? (Miksza, 1994, p. 5).

An inseparable element of a reflection-driven assessment of one's life is finding its sense and meaning. The feeling of a goal in life is the state of subjective satisfaction of a person that is connected with a purposeful and specific value-driven action performance. Due to its function, it is considered to be a meta-need, the fulfillment of which determines mental health and personality development (Bobkowicz-Lewartowska, 2013, p. 35). The sense of life is the very core and major goal of human existence. It helps specify one's calling and justifies one's way of life. Said term is related to a transparent and acceptable way of future development. Finding one's sense in life is the necessity allowing for further development and self-fulfillment. The sense of life can be understood as: "the willingness to become engaged in or opt out of various functions and roles in societal and familial life, the ultimate purpose of a person, and ways of reaching the final goal by taking one's individual paths. It is the very sense of accepting or avoiding pain, inconveniences, difficulties, and limitations, the sense of both satisfaction and pleasure" (Furmanek, 2016, p.37).

The analysis of literature on examinations on the quality of life has shown that the term in question is considered to be of interest for philosophers, ethicists, economists, politicians, social workers, psychologists, and pedagogues. Said notion has also found its way to the vernacular as a theoretical construct that can be defined in various ways. People understand it differently, depending on their values, aspirations, goals, as well as both their expectations and expectations of other societal groups. For pedagogy-related sciences, the quality of life is strongly connected with the development of a person that is correlated with a specific hierarchy of values (ibidem, p. 43). The quality of life fits the interests of pedagogy-related fields of interest, for it focuses on a human being as such and his or her dignity. A proper care about the quality of life points to the humanistic dimension of pedagogics (Bańka, 1994, p.19-40). The major point of focus of the field is a person co-existing together with the world in the system of possibilities and trying to shape himself or herself properly. Increasing or maintaining the quality of life at a particular level makes human life more

meaningful. The task of pedagogues is to support people in their search for the meaning of their lives, solving problems and crises, as well as looking for lifelong goals. The all-round development of a person, according to T. Tomaszewski (1984), covers the creation of new possibilities of development, which in turn results in increasing the overall level of life satisfaction. The author identifies various criteria of said satisfaction: the abundance of subjective experiences, the level of awareness and activeness, creativity, as well as positive involvement in societal life. In his opinion, life should be filled to the brim with both cognitive and sensual experiences.

The criteria governing the quality of life by Tomaszewski can be additionally complemented with the ones provided by W. Furmanek (2016, p.79):

- widely understood freedom: freedom to follow certain values, openness to values, to science, norms, ethical principles, and cultural paradigms,
- responsibility being the moral compass of a person;
- dignity – way of behaving while faced with various situations that one should not neglect.

Shaping the quality of life of a person is, according to J. Kuźma (1993), the creation of a vision of a new person being the basic value. The full development of a person is possible when it takes the form of a continuous process. The pedagogical concept of the quality of life assumes that a person can achieve full self-worth, high life satisfaction, and quality through constant self-improvement and development. That is why pedagogics follows the definition of the quality of life provided below: „quality of life is the feeling of life satisfaction expressed by the possibility of developing in a comprehensive manner and improve oneself, as well as to achieve one’s aspirations and life goals in line with the assumed values and expectations while accounting for the material elements of one’s social status” (Daszykowska, 2007, p. 21).

The notion of the quality of life is relatively new. It was proposed for the first time after the Second World War in North America and was initially associated with material aspects of human life only. After some time, it was expanded upon by adding immaterial values to it, such as: education, happiness, freedom, and health (de Walden-Gałoszko, 1994, p.15). The quality of life is mainly approached from the humanistic point of view and is based on the assumption that a given person can assess his or her own life-related situation in the most accurate manner. The process of assessment is based on evaluating various elements being constituents of the quality of life. They can be classified into four major groups: physical fitness, wellbeing, mental condition, and societal functioning (Zelin, Zelionowa, 2001, p.195-201). More and more focus in the case of examinations is put on the subjective perception of the quality of life. The feeling of life satisfaction covers a certain global assessment of human functioning and own capabilities in a particular situation and

environment (Oleś, 2002, p. 10). Even people having a similar material and existential condition may assess the quality of their lives differently.

Subjective aspects are important when it comes to the assessment of the quality of life. They are connected with valuation and experiencing the sense of one's existence (ibidem). Subjectively perceived quality of life is the result of inner valuation processes and is similar to reflecting on one's life as such. It is an individual reaction to one's life experiences and widely understood life satisfaction. The valuation of life, as well as understanding its sense and purpose are both strictly connected with the societal experiences of a given person, his or her personality, self-acceptance, and the feeling of self-worth (Konarska, 1996, p.52). The quality of life predominantly incorporates wellbeing, self-development possibilities, and societal engagement. It is therefore a multidimensional category that is dependent on the subjective reception, experience, and valuation (Oleś, 2002, p. 12).

As stated by Iwona Cymerman (2007), the specification of the quality of life for the purpose of considerations and own examinations is on the one hand based on the intuitive perception of life satisfaction by the respondents and, on the other hand, strictly correlated with the interdisciplinary context of the term (ibidem, p.46). The author also points out that examinations to date have shown that even if a single definition of the quality of life was proposed, it would be just one of available ones from the myriad of existing definitions.

It turns out that the quality of life should be assessed by opting for subjective criteria, because each and every person has his or her own way of valuing life satisfaction. The assessment of the quality of life is the comparison of expectations and the factual state. Satisfaction is identified when the experienced feelings are in line with expectations or even exceed them. Otherwise, the overall balance is negative (ibidem).

Each and every person defines the quality of life by himself or herself by basing on his or her own perception and life situation.

Closing remarks

All of us deal with widely understood quality on daily basis. Such encounters are so frequent and natural that people are sometimes unaware of the fact that a given situation may have something to do with quality. The quality of life is a multidimensional and unequivocal term. The issue of quality is tackled by numerous fields of science. Life satisfaction has also become a point of interest of pedagogics, especially in the light of a completely new perception of a human being that is based on humanism. The quality of life is a way in which every person assesses his or her health condition, wellbeing, independence, quality of relations with the environment, personal views, and beliefs. The level of life satisfaction additionally provides information on the extent to which one's needs

are satisfied. It may also show the development of a person in time. The family-related sphere of life, being one of the key factors of the quality of life, has a notable impact on the mental state of a person. The level of life satisfaction may be dependent on a myriad of factors that are connected with personality traits of a human being, his or her way of functioning, as well as with societal and cultural context of his or her existence. To sum up, subjective aspects of the quality of life that are interwoven with objective conditions can be narrowed down to the specification of emotional states of a person, individual aspects affecting the possibility of meeting one's goals, and factors that have an impact on achieving set goals. The quality of life understood in such a way should be considered in the context of both emotional and cognitive experiences. It, however, requires the constant development of the field of science discussed within the scope of this article. Expanding knowledge on the quality of life and methods of its assessing in the future it seems to be mainly dependent on advancements in two major fields, namely – education and science.

Bibliography:

- Bańka, A. (1994). Jakość życia w psychologicznych koncepcjach człowieka i pracy, (w:) *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*, A. Bańka, R. Derbis (red.), 19-40, Poznań: Wydawnictwo Gemini.
- Bobkowicz-Lewartowska, L. (2013). *Wybrane uwarunkowania jakości życia rodziców dzieci i młodzieży z zespołem Downa*, Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Borys, T. (2015) Typologia jakości życia i pomiar statystyczny, *Wiadomości Statystyczne*, nr 7, 1-18.
- Czapiński, J. (2004). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cymerman, I. (2007). *Doświadczenie jakości życia po przeszczepie - perspektywa fenomenologiczno - hermeneutyczna*, Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Daszykowska, J. (2007). *Jakość życia w perspektywie pedagogicznej*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- de Walden-Gałuszko, K. (1994). Jakość życia - rozważania ogólne, (w:) *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, K. de Walden-Gałuszko, M. Majkovicz (red.), 89-142, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Dziurowicz-Kozłowska, A. (2002). Wokół pojęcia jakości życia, *Psychologia Jakości Życia*, nr 1, 77-99.
- Furmanek, W. (2016). *Humanistyczna pedagogika pracy. Praca a jakość życia człowieka*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Gregorczyk, A. (1993). *Życie jako wyzwanie*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Konarska, J. (1996). Młodzież niepełnosprawna wobec poczucia sensu życia, (w:) *Człowiek - wartości - sens*, K. Popielski (red.), 423-428, Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski.

- Kuźma, J. (1993). *Optymalizacja systemu pedagogicznego kształcenia, doksztalcenia i doskonalenia nauczycieli*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Miksza, M. (1994). *Żyć, ale jak? ABC o tobie, o mnie, o nas*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Oleś, P. (2002). Jakość życia w zdrowiu i w chorobie, (w:) *Jak świata mniej widzę*, P. Oleś, S. Steuden, J. Toczolowski (red.), 40-45, Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Rostowska, T. (2008). *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Syrek, E. (2001). *Jakość życia w chorobie*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Tatarkiewicz, W. (1966). *o szczęściu*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tomaszewski, T. (1984). *Ślady i wzorce*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Veenhoven, R. (1991). Questions on Happiness: Classical Topics, Modern Answers, Blind Spots, (w:) *Subjective Well - being. An interdisciplinary Perspective*, F. Stack, M. Argyle, N. Schwarz (red.), 7-26, Oxford.; Oxford University Press.
- Zaborowski, Z. (2001). *Problemy psychologii życia*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „ŻAK”.
- Zelin, M., Zelinova, M. (2001). Quality of life in the creatively - humanistic concept of personality, *Studia Psychologica*, nr 43/3, 195-201.

Dr Renata Kleszcz-Szczyrba
*Uniwersytet Śląski
w Katowicach*

**Rodzina ekologiczna przyszłością ludzkości.
Wspólne elementy zawarte w nauczaniu Pawła VI,
Jana Pawła II oraz w pedagogice szensztackiej
i koncepcjach antropologicznych prof. W. Fijałkowskiego**

**Ecological family as the future of humanity.
Common elements included in the teaching of Paul VI,
John Paul II and in of Schönstatt and the anthropological
of prof. W. Fijałkowski**

Abstrakt:

Rodzina ekologiczna to taka rodzina, w której uwzględniany jest i szanowany naturalny przebieg rozwoju życia. Są w niej kształtowane postawy oparte na odpowiedzialności, szacunku do życia i respektowana godność każdego człowieka. Jest to rodzina zdrowa moralnie i społecznie. Jest otwarta na życie; każde i zawsze, nie stawiając mu żadnych warunków początkowych ani wymagań. Wbrew takiemu podejściu niektóre współczesne gałęzie nauki, związane z życiem prenatalnym człowieka, coraz częściej proponują, aby nowe życie uczynić „produktem na zamówienie”. Jest to propozycja niezwykle kusząca dla wielu par latami bezskutecznie starających się o potomstwo.

W artykule poruszane są kwestie zagrożeń natury psychologicznej i społecznej związanych z nienaturalnym początkiem życia człowieka; zagrożeń dla integracji konkretnej jednostki, dla integracji rodziny i całego społeczeństwa. W obliczu tych zagrożeń, charakterystyczna dla rodzin ekologicznych dbałość o naturalny porządek (początek i rozwój życia), pielęgnowanie szacunku dla życia od poczęcia do naturalnej śmierci wydaje się być ratunkiem dla ludzkości.

Przyszłość ludzkości była przedmiotem szczególnej troski wielkich duchem ludzi, których obserwacje, doświadczenia i działania miały charakter przełomowy. Wśród takich osób można wymienić: św. Pawła VI, św. Jana Pawła II, ojca Józefa Kentenicha oraz prof. Włodzimierza Fijałkowskiego. Przedmiotem niniejszego artykułu jest analiza dokonań tych osób w kontekście ekologii rodziny.

Słowa kluczowe: ekologiczna rodzina, godność człowieka, płodność, prenatalny okres życia

Abstract:

An ecological family is a family in which the natural course of life development is taken into account and respected. Attitudes based on responsibility, respect for life and respect for the dignity of each person are shaped in it. It is a morally and socially healthy family. She is open to life; each and always, without any initial conditions or requirements. Contrary to this approach, some modern branches of science related to human prenatal life are increasingly proposing to make new life a "custom-made product". This is an extremely tempting proposition for many couples unsuccessfully seeking children for years.

The article deals with psychological and social threats related to the unnatural beginning of human life; threats to the integration of a particular individual, to the integration of the family and society as a whole. In the face of these threats, care for the natural order characteristic of ecological families (the

beginning and development of life), cultivating respect for life from conception to natural death seems to be a salvation for humanity.

The future of humanity was the subject of special care of the great spirit of people whose observations, experiences and actions were groundbreaking. These people are: Saint Paul VI, Saint John Paul II, father Josef Kentenich and prof. Włodzimierz Fijałkowski. The subject of this article is to analyze the achievements of these people in the context of family ecology.

Key words: ecological family, fertility, human dignity, prenatal period of life

*„Gdy rozum nie ma do czynienia z dojrzałą wiarą,
brakuje mu bodźca, który kazałby skupić uwagę
na specyfice i głębi bytu”*

(Jan Paweł II, *Fides et Ratio*, n. 48)

Wprowadzenie

Lata 2017 i 2018 były czasem wielkich rocznic i wydarzeń w świecie katolickim: czas 100-lecia objawień fatimskich, rok poświęcony Duchowi Świętemu.

Dnia 4 czerwca 2017 roku minęło 100 lat od urodzin polskiego profesora ginekologii i położnictwa – Włodzimierza Fijałkowskiego – wielkiego propagatora naturalnego planowania rodziny i upodmiotowienia dziecka poczętego, członka Papieskiej Akademii Życia, który większość swojego osobistego i zawodowego życia związał z miastem Łódź.

Dnia 6 sierpnia 2018 roku minęło 40 lat od śmierci św. Pawła VI – papieża, który 50 lat temu wydał encyklikę o zasadach moralnych w dziedzinie przekazywania życia ludzkiego zatytułowaną „*Humanae vitae*”. Znamiennym jest fakt, że rok 2018 jest rokiem jego kanonizacji, a cuda uznane do kanonizacji i beatyfikacji w obu przypadkach dotyczyły uzdrowienia dzieci, które były jeszcze w łonach matek.

Dnia 15 września 2018 roku minęło 50 lat od śmierci Sługi Bożego ojca Józefa Kentenicha – założyciela Międzynarodowego Ruchu Szensztackiego¹. Był wielkim propagatorem znaczenia rodziny w życiu człowieka i zwolennikiem świadomego samowychowania. Był autorem licznych konferencji i katechez. Wiele z nich adresowane było do rodzin. Jest wśród nich cykl katechez wygłoszonych w latach pięćdziesiątych, w Milwaukee w USA w ramach dni skupienia dla małżeństw. Katechezy te uwidaczniają wielką nadzieję, jaką Założyciel Szensztatu pokładał w rodzinie².

¹ Międzynarodowy ruch katolicki założony w 1914 przez o. Józefa Kentenicha. Miejscem powstania jest Schönstatt (nazwa oznacza „piękne miejsce”) – dzielnica miasta Vallendar, leżącego koło Koblenji w Niemczech.

² Katechezy te zostały po latach spisane i wydane w formie książkowej, doczekały się też polskiego tłumaczenia. Zob. J. Kentenich, *Rodzina w służbie życiu*, Otwock 2018.

Dnia 16 października 2018 roku minęło także 40 lat od wyboru na papieża św. Jana Pawła II, który pragnął być zapamiętany jako papież służący rodzinie. Jego troska o rodzinę i godność życia człowieka znalazła wyraźny oddźwięk w jego nauczaniu.

Pojawienie się w tym samym czasie okrągłych, rocznicowych dat może być traktowane jako zbieg okoliczności, przypadek, o którym Albert Einstein mawiał, że „jest Bogiem, który przechadza się incognito”³. Można jednak na ten fakt spojrzeć z innej perspektywy i poszukać tego, co łączy nauczanie Pawła VI, Jana Pawła II oraz pedagogikę szensztacką i koncepcje prof. W. Fijałkowskiego. a byli to wielcy ludzie, którzy poświęcili swe życie służbie rodzinie i rodzajowi ludzkiemu i których zaangażowanie w tę służbę z dzisiejszej perspektywy okazało się prorocze. Każdy z nich spotkał się za życia z odrzuceniem: prof. W. Fijałkowski był wykluczany i krytykowany przez środowiska naukowe; o. J. Kentenich został przez władze kościelne odsunięty od swego dzieła w Schönstatt w Niemczech i „zesłany” do Milwaukee w USA; św. Paweł VI wiele wycierpiał po wydaniu encykliki *Humanae vitae* i nie wydał już żadnego doktrynalnego dokumentu do końca swego pontyfikatu; nauka św. Jana Pawła II o świętości życia, jego teologia ciała nadal niejednokrotnie spotyka się z kontestacją. Można, wykorzystując cytaty z *Pisma Świętego*, o każdym z nich powiedzieć: „swoi go nie przyjęli” (J 1, 11).

Ci formalni i nieformalni święci naszych czasów stali się żywym potwierdzeniem tezy, że problemy tego świata zaczynają się od odrzucenia podmiotowości człowieka, a także odrzucenia istotnej funkcji rodziny jako podstawowej komórki społecznej, w której człowiek doświadcza więzi. Odrzucenie człowieka zaczyna się od negacji tego, co jest jego istotą, a więc faktu, że jest on rzeczywistością duchową, a nie wyłącznie materią manifestującą się w ciele, psychice i myśli. Człowiek nie jest i nie może być wyłącznym produktem samego siebie, własnego wymysłu i pomysłu. Najgłębszy sens i istota człowieka nie pochodzą z tego świata ale stanowią coś zdecydowanie wykraczającego poza przestrzeń i czas, a co manifestuje się w jego duchowości.

1. Naturalny początek życia troska rodziny ekologicznej

Problem naturalnego początku życia (jak i naturalnego jego końca) nie jest i nie powinien być domeną żadnej religii, gdyż nie jest to zagadnienie natury jedynie religijnej. Jest to problem ogólnoludzki. Tak się jednak składa, że to właśnie konkretne religie i ich duchowe bogactwo zdają się świadomie, w sposób usystematyzowany i spójny, stawać na straży różnych moralnych wartości, w tym wartości życia. Na straży niepowtarzalnej wartości każdego ludzkiego życia z pewnością stoi Kościół Katolicki.

Św. Paweł VI w encyklice *Humanae Vitae* podkreślał, że „każdy problem dotyczący życia ludzkiego powinien być tak rozpatrywany, aby uwzględniał całego człowieka i całe

³ https://pl.wikiquote.org/wiki/Albert_Einstein, dostęp 29.08.2019.

jego powołanie, obejmujące nie tylko porządek naturalny i doczesny, ale również nadprzyrodzony i wieczny” (Paweł VI, *Humanae vitae*, n. 7). Ten postulat wyraźnie podkreśla godność i wyjątkowość człowieka, który jest przede wszystkim istotą duchową, a zatem reprezentuje sobą coś więcej, niż tylko ciało zamieszkałe przez emocje i myśli.

Taki duchowy, nadprzyrodzony wymiar ma także sakramentalna miłość małżeńska. Jest to miłość na wskroś ludzka, a więc zarazem zmysłowa i duchowa; miłość pełna, a więc taka, w której jeden dla drugiego jest darem z siebie; miłość wierna i wyłączna, a zatem trwała, poszukująca więzi i otwarta na dialog; wreszcie jest to miłość płodna, a zatem zmierzająca ku wzbudzeniu nowego życia (tamże, n. 8 -9). Poczęcie nowego życia powinno być godne i piękne, zgodne z naturalnym rytmem, z otwartością małżonków na jego nadprzyrodzony dar i tajemnicę.

O takie rodzicielstwo troszczył się przez całe swoje zawodowe życie prof. W. Fijałkowski. Pozostawił po sobie spuściznę, na której dzisiejsze pokolenia chętnych słuźbie życiu mogą budować „cywilizację życia” (za: Kornas-Biela, 2013). Jego słynnym powiedzeniem było: „ja jestem cały za życiem”. To jemu zawdzięczamy początki psychologii prenatalnej w Polsce; ekologiczne spojrzenie na płodność, płciowość, macierzyństwo i rodzicielstwo; powstanie szkół rodzenia dbających o narodziny dziecka we wspólnym doświadczeniu jego rodziców; podmiotowe traktowanie embrionu i płodu; podkreślanie dwurodzicielstwa, a zatem nie tylko roli matki, ale także ojca w życiu prenatalnym dziecka.

Kiedy prof. W. Fijałkowski wprowadzał ekologiczne spojrzenie na życie i rodzinę, o. J. Kentenich w amerykańskim mieście Milwaukee wygłaszał dla małżonków wykłady o rodzinie, w których podkreślał, że „ojciec, dziecko i matka są złączeni ze sobą więzią miłości” (Kentenich, 2018). Rodzic powinien być dla dziecka, także dla tego, które ma się dopiero począć pod sercem matki, „wychowanym wychowawcą”, najpierw mocno ukształtować siebie, aby móc powołać do życia i kształtować nowego człowieka. Wtedy postawa takiego rodzica wobec dziecka jest spójna, stojąca na gruncie wartości, które sam sobą reprezentuje (tamże, s. 26-27). O. J. Kentenich zauważał zagrożenia dla ojcostwa. Podkreślał, że żyjemy w czasach ojcostwa zagubionego, obserwował, że publikacje są prześlgnięte treściami o macierzyństwie, jakby troska o dziecko była wyłączną sprawą matki. Temu zauważanemu zza oceanu kryzysowi ojcostwa starał się skutecznie zapobiegać także prof. W. Fijałkowski, zapraszając ojców do aktywnego towarzyszenia matkom w prenatalnej trosce o dziecko, czego wyraźnym przejawem było powołanie do życia wspomnianych szkół rodzenia, a przez to umożliwienie porodów rodzinnych, podczas których ojciec stał się aktywnym towarzyszem i opiekunem matki i dziecka. Owoce tych pionierskich działań trwają do dziś.

Rodzina ekologiczna – jaka to rodzina, czym się charakteryzuje, co jest jej siłą? Rodzina ekologiczna to takie miejsce, w którym życie rodzinne, skupiające wiele interakcji społecznych, rozwija się w klimacie pozbawionym toksyczności i destrukcyjnego wpływu

czynników zewnętrznych. Ekologia rodziny zakłada określoną jakość ludzkiego życia, czyli taki poziom, na którym są realizowane określone wartości i zaspokajane potrzeby członków rodziny. w tym znaczeniu jest ona synonimem dobrostanu (Bołoz, 2007). Tym co wyraźnie wybrzmiewa w opisie rodziny ekologicznej jest szacunek dla godności każdego członka takiej rodziny (każdego, a zatem poczętego także), trzymanie się wartości oraz wrażliwość na potrzeby drugiego człowieka, także tego poczętego. Prof. Anna Latawiec definiuje rodzinę ekologiczną jako strukturę, w której panuje pełna harmonia między „wewnętrznym” i „zewnętrznym” środowiskiem życia każdego jej członka. w rodzinie ekologicznej jest realizowany program nauczania naturalnego przebiegu rozwoju życia biologicznego. Są w niej kształtowane postawy oparte na odpowiedzialności, szacunku do życia i respektowaniu praw każdego człowieka. Jest to rodzina zdrowa moralnie i społecznie (Latawiec, 2000).

Pierwszym naturalnym środowiskiem życia człowieka powinno być matczyne łono. Prof. D. Kornas – Biela zauważa, że słowo *ekologia* pochodzi od greckiego słowa *oikos*, które oznacza *dom*. Tym pierwszym domem człowieka, jak wspomniano, jest łono matki. „Trzeba więc udomowić łono matki i rozpoznać tego, kto ten dom zamieszkuje” (Kornas-Biela, 2000). Spojrzenie na łono matki, rozumiane jako pierwsze uczuciowe środowisko życia dziecka i podstawowy ekosystem, którego dziecko jest ważnym elementem, pozwala na dowartościowanie życia. Dostrzeżenie świętości sanktuarium życia ludzkiego jest więc niezbędnym warunkiem odkrywania pełnego znaczenia ekologii rodziny (Godawa, 2016).

2. Nienaturalny początek życia jako zagrożenie

Dziecko powinno być „zapraszane” do życia w rodzinie w sposób godny i piękny, zgodny z naturalnym rytmem biologicznym. Kiedy powstawała encyklika *Humane Vitae* świat nauki podejmował już próby zapłodnienia pozaustrojowego (tzw. *in vitro*), jednak oficjalnie jeszcze tej metody nie ogłaszał⁴. Paweł VI był świadomy niebezpieczeństw związanych z rozwojem nauki, zwracając się do środowisk naukowych stwierdził: „należy pragnąć, aby medycyna zdołała wypracować wystarczająco pewną metodę poprawnej moralnie regulacji poczęć, opartej na uwzględnianiu naturalnego rytmu płodności” (Paweł VI, *Humanae vitae*, n. 24). Dzisiaj już wiemy, że nauka w kolejnych latach postanowiła pójść w zgoła przeciwną stronę, zamiast zatrzymać konsumpcyjne tempo, podkręciła je.

Stanowczo odniósł się do tego zagrożenia św. Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae*, podkreślając: „nowe perspektywy otwarte przez postęp nauki i techniki dają początek nowym formom zamachów na godność ludzkiej istoty, jednocześnie zaś kształtuje się

⁴ Świat nieoficjalnie dowiedział się o metodzie *in vitro* w 1961 roku za sprawą włoskiego naukowca prof. Daniela Petrucciego. Pierwsze oficjalne i udane zastosowanie metody *in vitro* miało miejsce w 1977 roku (prof. Robert Edwards), natomiast encyklika „*Humanae Vitae*” została wydana w roku 1968.

i utrwała nowa sytuacja kulturowa (...): znaczna część opinii publicznej usprawiedliwia przestępstwa przeciw życiu w imię prawa do indywidualnej wolności i wychodząc z tej przesłanki domaga się nie tylko ich niekaralności, ale wręcz aprobaty państwa dla nich, aby móc ich dokonywać z całkowitą swobodą, a nawet korzystając z bezpłatnej pomocy służby zdrowia” (Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, n. 4).

Ponad 100 lat temu o. J. Kentenich powołał do życia Ruch Szentszacki, w którym bardzo mocno akcentowane jest samowychowanie. Mówił wtedy, a ówczesne jego słowa z dzisiejszej perspektywy można uznać wręcz za prorocze, że: „w przyszłości nie można pozwolić na to, aby nasza wiedza panowała nad nami. To my musimy panować nad swoją wiedzą. (...) Stopień naszego postępu w naukach musi być stopniem naszego wewnętrznego pogłębienia, duchowego wzrostu” (Kentenich, 1996, s. 16). To niezwykle celna diagnoza obecnej rzeczywistości. Im wyższe poprzeczki stawiamy sobie jako ludzkość w dziedzinie naukowej, tym głębszej refleksji wymaga to, czy wolno nam te poprzeczki przeskakiwać, a jeśli tak, to w imię czego. O. J. Kentenich podkreślał, że samowychowanie człowieka jest nakazem czasu, musimy uczyć się wychowywać nie tylko siebie, ale także swoje talenty, zdolności i umiejętności, gdyż nadejdą czasy, kiedy wszystko ulegnie zachwianiu i nie wystarczą już praktyki religijne, ale pomoże tylko jedno: trzymanie się mocnych i jasnych zasad (tamże, s. 16-18).

Warto w tym miejscu bardzo krótko wspomnieć historię samego *in vitro*. Metodę tę odkryli dwaj naukowcy: pierwszym był Włoch prof. Daniel Petrucci, który po udanej próbie zrezygnował z dalszej eksploracji, uznając ją za wątpliwą etycznie, a drugim był Brytyjczyk prof. Robert Edwards, który w 2010 roku otrzymał nagrodę Nobla za jej wynalezienie. Przykład tych dwóch naukowców pokazuje, jak różnie można podchodzić do poszukiwań naukowych – uwzględniając zasady etyczne lub nie biorąc ich pod uwagę. Pierwszy naukowiec po ostrej reakcji Watykanu wycofał się z badań, trzymając się mocnych i jasnych zasad. Brytyjczyk zaś kontynuował swoje prace. Znamienna jest jego wypowiedź: „osiągnąłem coś, co tylko Bóg potrafi” (za: Bątkiewicz-Brożek, 2015, s. 55).

Wielki postęp technologiczny w dziedzinie medycyny, a zwłaszcza embriologii i genetyki spowodował wejście w świat prenatalny człowieka z niespotykaną dotąd intensywnością i ekspansywnością. Od kilkudziesięciu lat można nie tylko podglądać życie u jego początku, ale także coraz śmielej ingerować w jego powstawanie. Warto w tym miejscu przytoczyć słowa św. Jana Pawła II: „możemy, ale czy nam wolno?”⁵.

Ingerencja w początek ludzkiego życia spowodowała, iż czas prenatalny stał się przestrzenią licznych paradoksów. w polskim prawie można na przykład legalnie usunąć ciążę z wadą letalną w 22-24 tygodniu od poczęcia⁶, a jednocześnie lekarze neonatolodzy

⁵ Jan Paweł II, Homilia wygłoszona 10.06.1979 r. w Krakowie na Błoniach, <https://papiez.wiara.pl/doc/380147.Musicie-byc-mocni>, dostęp 31.08.2019

⁶ Wymagana jest wyłącznie pisemna zgoda kobiety (matki); zgoda ojca nie jest prawnie wymagana.

coraz częściej skutecznie ratują życie skrajnych wcześniaków urodzonych przed 22 tygodniem trwania ciąży. Arbitralne zakańczanie życia prenatalnego często odbywa się obok podejmowanej z determinacją walki o jego utrzymanie, nierzadko w tym samym szpitalu, na tym samym oddziale, w odniesieniu do dzieci, będących w tym samym wieku prenatalnym. Te tak skrajnie różne działania medyczne współlistnieją ze sobą i nie dostrzega się w tym żadnej wewnętrznej sprzeczności. Tymczasem samowychowanie polega na jasnym określeniu się, jaką drogą chcę podążać, także jako lekarz. w trafnych słowach ujął ten dylemat prof. Włodzimierz Fijałkowski (1999) twierdząc, że cywilizacja współczesna stawia przed medycyną konieczność samookreślenia się, czy będzie uczestniczyć w kulturze życia czy kulturze śmierci.

Łatwe do zaobserwowania zjawisko rozszerzania się sieci wielkopowierzchniowych sklepów jest przejawem wzrastającego w społeczeństwie konsumpcjonizmu. Wraz z tym wzrostem pojawiają się działania i oczekiwania w coraz to nowych obszarach, o których do niedawna można było powiedzieć, że powinny być wolne od takich oczekiwań i oddziaływań. Dzisiaj wielu rodziców chce mieć dzieci na zamówienie. Ich zdaniem zamówienie to powinno być realizowane w określonym momencie ich zawodowego życia, a przychodzące w ten sposób na świat dzieci powinny być bez jakichkolwiek wad. z drugiej strony rodzice, którym proponowane są różne wynalezione w ramach medycyny, alternatywne w stosunku do naturalnych, sposoby uzyskania poczęcia i którzy ze względów etycznych świadomie rezygnują z takich sposobów, określani są mianem ludzi zacofanych i niepostępowych. Tymczasem śledząc umieszczane w sieci internetowej świadectwa takich osób, można zauważyć, że na tę swoją trudną, wynikającą z bezdzietności sytuację próbują spoglądać z głębszej perspektywy⁷. O. J. Kentenich, zapraszający do samowychowania opartego na solidnym moralnym fundamencie, zachęcał do prób rozumienia każdej trudnej sytuacji życiowej głębiej, pytając: „co Bóg chce nam przez to powiedzieć?”. Parafrazując nieco te słowa można sformułować je następująco: jak ta sytuacja może się przysłużyć mojemu duchowemu wzrostowi? Człowiek nastawiony wyłącznie konsumpcyjnie raczej nie stawia sobie takiego pytania.

Długofalowe konsekwencje nienaturalnych form zapoczątkowywania ludzkiego życia są trudne do empirycznego określenia z uwagi na stosunkowo niedawne ich wprowadzenie w rzeczywistość. w dalszej części artykułu przedstawione zostaną analizy, które pokazują, że nienaturalny początek życia może stanowić zagrożenie dla samej jednostki, dla rodzicielstwa i rodziny, społeczeństwa i całej ludzkości.

⁷ Przykładem może być świadectwo 4 kobiet, które można znaleźć na stronie:

<https://pl.aleteia.org/2018/01/23/bezplodnosc-jak-z-nia-zyc-nie-tracac-wiary>, dostęp 31.08.2019

2.1. Nienaturalny początek życia – zagrożenia dla jednostki

Św. Jan Paweł II w encyklice *Evangelium Vitae* wskazywał na nieporównywalną wartość osoby ludzkiej; „człowiek inaczej niż zwierzęta i rzeczy nie może podlegać niczyjemu panowaniu” (Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, n.19). Człowiek w aspekcie relacyjnym jest powierzony człowiekowi, a zatem w sposób naturalny potrzebuje więzi. Bezpieczna więź jest fundamentem na całe życie. Klasyczna wiedza psychologiczna na temat przywiązania potwierdza, że istnieje zależność pomiędzy jakością najwcześniejszych doświadczeń z rodzicem a późniejszym funkcjonowaniem dziecka w dorosłości (Bowlby, 2019).

To na podstawie swych pierwotnych doświadczeń dziecko uczy się interpretować i poznawać świat. w przyszłości to właśnie te doświadczenia pomogą dziecku rozumieć siebie i nadawać znaczenie zachowaniu innych ludzi, ukształtują jego myśli i uczucia, które stworzą świat jego wewnętrznych i zewnętrznych przeżyć. o ile psychologia rozwojowa mówi o znaczeniu budowania więzi z dzieckiem w odniesieniu do pierwszych 3 lat życia, o tyle mocno rozwijająca się psychologia prenatalna wyraźnie podkreśla znaczenie więzi od samego poczęcia. Warto w tym miejscu wspomnieć o dokonaniach znanej w środowisku psychologów prenatalnych Ameryki Południowej brazylijskiej psychoterapeutce polskiego pochodzenia – Joannie Wilhelm. Wskazuje ona na istotne znaczenie najbardziej pierwotnych doświadczeń w życiu człowieka, które związane są z okolicznościami jego poczęcia, dla jakości jego postnatalnego życia psychicznego i społecznego. w swojej pracy klinicznej koncentruje się na takich aspektach w dynamice relacji terapeutycznej i specyfice funkcjonowania pacjenta, które wskazują na obecność tzw. *traumy poczęcia* i pomaga tę traumę przepracować⁸.

Więź to bliskość fizyczna, emocjonalna, społeczna i duchowa rodziców z dzieckiem oparta na dojrzałej miłości. Poczęcie dziecka metodą pozaustrojową na samym początku pozbawia je więzi z matką i ojcem. Doświadcza ono egzystencjalnego opuszczenia, sztucznego odizolowania od rodziców, powstaje w oderwaniu od emocjonalnego i fizycznego piękna aktu miłości⁹. Niestety coraz częściej dzieje się tak, że osoby powoływane do życia metodą pozaustrojową powstają fizycznie z materiału genetycznego ludzi, których nigdy w swoim życiu postnatalnym nie poznają, a których historię – w myśl

⁸ Zob. Wilhelm J. (2004). o *Trauma da Concepção* (tłum. trauma poczęcia). Praca kliniczna prezentowana podczas XXV Amerykańskiego Kongresu Łacińskiej Psychoanalizy w Guadalajara we wrześniu 2004 roku. http://www.fepal.org/images/2004ninos/o_trauma_da_concepcao_joanna_wilhelm.pdf, dostęp 10.09.2019)

⁹ Chociaż naturalne poczęcie dziecka dokonuje się po pewnym czasie od aktu miłości, jakim powinno być małżeńskie zjednoczenie, to jest ono fizycznie i emocjonalnie z aktem tym związane.

założeń epigenetyki¹⁰ – poniosą. Niemożność zaspokojenia naturalnej potrzeby poznania swoich korzeni będzie generowała stany psychiczne mogące negatywnie wpływać na ich egzystencję¹¹. Człowiek potrzebuje znajomości swoich korzeni, są one podstawą dobrej bezpiecznej więzi z samym sobą, na której bazuje każda więź z drugim człowiekiem. w sposób przejmujący stan dzieci noszących pierwotne rany w swojej egzystencji przybliży Jean Vanier¹². Píše on, że niektóre dzieci doświadczyły w przeszłości tak głębokich zranień, że ich reakcją na tę sytuację jest zerwanie z przeszłością. Tymczasem nawiązanie z nią kontaktu jest jedyną drogą do przyszłości, do odzyskania nadziei w życiu (Vanier, 2010). Poznanie tej przeszłości przez dzieci poczęte z gamet od dawców z zewnątrz jest prawie niemożliwe.

Propozycję lepszego zrozumienia wspomnianych wyżej problemów oraz pomocy osobom je przeżywającym można znaleźć w koncepcji psychoterapii więzi prenatalnej i perinatalnej Barbary Jakiel, wiedeńskiej psychoterapeutki polskiego pochodzenia. Koncepcja ta szanuje i uwzględnia aspekt duchowy człowieka (Jakel, 2011). Autorka tego podejścia zauważa, że najnowsze badania z obszaru neuronauki umożliwiają głębsze rozumienie wielu postnatalnych zaburzeń. Często mają one swój początek właśnie w okresie prenatalnym i perinatalnym. Tak wczesna trauma może manifestować się przez całe życie człowieka jako wczesny *imprint* (odcisk, zapis) w pamięci utajonej (tzw. pamięć *implicite*). Dlatego konieczne jest uwzględnienie neurobiologii więzi prenatalnej, ale też duchowej natury człowieka, która wychodzi poza fizyczną przestrzeń i czas. To wszystko skłoniło autorkę do postawienia hipotezy, że jakość prenatalnej więzi ma decydujący wpływ na rozwój tożsamości człowieka po urodzeniu oraz dojrzałość budowanych przez niego relacji

¹⁰ Według tradycyjnej teorii dziedziczenia (genetyki) potomstwo dostaje od rodziców „czysty” zestaw genów – bez wpływu czynników środowiskowych dotyczących poprzednie pokolenia, a jedyny wpływ środowiska to ten, na które narażony jest płód poprzez matkę. Jednak nowe badania wykazują, że wpływ otoczenia może sięgać dalej, niż wydawało się to do tej pory. Tym zajmuje się epigenetyka. i tak np. złe warunki życiowe: głód, stres, traumy dotyczące rodziców, a nawet dziadków, mogą przenieść się na dziecko i manifestować w jego życiu, mimo że ciąża przebiegała w odpowiednich dla niego jako płodu warunkach (zob. Lichtenberg Kokoszka, 2014).

¹¹ Przykładem mogą być doświadczenia dzieci urodzonych w nazistowskich *Lebensborn*. Były to kliniki znajdujące się w różnych częściach Niemiec, w których wyselekcjonowane kobiety stanu wolnego (tzw. *zdrowe genetycznie*) były zapładniane przez wyselekcjonowanych mężczyzn (tzw. *czystych rasowo*) i rodziły anonimowo dzieci, które następnie przeznaczane były do adopcji parom nazistowskim. Dzieci miały być zdrowe, jasnowłose i błękitnookie. Dla dzieci, które przyszły na świat w klinikach *Lebensborn* brak świadomości swoich korzeni, brak jakiegokolwiek więzi z biologicznymi rodzicami stanowił traumę, której skutki odczuły przez całe swoje życie. Wiele osób urodzonych w *Lebensborn* nigdy nie poznało historii swojego życia prenatalnego i perinatalnego. Większość przez całe swoje życie postnatalne cierpiała na poważne zaburzenia tożsamości. w latach 1936-1945 w klinikach *Lebensborn* urodziło się prawie 8 tysięcy dzieci (zob. Schmitz-Köster, 1997).

¹² Jean Vanier (1928-2019) – kanadyjski działacz społeczny i filantrop, organizator wspólnot religijnych L'Arche, przypominał o konieczności zagwarantowania osobom z upośledzeniem umysłowym godnych warunków życia i należnego miejsca w społeczeństwie, podkreślając, że chodzi nie tyle o "zajmowanie się" osobami niepełnosprawnymi, co zwyczajne wspólne życie z nimi.

(tamże, s. 93). Aby możliwe było uwolnienie się od tak wczesnej traumy, potrzebne jest dopuszczenie emocji, które są z nią związane i które z niej pochodzą. Takie skumulowane i niewyrażone pierwotne emocje często ciągną się za człowiekiem przez całe życie, manifestując w objawach psychosomatycznych i wpływając na jakość budowanych relacji z innymi ludźmi.

Tymczasem wiele problemów w życiu postnatalnym można byłoby uniknąć, gdyby tylko w doświadczeniu prenatalnym konkretnego człowieka obecne było poczucie obecności kogoś, kto bezwarunkowo kocha; poczucie bycia przyjętym takim, jakim się jest oraz poczucie bycia oczekiwanym z bezwarunkową miłością i radością. i nie chodzi tutaj tylko o odniesienie do przywołanej wcześniej metody zapłodnienia pozaustrojowego, ale do jakości przyjmowania każdego nowego życia. Stosowanie metody *in vitro* jest przykładem pozbawiania człowieka podmiotowości, godności i szacunku, przykładem opuszczenia go u zarania życia.

Abstrahując od samej metody *in vitro*, trzeba w tym miejscu wspomnieć również o relatywnie częstych sytuacjach, kiedy w sposób naturalny poczęte jest dziecko niechciane lub nieoczekiwane; kiedy jego płęć jest niezgodna z oczekiwaniami rodziców; kiedy okazuje się, że już w okresie prenatalnym stwierdzono u niego poważne choroby.

O dobre pierwotne warunki troszczy się rodzina ekologiczna, rodzina otwarta na każde życie. Postawa taka jest prawdziwym wyzwaniem w czasach współczesnych, w których prym wiedzie szeroko pojęta wygoda, bezkrytyczne korzystanie z osiągnięć nauki i techniki, unikanie trudu i wysiłku. Prof. W. Fijałkowski (1999) podkreślał, że „dziecko zawsze pozostaje darem – bywa, że darem nieoczekiwanym” (tamże, s. 147); darem dla rodziców, darem dla rodziny, społeczeństwa i ludzkości. Kiedy zaczyna być traktowane jak „produkt”, przestaje kochać siebie, przestaje akceptować siebie, traci sens istnienia.

2.2. Nienaturalny początek życia – zagrożenia dla rodziny i społeczeństwa

O. J. Kentenich podkreśla i zachęca, aby każdy rodzic był „wychowanym wychowawcą”, aby wychowywał najpierw samego siebie ze względu na dziecko, każdego dnia pielęgnował i wprowadzał w codzienne życie jasne i trwałe zasady. Założyciel Szensztatu porównywał wychowanie do nieustannego rodzenia; aby urodzić dziecko trzeba zaangażować wszystkie wewnętrzne siły (Kentenich, 2018). Zatem bycie ekologicznym rodzicem nie zaczyna się z chwilą urodzenia dziecka, nie zaczyna się nawet z chwilą jego poczęcia, ale dużo wcześniej. To jakim ktoś jest człowiekiem, przekłada się na to, jakim jest rodzicem.

Pomimo znaczącego postępu i rozwoju wiedzy dotyczącej okresu prenatalnego świadomość odpowiedzialnego rodzicielstwa w tym okresie jest mało rozpowszechniona, nawet świadomość samego rodzicielstwa w odniesieniu do okresu prenatalnego jest

niejasna, niejednoznaczna, nie do końca uznana jako fakt. Bardzo często w odniesieniu do rodziców oczekujących narodzenia swojego dziecka używa się określenia „przyszli rodzice”. Prof. W. Fijałkowski (1999) zauważył, że określenie takie „należy do ideologii wrogiej życiu” (tamże, s. 145). Zauważał uporczywą tendencję, obecną również współcześnie, do niedostrzegania realności istnienia dziecka w pierwszej, wewnątrzmacicznej fazie życia, przez co odsuwany jest fakt bycia rodzicem od pierwszych chwil zaistnienia potomka (tamże, s. 144). Proponował on określenie „najmłodszy rodzice”; najmłodszy z uwagi na wiek swego dziecka, jednak propozycja ta nie spotkała się ze zrozumieniem. Podobnie było w przypadku określenia „dziecko prenatalne”, które zaproponował ginekolog, położnik, a także psychiatra dziecięcy prof. Peter Fedor-Freybergh (2014), pragnący w ten sposób zaakcentować podmiotowość człowieka w tym okresie.

Trzeba zaznaczyć także, że ciągle w świadomości społecznej jest zakorzenione postrzeganie dziecka prenatalnego jako mającego niemal wyłącznie matkę. Świadczy o tym na przykład fakt, że tylko podpis matki jest wymagany w dokumentacji jako zgoda na tzw. legalne przerwanie ciąży w przypadku stwierdzenia wad letalnych u płodu¹³. Każde dziecko ma dwoje rodziców. Rodzinę tworzą matka, ojciec i dziecko (dzieci). O. J. Kentenich trafnie ocenił, że grożą nam czasy „zagubionego ojcostwa” (Kentenich, 2018, s. 19).

Nienaturalny początek życia dziecka stanowi poważną ingerencję w integrację rodziny. Może pojawić się problem dotyczący tego, kto jest rodzicem dziecka. Nie zawsze przecież w metodzie *in vitro* wykorzystywane są gamety rodziców zlecających tę metodę. z biologicznego punktu widzenia, przyjmują oni zatem na rozwój i wychowanie nie swoje dziecko. Pojawia się tu wspomniany już problem braku możliwości świadomego sięgania do własnych korzeni. Jednak brak takiej świadomości nie eliminuje wpływu tego zakorzenienia, który zgodnie z założeniami epigenetyki jest znaczący. Warto znowu przytoczyć wspomnianego prof. P. Fedora – Freybergha, który podkreśla, że „życie ludzkie zaczyna się najpóźniej w drugiej generacji przed własnym poczęciem, w domu dziadków, zarówno ze strony matki jak i ojca. w nim przekazywane są nowej jednostce nie tylko uwarunkowania genetyczne i chromosomowe, lecz także najważniejsze zjawiska psychospołeczne, takie jak: poglądy na życie, normy moralne i etyczne, filozofia życia (...)” (tamże, s. 16-17). i dalej kontynuuje: „prenatalna faza życia jest tylko jedną częścią tego kontinuum” (tamże, s. 17).

Nie można tym okresem życia manipulować, projektować go stosownie do własnych potrzeb, dewaluować jego znaczenia. Św. Jan Paweł II w *Evangelium Vitae* przestrzegał: „jeżeli promocja własnego *ja* jest pojmowana w kategoriach absolutnej autonomii, prowadzi nieuchronnie do negacji drugiego człowieka (...) w ten sposób społeczeństwo staje się

¹³ Podstawowym aktem prawnym, który reguluje przerywanie ciąży jest ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19930170078> (16 lipca 2019).

zbiorowością jednostek żyjących obok siebie, ale nie połączonych wzajemnymi więzami” (Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, n. 20).

Poważne deficyty prenatalnych więzi, brak świadomego dostępu do własnych korzeni może generować deficyty tożsamości u jednostki i znacząco wpływać na jakość relacji z innymi ludźmi, i to zarówno w obszarze funkcjonowania rodzinnego jak i szeroko rozumianego funkcjonowania społecznego.

Podsumowanie

Nauka ciągle się rozwija i z coraz większą ekspansywnością wchodzi w nowe obszary ludzkiego życia. w ostatnich kilkudziesięciu latach obszarem silnej eksploracji stał się prenatalny okres życia ludzkiego. Tego procesu nie można zatrzymać ale można (a nawet trzeba) stawiać mu etyczne granice, przewidywać konsekwencje. Nauka potrzebuje wolności, aby mogła przekraczać kolejne granice poznania. Jednak powinna być to wolność właściwie pojmowana; wolność połączona z odpowiedzialnością za przyszłość ludzkości, aby ludzkość z czasem nie stała się „niewolnikiem swoich osiągnięć” (Kentenich, 1996, s. 16).

W obliczu współczesnych tendencji nauki zmierzających do medykalizacji prokreacji, ekologiczne rodziny stanowią swoistą „oddolną” równowagę dla tych tendencji. Są to rodziny, w których pracujący nad sobą małżonkowie, dążący do wewnętrznej integracji, przyjmują nowe życie jako dar i odpowiedzialnie wychowują dojrzałe wewnętrznie dzieci. Te dzieci, będąc świadome swoich pierwotnych korzeni, doświadczając od samego początku szacunku i bezwarunkowej miłości, mają dobre warunki początkowe do tego, aby w przyszłości stać się zintegrowanymi wewnętrznie dorosłymi, odpowiedzialnie pełniącymi różne role zawodowe i społeczne. Przede wszystkim zaś mają szansę zostać zintegrowanymi rodzicami, których Kentenich nazywa „wychowanymi wychowawcami” (Kentenich, 2018, s. 26). Pracujący nad wewnętrzną integracją człowiek – człowiek dojrzały fizycznie, emocjonalnie, społecznie i duchowo – stworzy dojrzałe małżeństwo, dojrzałą rodzinę, dojrzałe zintegrowane społeczeństwo.

Co łączy koncepcje zawarte w nauczaniu Pawła VI, Jana Pawła II, w pedagogice szensztackiej i w wypowiedziach prof. W. Fijałkowskiego? Tworzące te koncepcje osoby – wielcy ludzie, którzy z ogromnym zaangażowaniem dbali o istotę człowieka, o jego najgłębsze korzenie; świadomi, że to zakorzenienie w sposób istotny rzutuje na treść i jakość życia. Warto zatem dbać o współczesną rzeczywistość, aby była *ekologiczna*, gdyż ona będzie stanowiła zakorzenienie dla przyszłych pokoleń.

Bibliografia:

Bątkiewicz–Brożek, J. (2015). Obłęd Edwardsa. *Gość Niedzielny*. 27, 53-55.

<https://www.gosc.pl/doc/2569238.Obled-Edwardsa>, dostęp 15.07.2019)

- Bołoz, W. (2007). Ekologia rodziny w kontekście współczesnego społeczeństwa. *Studia Ecologiae et Bioethicae*, 5, 9-22.
- Bowlby, J. (2019). *Przywiązanie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Fedor-Freybergh, P. (2014). *Dziecko prenatalne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Fijałkowski, W. (1999). *Rodzicielstwo w zgodzie z naturą*, Poznań: Fundacja Głos dla Życia.
- Godawa, G. (2016). Aktualność koncepcji „ekologii rodziny” zawartej w encyklice *Centesimus annus*, (w:) *Polityka społeczna wobec „rzeczy nowych”. 25-lecie encykliki „Centesimus annus” św. Jana Pawła II*, J. Mazur (red.), 329-343, Kraków: Wydawnictwo Naukowe UPJPII.
- Jakel, B. (2011), Prenatalne korzenie przywiązania w psychoterapii, (w:) *Ciąża czy stan błogostawiony?* E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżawski (red.), 93-116, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Jan Paweł II (1998). *Fides et Ratio*. Wrocław: Wydawnictwo TUM.
- Jan Paweł II (1995). *Evangelium Vitae*. Wrocław: Wydawnictwo TUM.
- Kentenich, J. (2018), *Rodzina w służbie życiu*. Otwock: Apostolski Szentszacki Związek Rodzin.
- Kentenich, J. (1996). *Szensztat. Akty Założycielskie*. Warszawa: Szentszacki Instytut Sióstr Maryi.
- Kornas-Biela, D. (2013). *Świadek Prawdy. Włodzimierz Fijałkowski*. Lublin: Wydawnictwo Archidiecezji Lubelskiej Gaudium.
- Kornas-Biela, D. (2000). Ekologia łona ekologią świata. o nowy paradygmat w ekologii, (w:) *Ekologia rodziny ludzkiej*. J.M. Dołęga, J.W. Czartoszewski (red.), 103-105, Olecko: Wydawnictwo Wszechnicy Mazurskiej Acta Universitatis Masuriensis.
- Latawiec, A. (2000). Rodzina ekologiczna – co to jest? (w:) *Ekologia rodziny ludzkiej*. J.M. Dołęga, J.W. Czartoszewski (red.), 43-57, Olecko: Wydawnictwo Wszechnicy Mazurskiej Acta Universitatis Masuriensis.
- Lichtenberg-Kokoszka, E. (2014). Wyjaśnić niewyjaśnione. Próba epigenetycznego spojrzenia na prenatalny okres życia człowieka, (w:) *Prenatalny okres życia człowieka. Zagadnienie interdyscyplinarne*, E. Lichtenberg-Kokoszka; E. Janiuk; P. Kierpal (red.), 25-35, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Paweł VI (1999). *Humanae Vitae*. Wrocław: Wydawnictwo TUM.
- Schmitz-Köster D. (1997). *Deutsche Mutter, bist du bereit? Alltag im Lebensborn*. Berlin: Aufbau Verlag.
- Vanier, J. (2010). *Mężczyzną i kobietą stworzył ich*. Poznań: Wydawnictwo Święty Wojciech.

Dr Magdalena Parzyszek
Instytut Pedagogiki
Katolicki Uniwersytet Lubelski
Jana Pawła II

Życie uroczyste jako cel wychowania

A solemn life as a goal of education

Abstrakt:

Współczesny człowiek w naszej rzeczywistości funkcjonuje w świecie ścierających się nurtów, szczególnie katolickiego i liberalnego. Nurt katolicki związany jest z myślą moralną chrześcijaństwa, bazującą na Ewangelii i Katolickiej Nauce Społecznej, zaś nurt liberalny z przekazem szeroko pojmowanej wolności. Na tym tle zostaną ukazane zagadnienia życia uroczystego, terminu nowego, wprost nie występującego w żadnej dyscyplinie naukowej, a przez Autorkę wprowadzonego do dyskursu pedagogicznego.

Słowa kluczowe: życie uroczyste, cel wychowania, samowychowanie

Abstrakt:

A contemporary man functions on the world of two clashing streams: especially catholic and liberal. The Catholic stream is connected with a Christian moral thought based on the Gospel and Catholic Social Teaching, and the liberal stream is connected with a message of liberty in a broad sense. In the background it is shown issue of solemn life. It is a new term which does not occur in any scientific discipline and is implemented by the Author to the pedagogical discourse.

Key words: solemn life, purpose of education, self-education

Wprowadzenie

Życie, jego początek, przemijanie i koniec łączy się z tajemnicą. Stanowi wręcz misterium, nad którym pochylają się przedstawiciele różnych nauk i wielu dyscyplin. Spowodowane jest to codziennym zmaganiem się „kultury życia z kulturą śmierci” (Jan Paweł II, 2013c, n. 95). rozdźwiękiem między istniejącą rzeczywistością, a wieloma oczekiwaniami.

Praca wychowawcza zmierzająca ku przyjmowaniu postawy pełnej szacunku dla życia ludzkiego rozciąga się na wszystkie podmioty uczestniczące w życiu człowieka, a więc na rodzinę, szkołę, państwo czy Kościół. Ważną rolę odgrywa także prawo stanowione. Pedagogika zatem staje wobec pewnego wyzwania, jakim jest konieczność poznania zmian cywilizacyjnych i ich oddziaływania na proces wychowania.

Życie uroczyste jako jeden z ważnych celów wychowania ujmuje wychowanie jako pewnego rodzaju twórczość. w artykule omówione zostanie rozumienie życia uroczystego, wchodzenie w życie uroczyste oraz problematyka dotycząca życia uroczystego i dnia powszedniego.

1. Proces wychowania jako twórczość

Wychowanie to twórczość o przedmiocie najbardziej osobowym – wychowuje się bowiem zawsze i tylko osobę. Wszystko, co z natury zawiera się w wychowywanym człowieku, stanowi tworzywo dla wychowawców, tworzywo, po które winna sięgać ich miłość. Do całokształtu tego tworzywa należy także to, co daje Bóg w porządku nadnatury, czyli łaski (Wojtyła, 2001, s. 54). Tak więc osoba jest przedmiotowym i podmiotowym celem wychowania (Starnawski, 2005, s. 69-71)

Zdaniem B. Śliwerskiego (2012), wychowanie można rozumieć jako: działanie; intersubiektywny efekt jedności działania – doznawania; spotkania; pielęgnacji i pieczy; jako proces; pomoc (wspieranie, wspomaganie, terapia); jako samorealizację i samowychowanie; czy jako formację duchową.

Pytanie na czym polega wychowanie niejednokrotnie stawiał Jan Paweł II. Szukając na nie odpowiedzi, przedstawił fundament procesu wychowania, które stanowią dwie fundamentalne prawdy: 1) człowiek jest powołany do życia w prawdzie i miłości; 2) każdy urzeczywistnia siebie przez bezinteresowny dar z siebie samego. „Wychowanie jest procesem, w którym wzajemna komunია osób dochodzi do głosu w sposób szczególny. Wychowawca jest osobą, która «rodzi» w znaczeniu duchowym [...]. Wychowanie jest więc przede wszystkim obdarzaniem człowieczeństwem - obdarzaniem dwustronnym” (Jan Paweł II, 2013a, nr 16).

Na podstawie tej wypowiedzi można więc wskazać następujące treści przewodnie:

- 1) Człowiek jest powołany do życia w prawdzie i miłości;
- 2) Urzeczywistnia się przez bezinteresowny dar z siebie;
- 3) Wychowanie jest „obdarzaniem człowieczeństwem”;
- 4) Osiągając dojrzałość psychofizyczną zaczyna <<wychowywać się sam>>

(tamże).

2. Pojęcie *życie uroczyste*

Namysł nad życiem uroczystym trzeba rozpocząć od sposobu rozumienia tego pojęcia. w słownikach, leksykonach czy encyklopediach brak w tym zakresie definicji. Pojawia się ona w pracach Z. Mościckiego¹. w refleksji ks. Z. Mościckiego (1978), życie uroczyste obejmuje to, co wzniosłe, co piękne, co zawiera w sobie radość, i to raczej duchową, bezinteresowność, miłość, oddźwięk na duchowe dziedzictwo wspólnoty rodowej, narodowej, a w szczególności wspólnoty religijnej, na jej zwyczaje, obrzędy i zaangażowanie w wierze, nadziei i miłości (tamże, s. 3).

¹ Ks. Zygmunt Mościcki - (1913-1988). Kapłan diecezji siedleckiej, filozof, prefekt WSD w Siedlcach. w artykule wykorzystano maszynopis nieopublikowanej pracy (Archiwum domowe).

Życie uroczyste, to życie duchowe „pełne wzniosłych dążeń, pragnień i głębszych refleksji, otwarte na najwyższe wartości, na największe wymiary życia w myśleniu i działaniu” (tamże, s. 3). Nie może być ono oderwane od rzeczywistości, od codziennych trosk i spraw, lecz raczej nie gubiące się w codziennych troskach i przewyciężające utylitarne i konsumpcyjne postawy (tamże, s. 4).

Codziennie życie staje się życiem uroczystym „przez wzniosłe przeżycia i dążenia, przez uczestnictwo w wielkich procesach duchowych dokonujących się w świecie, przez ważne i trudne decyzje, wymagające ofiary i męstwa” (tamże, s. 4).

Spółeczeństwa przechodzą proces nieustannych zmian. w świecie pewnych przekształceń, chaosu aksjonormatywnego, ścierają się dwa nurty: nurt katolicki z jasną hierarchią wartości i nurt liberalny wielopostaciowy i zróżnicowany. Nurt katolicki, który "związany jest z myślą moralną chrześcijaństwa reprezentowaną głównie przez Kościół katolicki" (Kiciński, 2005, s. 343). Natomiast przedstawiciele nurtu liberalnego łączą „odrzućanie zinstytucjonalizowanych autorytetów moralnych, rezerwa wobec tradycyjnych dogmatów etycznych (...). a także zwykle przekonanie, że nowe sytuacje (...) wymagają poszukiwania nowych standardów moralnych, gdyż w ich przypadku religijna i etyczna tradycja częściej wiedzie na manowce, niż jest źródłem trafnych rozstrzygnięć" (tamże, s. 344).

Przestrzeń *sacrum* identyfikowana z religijnością, zawiera jednak w sobie szacunek dla wszelkich osiągnięć w dziedzinie cywilizacji i życia duchowego. Szukając tego, co łączy, warto wykorzystać fundament pietyzmu, aby budować życie wykraczające ponad to, co jest tu i teraz, rozbudzać ducha twórczości kulturowej, ducha wierności zadaniom i celom życiowym.

Życie uroczyste ujmowane jest więc bardziej w potencjalnym, niż aktualnym znaczeniu. Jest raczej zadaniem. Warstwa przeżyć i postaw uroczystych jest tu mniejsza, niż sfera pracy i trudu codziennego. Potencjalnie tkwią w człowieku zadatki do osiągnięcia takiego rozwoju duchowego, który pozwala na przeżywanie uroczyste całego życia. Człowiek jest przecież bytem o strukturze materialno-duchowej. Funkcjonując w ciele, łączy się z otaczającym światem. Jest jego częścią. w nim żyje, działa i podlega jego prawom (Parzyszek, 2012, s. 31).

Człowiek to także duch i duchowość. Dusza ludzka jest substancją duchową działającą za pomocą władz, której naturalnymi właściwościami są rozumność i wolność. Rozum i wolność są władzami, w których wyraża się duchowość duszy czyli duchowość człowieka (Wojtyła, 2000, s. 225-227). Aby w sposób uroczysty przeżywać życie, trzeba zharmonizowania i udoskonalenia porządku zarówno osobistego, jak i społecznego, dążenia do takiego stanu rzeczy, w którym ludzie dojrzały duchowo mogliby w harmonii żyć, cieszyć się i radować życiem w dojrzałej miłości.

3. Osiąganie stanu życia uroczystego

Wchodzenie w życie uroczyste wymaga pracy nad sobą. Proces ten nie odbywa się w próżni, lecz jest stymulowany przez środowisko, w którym człowiek żyje, wzrasta, przebywa.

Samowychowanie rozumiane jako samodzielne kształcenie sfery emocjonalno-wolitywnej ściśle łączy się z samokształceniem czyli samodzielnym kształtowaniem poznawczej, intelektualnej sfery osobowości. Dotyczy to nie tylko przyswajania wiedzy, ale też doskonalenia zdolności poznawczych, nabywania umiejętności umysłowych i praktycznych wynikających z przyswajanej wiedzy.

W procesie formacji samowychowanie jest niezwykle istotne. Głównym jego celem jest ukształtowanie prawego sumienia. Dokonuje się ono dzięki samodzielnej pracy nad sobą.

W. Chudy (2009) wskazuje tu na cztery drogi.

Pierwsza droga - *ad extra*, związana jest z dystansowaniem się od subiektywnego i emocjonalnego patrzenia na obiektywną rzeczywistość. Sprowadza się ona do kształtowania postawy otwartości względem obiektywnie istniejącej rzeczywistości.

Droga druga - *ad intra* - zakłada krytyczną postawę względem własnych przekonań.

Droga trzecia - *ad alia* - związana jest z takim wsłuchaniem się w głos otoczenia, które umożliwi ustrzeżenie się przed błędami poczynionymi pod wpływem innych ludzi.

Ostatnia droga czwarta - *ad educationem* - ściśle związana jest z nauczaniem. Każdy bowiem człowiek powinien podejmować pracę wychowawczą i samowychowawczą mającą na celu rozpoznanie realnego dobra i zła własnych poczynań (tamże, s. 99-100).

Celem tak pojętej formacji jest także nabycie umiejętności rozróżniania pomiędzy dobrem i złem. To "sumienie formułuje obowiązek moralny w świetle prawa naturalnego: jest to obowiązek czynienia tego, co człowiek poprzez akt sumienia poznaje jako dobro powierzone mu tu i teraz" (Jan Paweł II, 2013b, nr 59).

Nie wystarczy jednak wiedzieć, co jest dobre, ale poznane dobro trzeba potwierdzać czynami. Jednakże człowiek wybiera dobro wtedy, gdy jest wolny. Dlatego dla formacji sumienia decydujące znaczenie ma "odkrycie konstruktywnej więzi łączącej wolność z prawdą. (...). Oderwanie wolności od obiektywnej prawdy umożliwia oparcie praw człowieka na solidnej bazie racjonalnej i stwarza sytuację, w której w społeczeństwie może zapanować anarchiczna samowola jednostek albo zabójczy totalitaryzm władzy" (Jan Paweł II, 2013c, nr 96). Człowiek, który tak nauczy się przeżywać własną wolność, będzie zawsze opowiadał się za poszanowaniem życia.

Wysiłek formacji sumienia określa Jan Paweł II jako "stały proces osobistego dojrzewania i upodobnienia się do Chrystusa, zgodnie z wolą Ojca, pod kierunkiem Ducha Świętego" (Jan Paweł II, 2017, nr 57). i tu jest widoczny wymiar nadprzyrodzony.

Osobiste dojrzewanie wymaga:

- konfrontacji z biblijnym Objawieniem prawa moralnego, autorytatywnie interpretowanym przez Urząd Nauczycielski Kościoła;
- Bożej łaski, która udzielana jest człowiekowi na drodze życia sakramentalnego. Sakramenty bowiem "są skutecznymi znakami obecności i zbawczego działania Chrystusa Pana w chrześcijańskim życiu: dają ludziom udział w Boskim życiu, zapewniają im potrzebną duchową energię, aby mogli urzeczywistniać pełny i prawdziwy sens życia, cierpienia i śmierci (Jan Paweł II, 2013c, nr 84);
- wpatrywania się w osobowe wzory postępowania (Jan Paweł II, 2013b, nr 120);
- modlitwy.

Tak podejmowana praca nad sobą ma na celu pogłębienie wewnętrzne, „a w szczególności takie przekształcenie i uduchowienie postaw, które by nadawało naszemu życiu pewien specyficzny wymiar godności, wdzięku, harmonii, jak też zdolność promieniowania dobrocią, mądrością, prostotą, swobodą ducha i radością” (Mościcki, 1978, s. 6). Chodzi tu o kształtowanie postaw w kierunku ich pogłębiania i uduchowiania.

W tym zadaniu Z. Mościcki wyróżnia następujące elementy:

- 1) poszerzenie horyzontu umysłowego;
- 2) pogłębianie i uwznioślanie uczuć;
- 3) wchodzenie w pozytywny rezonans duchowy z ludźmi i z otaczającym światem;
- 4) odnajdywanie swego głębokiego „ja”;
- 5) angażowanie woli w określone ćwiczenia i zadania (tamże).

Podjmując się krótkiej refleksji związanej z powyższymi zagadnieniami należy zauważyć, że poszerzenie horyzontu umysłowego związane jest z wiedzą naukową. Jednak ona nie daje pełnego obrazu świata, ani pełnego horyzontu myśli. Obraz świata jest zawsze fragmentaryczny. Człowiek więcej przeżywa i doświadcza w codziennym życiu, niż poznaje na drodze naukowej, więcej doznaje wrażeń, niż sobie uświadamia, uczestniczy w przeróżnych procesach życia społecznego, kulturowego, duchowego, z których nie zawsze zdaje sobie sprawę, ale które, przynajmniej w pewnym stopniu, zależą także od niego samego i jego zaangażowania.

W takim rozumowaniu chodzi o to, aby lepiej uświadamiać sobie te procesy, poszerzać horyzonty patrzenia i współpracować z tymi tendencjami, które prowadzą do tworzenia lepszego świata, ku wzbogaceniu duchowemu i pomnażaniu szczęścia (Mościcki, 1978, s. 7).

Poszerzenie umysłu nie tylko o wiedzę naukową, ale także o wiarę pozwala się wznieść ponad sprzeczne interesy i dążenia jednostek i narodów. Jest koniecznym

warunkiem osiągnięcia pokoju na świecie i jednocześnie osobistego wyzwolenia się z przesądów oraz wejścia na drogę „uroczystego przeżywania życia”.

W celu osiągnięcia dojrzałej postawy umysłowej koniecznym jest wypracowanie szerokiej harmonii syntezy światopoglądowej, która pomoże rozwiązać wszelkie antynomie życiowe, uwzględniać różne, o ile tylko zawierają słuszne aspekty i elementy prawd. Dzięki niej także można znaleźć „bazę orientacyjną” dla życia osobistego i społecznego, ale także kryteria odniesienia w codziennych dążeniach i ocenach. Te kryteria odniesienia, stanowią podstawę włączenia umysłu człowieka w przeżycia uroczyste „w których zaznacza się tchnienie wzniosłości, pokoju i radości z posiadania lub uczestniczenia w Prawdzie” (tamże, s. 8).

Tego rodzaju spojrzenie na tajemnicę życia i procesów społeczno-duchowych, wykraczające poza zakres nauki i codziennego doświadczenia, wprowadza w pewne misterium i wywołuje nastrój uroczysty. „Jest ono wizją odświętną, która nas olśniewa, upaja i zaspokaja najgłębsze potrzeby umysłowo-duchowe, daje poczucie sensu istnienia świata, wartości religii i życia naszego, wpleczonego w wielkie procesy stawania się, doskonalenia i przebóstwienia” (tamże).

Taka uroczysta wizja dziejów świata i człowieka nie umniejsza znaczenia konkretnych wysiłków codziennych na drodze szukania prawdy, postępu naukowego i technicznego, jak też społeczno-kulturowego. „Przynosi natchnienie i nadzieje na możliwości dalszych zwycięstw i osiągnięć, umacnia duchowo, przepelnia miłością prawdy i dobra, daje większe szanse wytrwania w dłuższych i trudnych okresach niepowodzeń, klęsk i frustracji, dzięki wytrwałej wierze w ostateczną sensowność wszelkich dążeń, wysiłków i prób” (tamże).

Wraz z poszerzeniem horyzontu umysłowego, dokonuje się przeobrażenie postaw emocjonalnych. Lęk egzystencjalny „działa hamująco na rozwój osobowości, w skrajnych wypadkach doprowadza do skarlłowacenia człowieka. (...). Lęk bowiem zmusza człowieka do skulenia się (...). Człowiek myśli tylko o tym, by nie zostać zniszczony przez wrogie otoczenie. Jego stosunek do świata staje się drapieżny” (Kępiński, 2002, s. 305).

W aktach wiary i miłości człowiek przeżywa w sposób uroczysty najważniejsze lub najtrudniejsze chwile życia. z chaosu i bezsensu wydobywa sens i odnajduje drogę do harmonii świata, zdobywa się na miłość ofiarną. w każdym trudzie odnajduje radość i wchodzi w nastrój uroczysty.

Miłość podniesiona i skierowana na najwyższe wartości staje się miłością świata, która nadaje właściwy porządek i ukierunkowuje na inne dążenia. w tej miłości przemienia się i dojrzewa psychika człowieka. Inne uczucia, takie jak gniew, zawiść, nienawiść czy smutek podlegają sublimacji przez ukierunkowanie na wyższe wartości, niecodzienne i nienaruszalne (Mościcki, 1978, s. 10).

Przez uwznioślenie uczuć człowiek wchodzi w szczególną relację z otaczającym go światem. Domaga się ona zaangażowania emocjonalnego, osobistego i egzystencjalnego, mającego na celu wychowanie nowego człowieka, bardziej uduchowionego, zdolnego do poświęcenia i ofiary. Im bardziej będzie się człowiek pozbywał postawy egocentrycznej, tym bardziej będzie zdobywał wewnętrzną moc i harmonię (tamże, s. 12).

W pozytywnych relacjach ze światem, człowiek doświadcza wyzwolenia. Zewnętrzne zajęcia, troski, inne oddziaływania nie pozwalały na spotkanie z własną głębią. Docierając do niej człowiek odnajduje swój własny wzorzec, swoje własne powołanie. Dojrzewa do podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących życiowych zadań, ich akceptacji i ich realizacji. Wówczas postawy człowieka stają się wolne i uduchowione, uporządkowane, uroczyste (tamże, s. 13).

Dzięki takim postawom człowiek daje świadectwo wartościom, które wciela w życie. Ta przekształcająca moc duchowa nie jest zasługą jedynie samego człowieka. To jest moc Łaski, której człowiek powinien się poddać, otworzyć się na Jej działanie. Dopiero poprzez współpracę z Łaską człowiek osiąga prawość działania, która wyraża się nie tylko w prawidłowym zaspokajaniu potrzeb fizycznych, psychicznych, społecznych, ale też w procesach przeobrażania i uduchowiania świata. To odniesienie obiektywne chroni człowieka przed subiektywizmem.

4. Przeżywanie momentów uroczystych dnia powszedniego

Człowiek współczesny funkcjonujący w ciągłym pośpiechu, nastawiony na wrażenia i emocje, zaczyna tracić dystans życiowy, który umożliwia samokontrolę i planowanie własnej aktywności. To pewnego rodzaju zagubienie odbija się na jego życiu psychicznym i duchowym, które domaga się odprężenia, wyciszenia, skupienia. Dla zdrowia fizycznego, psychicznego, moralnego czy duchowego potrzebne jest przeżywanie każdego dnia momentów podniosłych, odrywających od codzienności, przywracających równowagę.

Z. Mościcki (1978) w swoich rozważaniach na temat życia uroczystego wskazuje na następujące elementy uroczystego życia codziennego:

- 1) pozytywne nastawienie wewnętrzne ku wszystkim ludziom, otwartość umysłu na prawdę, gotowość służenia;
- 2) postawa czujnego dystansu i poczucie godności własnej osoby, połączona z momentami skupienia;
- 3) codzienna medytacja, rozumiana jako psychiczne odprężenie oraz czynnik warunkujący dojrzewanie osobowe człowieka;
- 4) konkretyzacja i twórcze zaangażowanie przez czyny;
- 5) wcielanie wartości duchowych w życie, pragnienie wyzwolenia siebie i świata ze zła, przezwyciężania egoistycznych postaw;

- 6) dla chrześcijanina, najważniejszym momentem dnia powinno być spotkanie z Chrystusem na płaszczyźnie życia osobistego i na płaszczyźnie życia kościelno-liturgicznego (tamże, s. 119-149).

Podsumowanie

Wychowanie powinno odwoływać się do tego, co jest wspólne między wychowawcą a wychowankiem, do tego co ich łączy, co pozwala współpracować. Polega ono na tym, aby nieświadomą swych celów i zadań jednostkę ludzką czyli indywiduum, przetworzyć w samodzielną osobowość, umiejącą sprawnie władać w pełni świadomości wszystkimi swymi uzdolnieniami (Woroniecki, 1986, s. 384).

Dokonujące się przemiany sprawiły, że obowiązujące normy zostały zdeformowane przez różne wartości, a społeczną kontrolę zachowania zastąpiono przyzwoleniem na dowolność postępowania. w związku z tym konieczne staje się dzisiaj podjęcie na nowo rozważań dotyczących wychowania i jego celów, a także podjęcie refleksji nad postawą wychowawcy otwartego na to, co odwieczne, mądre, tradycyjne, piękne i prawdziwe (Rynio, 2017, s. 32-33).

Z powyższych rozważań można wysunąć wnioski, że na życie uroczyste warto spojrzeć jako na pewnego rodzaju proces, który wymaga nieustannych, trudnych zabiegów pielęgnacyjnych. Obecny czas nie jest „łaskawy” ani dla wychowawców-rodziców, ani dla wychowawców-nauczycieli, ani dla samych wychowanków. Współczesna ideologia postmodernistyczna mieszająca idee, poglądy i stanowiska, lansuje nieskrępowaną niczym „wolność”, czy postawy utylitarystyczne. Stwarza ona obszar do kwestionowania tradycyjnych idei pedagogicznych i systemu edukacyjnego opartego na wartościach.

Stąd też w gąszczu różnych koncepcji wychowawczych warto dostrzec wartość życia uroczystego jako jednego z ważnych celów wychowania.

Bibliografia:

- Chudy, W. (2009). *Pedagogia godności. Elementy etyki pedagogicznej*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Jan Paweł II (2013a). *List do Rodzin*, Częstochowa: Edycja Świętego Pawła.
- Jan Paweł II (2013b). *Veritatis splendor*, Kraków: Rafael.
- Jan Paweł II (2013c). *Evangelium Vitae*, Kraków: Rafael.
- Jan Paweł II (2017). *Christifideles laici*, Wrocław: Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej TUM.
- Kępiński, A. (2002). *Lęk*, Kraków: Wydawnictwo Literackie.

- Kiciński, K. (2005). Świadomość moralna Polaków - główne tendencje, (w): *Kręgi integracji i rodzaje tożsamości. Polska. Europa. Świat*, W. Wesołowski, J. Włodarek (red.), 341-358. Warszawa: Scholar.
- Mościcki, Z. (1978). *Życie uroczyste*, Siedlce.
- Parzyszek, M. (2012). *Rodzina w nauczaniu kardynała Stefana Wyszyńskiego. Aspekt pedagogiczny*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Rynio, A. (2017). Wzory osobowe a budowanie autorytetu nauczyciela i wychowawcy, (w): *Sprawności moralne a przestrzenie edukacyjne*, I. Jazukiewicz, E. Rojewska (red.), 15-44, Szczecin: Wydawnictwo naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Starnawski, W., (2005), *Prawda podstawą wspólnoty. Wychowawcza rola prawdy według Karola Wojtyły*, Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Śliwerski, B. (2012). *Pedagogika ogólna. Podstawowe prawidłowości*, Kraków: Wydawnictwo „Impuls”.
- Wojtyła, K. (2000). *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Wojtyła, K. (2001). *Miłość i odpowiedzialność*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Woroniecki, J. (1986). *Katolicka etyka wychowawcza*, t. 1, Lublin: Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Dr Ewa Rojewska
Instytut Pedagogiki
Uniwersytetu Szczecińskiego

Odpowiedzialność w kontekście wychowania seksualnego i integracji seksualnej młodzieży

Responsibility within the context of sexual education and sexual integration of the youth

Abstrakt:

Artykuł stanowi pedagogiczne refleksje dotyczące kategorii odpowiedzialności w perspektywie wychowania seksualnego i integracji seksualnej młodzieży. w pierwszej części tekstu mowa jest o odpowiedzialności oraz jej znaczeniu najpierw w wychowaniu seksualnym, potem w strukturze integracji seksualnej. Druga część artykułu poświęcona jest analizie i interpretacji wyników badań dotyczących odpowiedzialności. Dotyczą one wypowiedzi rodziców w kontekście prowadzonego procesu wychowania seksualnego oraz wypowiedzi młodzieży na temat odpowiedzialności w kontekście ich seksualności. Artykuł wieńczy wnioski pedagogiczne płynące z przeprowadzonych analiz.

Słowa kluczowe: integracja seksualna, młodzież, odpowiedzialność, seksualność, wychowanie seksualne

Abstract:

The article constitutes a pedagogical reflection on the category of responsibility within the perspective of sexual education and sexual integration of the youth. The first part of the article discusses responsibility and its significance first in sexual education and then in the structure of sexual integration. The second part of the article is devoted to an analysis and interpretation of results of research into responsibility. The research concerns statements made by parents within the context of the ongoing process of sexual education, as well as statements of the youth concerning responsibility within the context of their sexuality. The article ends with pedagogical conclusions resulting from the completed analysis.

Key words: responsibility, sexual education, sexual integration, sexuality, youth

Wprowadzenie

Współczesna młodzież dorasta w okolicznościach zgoła innych niż pokolenie jej rodziców. Społeczno-kulturowa przestrzeń życia adolescentów nacechowana jest wieloznacznością, niepewnością, różnorodnością. Jak wskazuje A. Cybal-Michalska (2006), „współczesność to heterogeniczność, nieokreśloność, przypadkowość i chaos” (tamże, s. 7).

W obszarze tych transformacji swoje istotne miejsce znajdują zmiany związane z ludzką seksualnością, również te związane z kulturą popularną w tym kontekście (Melosik, 2012, s. 46-48). W. Furmanek (2016) jako jedno z współczesnych zagrożeń świata wartości wymienia banalizację miłości i seksualności człowieka (tamże, s. 147-149).

Seksualność będąca jednym z komponentów ludzkiej osoby związana jest z biologicznym i fizjologicznym wymiarem jej funkcjonowania, ale także z kulturą – obecnymi w niej normami i wartościami. Jak wskazuje Z. Izdebski (2012) „seksualność modyfikuje się wraz ze zmieniającą się cywilizacją i jej wytworami” (tamże, s. 31). Podatność seksualności na oddziaływanie czynników zewnętrznych oraz fakt dokonujących się wielu i w znacznym tempie zmian cywilizacyjnych przynaglają do pedagogicznej uważności w zakresach integracji seksualnej młodzieży oraz jej wychowania seksualnego.

Wraz z dokonującymi się przeobrażeniami rzeczywistości społeczno-kulturowej, zmienia się rodzina. Badacze zgodni są co do tego, że nastąpiło przejście od modelu rodziny patriarchalnej do modelu, którego charakterystycznymi rysami są indywidualizacja i równouprawnienie (Kwak, 2005, s. 50-60; Ostruch-Kamińska, 2005, s. 5-17; Segiet, 2015, s. 42)¹.

Wychowanie w Polsce pozostaje pod wpływem modelu skandynawskiego, który ukierunkowany jest na partnerstwo pomiędzy rodzicami a dziećmi. Oprócz korzyści płynących z takiego kształtowania relacji wewnątrzrodzinnych, model skandynawski sprzyja postawianiu niepokojących zjawisk w obszarze życia rodzinnego, takich jak osłabienie rangi wychowania czy więzi rodzinnych. W tym duchu wychowanie, w którym system norm i wartości jest jednoznacznie określony, traci na znaczeniu (za: Segiet, 2015, s. 42). Współczesna rodzina funkcjonuje więc w okolicznościach niejednoznaczności aksjologicznej czy wręcz anomii wartości (Furmanek, 2016, s. 140), a otaczająca ją postmodernistyczna rzeczywistość społeczna wydaje się być niesprzyjającą tworzeniu trwałych i głębokich relacji osobowych, które są istotnym elementem kształtowania się integracji seksualnej młodzieży, i jej wychowaniu seksualnemu².

Dynamiczne zmiany społeczne, polityczne, gospodarcze czy wreszcie kulturowe, składają się na skomplikowaną przestrzeń osobowego rozwoju człowieka. Zmiany te sięgają najgłębszych wymiarów życia człowieka, takich jak relacje rodzinne czy intymne. A. Giddens (2004) napisał: „tradycyjne reguły i wskazówki, które rządziły związkami osobistymi, przestały obowiązywać, a jednostki stają dziś wobec konieczności wyboru spośród nieskończonej liczby możliwości tworzenia, poprawy, naprawy i rozwiązywania swoich stosunków z innymi” (tamże, s. 194).

Odpowiedzialność nie wydaje się być we współczesnej ponowoczesnej rzeczywistości wartością „głównego nurtu”. Przeciwnie, ponieważ związana jest ze wspólnotowością czy poświęceniem, raczej pozostaje z boku, jeśli nie w poprzek, dominującej kultury tymczasowości i indywidualizacji. Niemniej, obecność

¹ O ile panuje zgodność w kwestii tego, jakie zmiany dokonały się w zakresie życia rodzinnego, o tyle zauważa się istotne różnice w ich interpretacji. Interesujące w tym kontekście są również refleksje nt. demokratyzacji relacji rodzinnych.

² Wnikliwej analizy źródeł kryzysu wychowania w kontekście aksjologicznym dokonuje Adolf Ernest Szołtysek (2009, s. 216-225).

odpowiedzialności w życiu pojedynczych osób i całych rodzin, ma istotne znaczenie. Odnosi się ono do realizacji osobowej natury człowieka i do budowania w pełni osobowych relacji międzyludzkich. Te zaś są niezwykle istotne w kontekście integracji seksualnej młodzieży i wychowania seksualnego.

I. Teoretyczne podstawy badań

1. Odpowiedzialność w optyce wychowania seksualnego

Odpowiedzialność ma swoje źródło w wolności osoby. Jeśli odrzuci się założenie o wolności człowieka, bezzasadne jest mówienie o jego odpowiedzialności. Fakt osobowej odpowiedzialności wywiedziony jest więc z wolności człowieka. Zdaniem M. Nowaka (1999b, „wolność wyraża się w odpowiedzialności wpisanej w możliwość i w siłę decyzji człowieka, a ostatecznie przejawia się ona w odpowiednim posłuszeństwie wobec istoty mojej egzystencji. Wolność zatem jest to decyzja woli, będąca odpowiedzią wychodzącą z istoty istnienia osobowego na pojawiające się wyzwania i zawołania, a wyraża się ona w odpowiedzialności” (tamże, s. 159).

Odpowiedzialność jest więc swoistą *odpowiedzią*, udzielaną w wolności przez człowieka, na to, czego doświadcza. Odpowiedź ta powinna być adekwatna do rozpoznanej wartości – inna w stosunku do rzeczy, osoby itd. Odpowiedzialność związana jest więc ze świadomością wymagań, które stoją przed człowiekiem, ze świadomością, że należy tak, a nie inaczej postąpić. „Przejmować odpowiedzialność oznacza zatem: odpowiadać na wymagania tego, co powinno być” (tamże, s. 161-162). Aby jednak odpowiedź człowieka na rozpoznaną wartość była adekwatna, konieczne oprócz wolności jest zaangażowanie rozumu. Wolność i rozumność są więc konieczne dla zaistnienia świadomości odpowiedzialności i podejmowania tej ostatniej (tamże, s. 162).

Ze względu na dialogiczną postawę osoby, można wyróżnić trzy rodzaje odpowiedzialności: przed samym sobą (autoodpowiedzialność), wobec społeczności (odpowiedzialność społeczną) oraz wobec Boga (odpowiedzialność religijną). Fundamentalna jest autoodpowiedzialność – najpełniej wyrażająca wolność człowieka (Nowak, 1999b).

Zdaniem Z. Marka (2016), dojrzałość moralna utożsamiana jest ze zdolnością bycia odpowiedzialnym – za siebie i za inne osoby, w wymiarach intelektualnym, emocjonalnym i moralnym. Zdolność ta powiązana jest z bezinteresownością człowieka, ta zaś objawia się w kompetencji podejmowania decyzji zgodnych z obowiązującymi normami moralnymi (tamże, s. 50). Kompetencje te powinny uwidaczniać się również w relacjach wychowawczych. Wychowawca jest odpowiedzialny za wychowanka, ale również za charakter i jakość relacji wychowawczej (Kiereś, 2015, s. 175). Objawiają się one w sposobie

komunikacji, atmosferze domu rodzinnego, stylach wychowania i rodzicielskich, nastawieniu emocjonalnym rodziców do dziecka (i wielu innych)³. Jakość każdego z tych obszarów życia rodzinnego bierze swój początek od rodziców. Dzieci obserwują ich w tym wszystkim i odpowiadają wedle tego, co zaobserwowały. w tym kontekście można jednoznacznie stwierdzić, że za jakość relacji wychowawczej odpowiedzialność ponoszą rodzice (tamże).

M. Nowak (1999b) twierdzi, że bycie wychowawcą łączy się z *odpowiedzialnością drogi* i za drogę. Zatem wychowawca nie jest odpowiedzialny za wychowanka jedynie w wąskim sensie, gdzie odpowiada za realizację właściwych, przypisanych jego roli, zadań. Jego odpowiedzialność polega również na tym, aby wytyczać drogę rozwoju, realizacji pełni człowieczeństwa wychowankowi i pomocnie towarzyszyć mu w wyborze i realizacji tej drogi. Pedagog ujmuje to słowami: „a zatem jeśli pedagogiczna odpowiedzialność jest odpowiedzialnością za stawanie się i w stawaniu się jest odpowiedzialnością za pewną drogę, to może być ona jedynie wtedy odpowiedzialnością żywotną, gdy człowiek, a zwłaszcza stający się człowiek, oznacza dla niej więcej niż tylko przedmiot odpowiedzialności” (tamże, s. 163).

Zdaniem E. Lichtensteina przestrzeń życia i działania wychowawczego oraz pedagogiczna odpowiedzialność są z sobą nierozzerwalnie związane. Wskazuje on na trzy rodzaje odpowiedzialności: za teraźniejszość, przeszłość i przyszłość młodzieży. Odpowiedzialność ta dotyczy przestrzeni życia (w kontekście historycznym) oraz przestrzeni prawa człowieka do rozwoju (za: Nowak, 1999b, s. 155-156). Można zauważyć w tym miejscu, że w podejmowaniu odpowiedzialności wychowawczej zachodzi pewne napięcie. Odpowiedzialny wychowawca powinien działać uwzględniając całość życiowej drogi wychowanka, a więc myśleć i działać perspektywicznie. z drugiej jednak strony, konieczne jest wnikanie w aktualną sytuację, odczucia, problemy i zadania wychowanka, w perspektywie jego teraźniejszości. „Owa odpowiedzialność przejawia się więc w specyficznym napięciu powstającym przy wnikaniu w świat młodego człowieka i jednoczesnym dystansowaniu się od niego” (tamże, s. 156).

Nie ulega wątpliwości, że seksualność dzieci i młodzieży jest jednym z obszarów oddziaływań wychowawczych i wychowawczej odpowiedzialności rodziców. Fakt ten wynika z wewnętrznej integralności człowieka. w obrębie pedagogiki integralnej (a jak można mniemać i wychowania integralnego), człowiek jest istotą niepodzielną, nierozdartą na osobne części (Górska, 2008, s. 28). Nawet jeśli działania rodziców nie są podejmowane z intencją wychowania *explicite* seksualnego, to nigdy nie pozostają one bez wpływu na kształtowanie się seksualności dziecka. Rodzice ponoszą zatem odpowiedzialność za sposób

³ Szerokim pojęciem obejmującym wskazane zjawiska jest klimat rodzinny. Określa on „charakter relacji wewnątrzrodzinnych, czyli specyficzne, emocjonalnie zabarwione ustosunkowania każdego z członków rodziny do pozostałych jej członków, oraz specyficzne, stabilne wzorce interakcji w rodzinie” (Kirwil, 1993, s. 140).

kreowania życia domowego, jakość wzajemnych relacji, sposób komunikowania się z sobą, afirmację dziecka. Wszystkie te kwestie pozostają w związku z wychowaniem seksualnym.

W tym szerokim rozumieniu rodzicielskiej odpowiedzialności za proces wychowania seksualnego można pójść jeszcze o krok dalej. H. Arendt stoi na stanowisku, że „do działalności wychowawczej nie powinien przystępować ten, kto nie przyjmuje odpowiedzialności za otaczający świat” (za: Górska, 2008, s. 288). w perspektywie wychowania seksualnego, dla którego istotny jest kontekst społeczno-kulturowy życia dzieci i młodzieży, ma to istotne znaczenie. Rodzice powinni zatem aktywnie kreować tę społeczno-kulturową rzeczywistość w taki sposób, aby sprzyjała ona rozwijaniu integracji seksualnej, była konstruktywnym, a nie destruktywnym środowiskiem rozwoju dzieci i młodzieży. Tak rozumiana idea odpowiedzialności wymaga od rodziców postaw refleksyjności, świadomości oraz motywacji do społecznej aktywności.

Klamrą spinającą rozważania dotyczące odpowiedzialności w wychowaniu seksualnym i integracji seksualnej jest swoiste rozumienie procesu wychowania. w optyce personalistycznej wychowanie jest działalnością, której celem jest niesienie koniecznej pomocy osobie w urzeczywistnianiu swojego człowieczeństwa (Nowak, 1999b, s. 156)⁴. Elementem zaś człowieczeństwa jest seksualność. Ona również, jako integralny wymiar osoby, wymaga pomocy w urzeczywistnieniu jej natury. Wychowanie seksualne powinno więc stanowić pomoc w osiągnięciu integracji seksualnej przez wychowanków. Adekwatną odpowiedzią rodziców w tym kontekście będzie uznanie integralnej wizji seksualności dziecka i pomoc w jej aktualizacji. Pomoc ta zaś realizuje się poprzez wiele różnorodnych sytuacji życia codziennego rodziny, jak już zostało powyżej zaznaczone.

W kwestii wychowania seksualnego odpowiedzialność ujawnia się dwójnasób. z jednej strony związana jest z odpowiedzialnością osób wychowujących za ten proces, o czym była mowa powyżej. z drugiej zaś strony, wychowanie to powinno zmierzać do tego, aby wychowankowie przyjęli odpowiedzialność za rozwój integracji seksualnej jako swoją własną, osobistą. w tym sensie można powiedzieć, że wychowanie seksualne powinno zmierzać do samowychowania seksualnego, w którym odpowiedzialność, we wszystkich jej wymiarach, stanowi jedną z osiowych kategorii.

2. Odpowiedzialność w optyce integracji seksualnej

Przez pojęcie integracji seksualnej rozumie się wynik procesu harmonizowania wszystkich wymiarów życia osoby związanych z seksualnością. Fundamentem tak rozumianej integracji seksualnej jest uznanie wielowymiarowej, złożonej natury seksualności

⁴ Zdaniem Bożeny Bassy (2013), syntezą pedagogicznych zadań rodziców jest wychowanie do odpowiedzialnej miłości ojcowskiej i macierzyńskiej, umożliwienie dzieciom w pełni ludzkiego życia. Istotna jest tu pomoc rodziców w połączeniu przez młodzież płciowości z miłością i odpowiedzialnością za siebie, drugą osobę i nowe życie (tamże, s. 129-130).

powiązanej z całym życiem człowieka. Integralna wizja seksualności polega na uznaniu, że seksualność stanowi jeden z wymiarów życia osoby i jako taka nie stanowi wartości autonomicznej. Integracja seksualna jest wynikiem prowadzenia świadomego procesu samowychowania zmierzającego do scalenia wszystkich wymiarów osobowości człowieka związanych z seksualnością według właściwej im hierarchii. Integracja seksualna przejawia się w uwzględnianiu w działaniu wszystkich wymiarów seksualności: biologicznego, psychicznego, emocjonalnego, społecznego oraz moralnego. Na integrację seksualną składają się: posiadanie pozytywnej i integralnej wizji seksualności człowieka, akceptacja tożsamości płciowej i związanych z nią ról, dojrzałość biologiczna, dojrzałość emocjonalnego wymiaru seksualności, jej psychizacja oraz humanizacja⁵.

Dla rozważań na temat odpowiedzialności w kontekście integracji seksualnej kluczowe wydaje się twierdzenie, że stanowi ona wynik procesu samowychowania. Zdaniem A. Sowińskiego (2006) samowychowanie to „zespół mniej lub bardziej zintegrowanych czynności (zarówno zewnętrznych jak i wewnętrznych), które wychowanek podejmuje w stosunku do samego siebie i to w sposób autonomiczny, z zamiarem udoskonalenia czegoś w sobie (intencja osobotwórcza), ale tak, aby po ich spełnieniu mógł także stać się lepszy niż był dotychczas pod względem moralnym (antycypacja skutków z punktu widzenia indywidualnej orientacji moralnej podmiotu)” (tamże, s. 31). Jak wskazuje autor tej definicji, właściwymi cechami samowychowania są świadomość oraz samodzielność (tamże, s. 31-32). Można więc powiedzieć, że one znamionują podmiot samowychowujący się. Świadomość i samodzielność działania w sposób naturalny i konieczny pociągają za sobą odpowiedzialność, jak już zostało to wskazane powyżej. Również W. Okoń (2007) w *Słowniku Pedagogicznym* zwraca uwagę na związek odpowiedzialności z samowychowaniem. Definiuje on odpowiedzialność jako ważną cechę postępowania człowieka, która jest rezultatem sterowania tym postępowaniem w stosunku do innych i samosterowania własnym rozwojem (tamże, s. 285). Fundamentem jest więc przejście odpowiedzialności za własną integrację seksualną przez młodzież. Może się to stać dzięki stopniowemu przygotowywaniu do tego młodego człowieka przez jego rodziców i wychowawców od początku życia wychowanka.

Wraz z rozwojem integracji seksualnej i odpowiedzialności za własny rozwój w tym zakresie, rozwijać się będą różnorodne szczegółowe wymiary odpowiedzialności. Wynikają one ze swoistego rozumienia ludzkiej seksualności. Skoro odpowiedzialność rozumie się jako adekwatną odpowiedź na rozpoznaną wartość, to należy odpowiedzieć na pytanie: Jaka jest adekwatna odpowiedź osoby na doświadczenie własnej seksualności i seksualności drugiego człowieka? Odpowiedź zawiera się w uznaniu złożonej i wielowymiarowej natury

⁵ Definicja integracji seksualnej pochodzi z niepublikowanej rozprawy doktorskiej autorki niniejszego artykułu pt. „*Personalistyczna orientacja wychowawcza rodziców a integracja seksualna młodzieży. Badania empiryczne*” napisanej pod kierunkiem prof. dr hab. Zdzisława Kroplewskiego, Szczecin 2015, s. 119-120.

ludzkiej seksualności, powiązanej z całym życiem człowieka. Definicją wyrażającą taki właśnie stan rzeczy jest na przykład ta, według której „seksualność jest podstawowym elementem bycia człowiekiem przez całe życie, obejmującym seks, płciową identyfikację i rolę, orientację seksualną, erotyzm, pożądanie, intymność i reprodukcję. Seksualność jest doświadczana i wyrażana w myślach, fantazjach, przeżyciach, przekonaniach, wartościach, zachowaniach, rolach i związkach. Seksualność powstaje na skutek interakcji czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych, ekonomicznych, politycznych, kulturowych, etycznych, prawnych, historycznych, religijnych i duchowych” (za: Lew-Starowicz, 2010, s. 25). Seksualność jest jednym z wymiarów życia osoby, zawsze więc jest w sposób nieunikniony, zaangażowana w osobowe działanie.

Z antropologicznego punktu widzenia należy jednoznacznie odróżnić wartość samej osoby od różnych wartości, które w niej tkwią. Każdy człowiek posiada wartość seksualną, ale ona jest tylko jedną z wielu wartości składających się na wartość osoby jako takiej, na jej złożoną strukturę bytową. K. Wojtyła (2001) pisał o tym w ten sposób: „Wartość osoby związana jest z całym bytem osoby, a nie z płcią, płeć zaś jest tylko właściwością bytu. Dzięki temu każda osoba drugiej płci posiada przede wszystkim wartość jako osoba, a później dopiero posiada jakąś wartość seksualną” (tamże, s. 110).

Odpowiedzialność w kwestii seksualności związana jest wobec powyższego z respektowaniem wartości człowieka jako takiego. Odpowiedzialne jest więc takie działanie, które uwzględnia nie tylko wartość seksualną człowieka, ale przede wszystkim jego wartość jako osoby. „Ale ogrom jej [odpowiedzialności – przyp. E.R.] rozumie tylko ten, kto ma gruntowne poczucie wartości osoby. Ten, kto ma tylko zdolność reagowania na wartości seksualne związane z osobą i w niej tkwiące, ale wartości osoby samej nie widzi, ten będzie wciąż mieszał miłość z erotyką, będzie wikłał życie sobie i drugim, zaprzepaszczając w tym wszystkim dla siebie i dla nich właściwy sens miłości oraz istotny jej <<smak>>. Ów <<smak>> miłości wiąże się bowiem z poczuciem odpowiedzialności za osobę” (Wojtyła, 2001, s. 116).

Praktycznym wyrazem odpowiedzialności w kwestii seksualności jest stosowanie normy personalistycznej. Zgodnie z nią osoba zawsze powinna być celem samym w sobie, niegodne zaś jest traktowanie jej jako środka do osiągnięcia jakiegokolwiek celu. Adekwatne do natury osoby jest traktowanie jej w sposób afirmatywny, ponadrzeczowy, ponadkonsumpcyjny i ponadutilitarystyczny (Nowak, 1999a, s. 320-322). M. Olczyk (2013) pisze, że człowiek musi podejmować pewien trud, wysiłek (określa go teologicznym pojęciem ascezy), aby wszystkie doświadczane w życiu wartości znajdowały się na stosownym miejscu, uporządkowane według właściwej im hierarchii (tamże, s. 237). Wydaje się, że na tym (między innymi) polega trud samowychowania seksualnego, aby zintegrować w sobie różnorodne impulsy i potrzeby związane z seksualnością, tak by ich realizacja była zgodna z osobową naturą człowieka.

Odpowiedzialność w obszarze integracji seksualnej będzie zatem wyrażała się właściwym, adekwatnym odniesieniem się do własnej seksualności i seksualności drugiego człowieka, według właściwej seksualności hierarchii. Odniesienie to powinno uwzględniać zintegrowanie seksualności z całym życiem człowieka. G. W. Allport (1966) przez integrację rozumiał „proces, w którym wychodząc od przeciwstawnych sobie impulsów i pragnień, dochodzi się do względnej (przybliżonej) spójności umysłowej” (tamże, s. 92). Zdaniem M. Ryś (1997), wewnętrzna integracja stanowi wynik scalania wszystkich aspektów ludzkiego „ja” (tamże, s. 94). Odpowiedzialność w optyce integracji seksualnej związana jest z harmonijnym współdziałaniem wszystkich wymiarów seksualności, w tym biologicznego, psychicznego oraz społecznego oraz respektowanie integralności innych osób w tym aspekcie.

II. Badania własne

1. Metodologia badań

Przedstawione poniżej analizy zostały opracowane na podstawie przeprowadzonych jesienią 2018 r. badań metodą sondażu diagnostycznego. w badaniach, w których użyto dwóch kwestionariuszy - jednego dla rodziców, drugiego dla młodzieży, wzięło 100 adolescentów w wieku 17-18 lat (w tym 71 kobiet i 29 mężczyzn) oraz 77 rodziców w wieku 30-58 lat (w tym 66 kobiet i 11 mężczyzn).

Przedmiotem badań były postawy rodziców i młodzieży dotyczące odpowiedzialności w procesach wychowania seksualnego oraz integracji seksualnej. Główny cel stanowiło poznanie tych postaw w procesie wychowania seksualnego u rodziców w procesie wychowania seksualnego ich dzieci oraz rozpoznanie postaw młodzieży dotyczących odpowiedzialności w procesie integracji seksualnej.

Główny problem badawczy przyjął postać pytania: Jaki jest stosunek rodziców i młodzieży do kategorii odpowiedzialności w procesach wychowania seksualnego i integracji seksualnej. Szczegółowe problemy badawcze przyjęły postać pytań: Jaki jest stosunek rodziców do kategorii odpowiedzialności w procesie wychowania seksualnego młodzieży? Jakie natężenie odpowiedzialności odczuwają rodzice w procesie wychowania seksualnego w poszczególnych jej wymiarach? Jaki jest stosunek młodzieży do kategorii odpowiedzialności w procesie integracji seksualnej? Jakie natężenie odpowiedzialności odczuwa młodzież w poszczególnych wymiarach integracji seksualnej? Jakie natężenie odpowiedzialności młodzież przypisuje poszczególnym podmiotom i zjawiskom w procesie integracji seksualnej?

Analiza statystyczna została przeprowadzona w pakiecie IBM SPSS Statistics v.25. Wykorzystano techniki opisu statystycznego oraz test chi-kwadrat Pearsona do weryfikacji

zależności pomiędzy danymi o nominalnym i porządkowym poziomie organizacji. Za wskaźnik pełnej istotności statystycznej przyjęto wartość $p < 0,05$, zaś wartość $p < 0,1$ przyjęto za wskaźnik nie w pełni istotnej tendencji statystycznej.

2. Kategoria odpowiedzialności w procesie wychowania seksualnego młodzieży - rezultaty badawcze

Badani rodzice postrzegali samych siebie jako zdecydowanie odpowiedzialnych rodziców. Średnie natężenie wynosiło 9,14 (w skali od 1 do 10⁶). Zauważono przy tym, że występuje istotna statystycznie zależność pomiędzy natężeniem poczucia bycia odpowiedzialnym rodzicem a jego płcią. Kobiety osiągały w tym zakresie istotnie wyższy wynik (średnio 9,2) niż mężczyźni (średnio 8,7) ($p = 0,047$). Ponadto odnotowano tendencję do silniejszego natężenia odczuwanego poczucia odpowiedzialności rodzicielskiej wraz ze wzrostem religijności ($p = 0,084$).

Najsilniejsze natężenie odpowiedzialności za wychowanie seksualne swoich dzieci odczuwali badani rodzice przed samymi sobą. Średnio wynosiło ono 8,97. Wynik ten wydaje się zrozumiały z psychologicznego punktu widzenia. Nieco niższe było natężenie w przypadku poczucia odpowiedzialności przed społeczeństwem - 7,81. Warto docenić ten stosunkowo wysoki wynik. Można przypuszczać, że respondenci dają tym samym wyraz (mniej lub bardziej uświadomionemu) przekonaniu, że od jakości procesu wychowania seksualnego zależy jakość relacji międzyludzkich, a tym samym, w konsekwencji, jakość funkcjonowania społeczeństwa. Taka interpretacja zmierza w kierunku dowartościowania bardziej wspólnotowego niż indywidualistycznego wymiaru wychowania osoby, co zgodne jest z jego personalistycznym rozumieniem. Najsłabsze natężenie poczucia rodzicielskiej odpowiedzialności odnotowano w odniesieniu do Boga. Średnia wyniosła w tym przypadku 6,07.

Niewątpliwie to rodzice ponoszą odpowiedzialność za proces wychowania swoich dzieci. Oni nadają mu rytm, metody, wartości, atmosferę. Jednak osoba, a więc i dziecko, i dorosły, zawsze pozostaje wolna i samodzielnie podejmuje decyzje o konkretnym działaniu albo jego zaniechaniu. w tym kontekście można powiedzieć, że rodzice ponoszą odpowiedzialność za proces wychowania, ale to dziecko, a szczególnie, kiedy jest już ono w ostatnim etapie dorastania, decyduje o swoim zachowaniu. Trudno bowiem oczekiwać, że rodzic ponosi odpowiedzialność za coś, co nie podlega jego woli⁷. w tym kontekście zaskakujący wydaje się wynik: wśród badanych rodziców średnie natężenie poczucia

⁶ Wszystkie odpowiedzi respondentów, rodziców i młodzieży, dotyczące natężenia lokowane były na skali 1-10, gdzie 1 oznacza najsłabsze natężenie, a 10 najsilniejsze.

⁷ Rodzice ponoszą oczywiście odpowiedzialność prawną za zachowania swoich dzieci do momentu ukończenia przez nie 18. roku życia, w tym jednak miejscu mowa o odpowiedzialności wynikającej z wolności człowieka, w wymiarze filozoficznym.

odpowiedzialności za zachowanie dziecka jest wyższe (9,12) niż poczucia odpowiedzialności za przebieg procesu wychowania (8,63). a przecież znacznie większy wpływ rodzice mają na to, jak kształtują proces wychowania seksualnego swoich dzieci niż na to, jakie zachowania te dzieci, już prawie dorosłe osoby, podejmują. Wyjaśnienie takiego wyniku wymaga przeprowadzenia pogłębionych analiz. Szczególnie istotne wydaje się zdiagnozowanie, jaki sens rodzice nadają kategorii odpowiedzialności. Być może rodzice widzą w zachowaniu dziecka bezpośrednią konsekwencję swoich oddziaływań wychowawczych i stąd sądzą, że za te zachowania w takim właśnie wysokim stopniu są odpowiedzialni. Inną hipotezą może być prawne rozumienie odpowiedzialności rodzicielskiej. Odpowiedź na te wątpliwości nie wynika z przeprowadzonych badań i wymaga przeprowadzenia szczegółowych dociekań.

3. Kategoria odpowiedzialności w procesie integracji seksualnej młodzieży - rezultaty badawcze

W literaturze przedmiotu istnieje zgodność co do tego, że najistotniejsze znaczenie dla procesu wychowania seksualnego ma rodzina. Nie budzi zastrzeżeń również stwierdzenie, że związek z tym procesem mają także inne środowiska i zjawiska, z którymi wychowanek pozostaje w kontakcie. Pedagodzy w swoich badaniach dociekają, jak istotne jest to znaczenie. w niniejszym badaniu zapytano respondentów w jakiej mierze, w ich odczuciu, różne osoby i zjawiska odpowiadają za kształtowanie ich seksualności.

Respondenci uznali, że w największej mierze za kształtowanie swojej seksualności odpowiadają oni sami (średnia 8,3). w dalszej kolejności, choć z istotnie mniejszym natężeniem - średnio 5,0 - wymienili przyjaciół i znajomych. Dopiero na trzecim miejscu badana młodzież wskazała rodziców jako osoby odpowiadające za kształtowanie się jej seksualności (średnia 4,22). Najmniejszą odpowiedzialność adolescenti przypisali w tym kontekście Kościołowi (średnia 1,72) i szkole (średnia 1,65). Co interesujące, młodzież w niewielkim zakresie przypisuje odpowiedzialność za kształtowanie swojej seksualności mediom i kulturze (odpowiednio średnia 3,34 i 3,54). Wynik wskazujący na odpowiedzialność samej młodzieży za kształtowanie swojej seksualności ma istotne znaczenie dla praktyki wychowawczej. Należy przyjąć z uznaniem fakt, że młodzi ludzie dostrzegają swoją sprawczą rolę w tym ważnym procesie. Takie nastawienie daje możliwość skutecznego wspierania adolescentów na niełatwej drodze osiągnięcia integracji seksualnej.

Powyżej wskazany wynik potwierdza deklaracja 78% ankietowanych o tym, że czują się odpowiedzialni za to, jak rozwija się ich dojrzałość psychoseksualna. Przeciwnego zdania było jedynie 8% respondentów, zaś 14% nie udzieliło w tym względzie jednoznacznej odpowiedzi.

Badani nastolatki ocenili samych siebie w zdecydowanej większości jako osoby odpowiedzialne. Taką deklarację złożyło 90% ankietowanych. Jedynie 4% respondentów

uważa samych siebie za osoby nieodpowiedzialne, a 6% nie ma tym względzie jednoznacznego przekonania.

Pewną weryfikacją deklaracji na temat osobistej odpowiedzialności respondentów mogą być ich odpowiedzi dotyczące konkretnych zachowań w obszarze ludzkiej seksualności. i tak 83% badanych uznało jednoznacznie, że podejmując aktywność seksualną, zawsze zaciąga się odpowiedzialność (zdrowotną, moralną) za partnera seksualnego. Tylko 7% respondentów było przeciwnego zdania, a 10% udzieliło odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

Jeszcze więcej badanych osób przyznało, że odpowiedzialność za zabezpieczenie przed nieplanowaną ciążą ponoszą i kobieta, i mężczyzna (94%). To samo dotyczy kwestii odpowiedzialności za zabezpieczenie się przed chorobami przenoszonymi drogą płciową (również 94% badanych zadeklarowało, że to odpowiedzialność obojga partnerów).

Można przyjąć, że badana młodzież dostrzega wiele przejawów odpowiedzialności w kwestii seksualności. w największym stopniu łączy ona odpowiedzialność w tym zakresie z zabezpieczaniem się przed chorobami przenoszonymi drogą płciową (średnia 9,24) oraz nieplanowaną ciążą (średnia 9,24). Ten wynik nie jest zaskakujący w perspektywie tego, o czym w głównej mierze rozmawiają w domu rodzice ze swoimi dorastającymi dziećmi⁸, tym, co jest odczuwane jako stresujące przez młodzież w sferze seksualnej⁹ oraz tego, na co kładziony jest akcent w społecznym dyskursie na temat edukacji seksualnej.

Co budujące z perspektywy holistycznego ujmowania seksualności, respondenci łączyli odpowiedzialność z jakością relacji w związkach. i tak zdaniem badanej młodzieży odpowiedzialność w sprawach seksualności wyraża się w trosce o to, aby relacja z partnerem była dojrzała (średnia 8,9), trosce o zapewnienie poczucia bezpieczeństwa partnerowi (średnia 8,65), w podejmowaniu pracy nad konstruktywnym wyrażeniem emocji i rozwiązywaniem konfliktów (średnia 8,55). Respondenci dostrzegali także w znacznej mierze odpowiedzialność w kwestii dbania o swoje zdrowie w ogóle (np. poprzez wstrzemięźliwość od nikotyny czy regularne przeprowadzanie badań profilaktycznych). w tym przypadku średnia wyniosła 8,23. w znacznie mniejszym zakresie respondenci dostrzegali związek odpowiedzialności ze współżyciem tylko w stałym związku – średnia 6,71. Ten wynik

⁸ z badań empirycznych pt. „Rodzice wobec wychowania seksualnego młodzieży” prowadzonych przez autorkę niniejszego artykułu wynika, że blisko 40% badanych rodziców rozmawia ze swoimi dziećmi nt. *zabezpieczania się przed chorobami przenoszonymi drogą płciową*, ponad 53% na temat *„zabezpieczania się przed nieplanowaną ciążą”*. Ten drugi temat znajduje się wśród 5 najczęściej podejmowanych (obok polucji i miesiączkowania, zmian w wyglądzie i zachowaniu zw. z dojrzewaniem, zakochania i pierwszych związków oraz wyjaśnień skąd się biorą dzieci).

⁹ z badań empirycznych pt. „Stres w różnorodnych przestrzeniach życiowych nastolatków w kontekście ich seksualności” prowadzonych przez autorkę niniejszego artykułu wynika, że możliwość zajścia w ciążę/spłodzenia potomstwa współżyciem jest najsilniejszym stresorem dla badanej młodzieży (przy czym jest natężenie stresu z tym związanego jest nieco silniejsze u badanych mężczyzn niż kobiet). Również możliwość zarażenia się chorobami przenoszonymi drogą płciową adolescenci biorący udział w badaniu oceniają jako stosunkowo silny stresor.

wyraźnie odbiega od wszystkich innych uzyskanych w badaniu, które można uznać za spójne. z odpowiedzi na to pytanie kwestionariuszowe nie wynika wprost, że współżycie poza stałym związkiem jest działaniem odpowiedzialnym lub nieodpowiedzialnym. Można jednak przyjąć hipotezę, że dla badanych adolescentów nie istnieje proste równanie, z którego wynika, że jedynie seks w stałym związku jest odpowiedzialny. Dostrzegają oni wiele innych wymiarów odpowiedzialności w kwestii seksualności, które składają się na jej złożoną i szeroką panoramę w tym kontekście. Niemniej jednak ta deklaracja młodzieży stoi w wyraźniej sprzeczności z integralnym rozumieniem ludzkiej seksualności i miłości.

Podsumowanie

Odpowiedzialność jest kategorią o istotnym znaczeniu i dla procesu wychowania seksualnego prowadzonego przez rodziców, i dla procesu integracji seksualnej, którego podmiotem jest młodzież. Odpowiedzialność istotowo związana jest z wolnością i rozumnością człowieka. Jej istota zawiera się w adekwatnych odpowiedziach człowieka na rozpoznawane wartości. w perspektywie seksualności kluczowe wydaje się uznanie jej złożonej natury, powiązanej z całym życiem człowieka, wszystkimi jego wymiarami i aspektami. Respektowanie wymogów odpowiedzialności w wychowaniu seksualnym i integracji seksualnej może przyczynić się do poprawy jakości życia indywidualnych osób, jak i społeczeństwa, do kształtowania relacji podmiotowych i pełnych szacunku.

Założony cel badawczy został osiągnięty, a problemy rozstrzygnięte. Ze względu na niereprezentatywny charakter grup badawczych, pozyskanych wyników nie można uogólniać na populację, a odnosić jedynie do grupy respondentów biorących udział w badaniach. z przeprowadzonych badań empirycznych wynika, że zarówno badani rodzice, jak i adolescenti, czują się w wysokim stopniu osobami odpowiedzialnymi. Rodzice czują odpowiedzialność za przebieg procesu wychowania seksualnego i przed samymi sobą, i przed społeczeństwem. Młodzież deklaruje, że ona sama ponosi główną odpowiedzialność za rozwój swojej integracji seksualnej. Zarówno w przypadku rodziców, jak i dzieci, w dalszej perspektywie badawczej ważne byłoby przeprowadzenie pogłębionych analiz dotyczących rozumienia kategorii odpowiedzialności. Powyżej zasygnalizowane badania mają bowiem charakter przyczynkowy.

Na podstawie przeprowadzonych analiz teoretycznych i empirycznych można zaryzykować twierdzenie, że kategoria odpowiedzialności ma istotne znaczenie w procesach wychowania seksualnego i integracji seksualnej. Dowartościowanie jej w praktyce wychowania, w aktualnych społeczno-kulturowych okolicznościach, może przyczynić się do rozwijania bardziej postawy „być” niż „mieć”, do bardziej afirmatywnych relacji międzyludzkich.

Bibliografia:

- Allport, G.W. (1966). *The individual and his religion*, New York: Macmillan Publishing Company.
- Bassa, B. (2013). Wychowanie do odpowiedzialnej miłości rodzicielskiej, (w:) *Miłość jako sprawność moralna w wychowaniu*, I. Jazukiewicz, E. Rojewska (red.), 117-135, Szczecin: Wydawnictwo Zapol.
- Cybal-Michalska, A. (2006). *Tożsamość młodzieży w perspektywie globalnego świata. Studium socjopedagogiczne*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Furmanek, W. (2016). Współczesność – zagrożenia dotyczące świata wartości, *Studia Pedagogica Ignatiana*, nr 1, 125-155.
- Giddens, A. (2004). *Socjologia*, tłum. Alina Szulżycka, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Górska, L. (2008). *Podmiot i podmiotowość w wychowaniu. Studium w perspektywie pedagogiki integralnej*, Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Izdebski, Z. (2012). *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kiereś, B. (2015). *U podstaw pedagogiki personalistycznej. Filozoficzny kontekst sporu o wychowanie*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kirwil, L. (1993). Zmiany klimatu w rodzinie z dorastającym dzieckiem, (w:) *Badania nad rozwojem w okresie dorastania*, Z. Smoleńska (red.), 139-163, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Kwak, A. (2005). *Rodzina w dobie przemian. Matężństwo i kohabitacja*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Laphimon, M. (2005). *a Glossary of Term In Gender and Sexuality*, Seul: The Rockefeller Foundation – Mahidol University Thailand.
- Lew-Starowicz, Z. (2010). Psychospołeczne podstawy seksualności, (w:) *Podstawy seksuologii*, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), 25-33, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Marek, Z. (2016). Osiąganie dojrzałości moralnej, *Studia Pedagogica Ignatiana*, nr 1, 39-56.
- Melosik, Z. (2012). Dyskursy zdrowia w społeczeństwie współczesnym: konteksty teoretyczne, (w:) *Przemiany seksualności w społeczeństwie współczesnym. Teoria i rzeczywistość*, Z. Lew-Starowicz, K. Waszyńska (red.), 33-50, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Nowak, M. (1999a). *Podstawy pedagogiki otwartej*, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Nowak, M. (1999b). Wychowanie do wolności i odpowiedzialności, (w:) *Wychowanie na rozdrożu. Personalistyczna filozofia wychowania*, F. Adamski (red.), 153-166, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Okoń, W. (2007). Odpowiedzialność, (w:) *Nowy Słownik Pedagogiczny*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Olczyk, M. (2013). Seksualność człowieka w pedagogice personalistycznej, (w:) *Osoba a wychowanie*, K. Guzowski, A. Kostencka, G. Barth (red.), 223-249, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Ostruch-Kamińska, J. (2017). Demokratyzacja relacji małżeńskich i rodzicielskich we współczesnych rodzinach, *Roczniki Pedagogiczne*, nr 4, 5-17.
- Rojewska, E. (2015). *Personalistyczna orientacja wychowawcza rodziców a integracja seksualna młodzieży. Badania empiryczne*. Niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem prof. dr hab. Zdzisława Kroplewskiego, Szczecin.
- Ryś, M. (1997). Znaczenie wychowania i samowychowania w integracji seksualności człowieka, *Studia nad Rodziną*, nr 1, 89-99.
- Segiet, K. (2015). Rodzina jako przestrzeń życia (dla) współczesnej młodzieży (w:) *Młodość w dobie przemian społeczno-kulturowych*, K. Segiet (red.), 35-45, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Sowiński, A. (2006). *Samowychowanie w interpretacji pedagogicznej*, Szczecin: Oficyna Inplus.
- Szołtysek, A.E. (2009). *Filozofia wychowania moralnego*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Wojtyła, K. (2001). *Miłość i odpowiedzialność*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

Dr Kornelia Czerwińska
Zakład Tyflopedagogiki
Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

Edukacja seksualna dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością wzroku

Sex Education of Children and Youths with Visual Impairment

Abstrakt:

Jakość życia psychoseksualnego osób z niepełnosprawnością wzroku jest zależna od wielu czynników, wśród których istotne znaczenie ma edukacja seksualna prawidłowo prowadzona w okresie dzieciństwa i dorastania. Przekaz informacji na temat poszczególnych aspektów seksualności człowieka musi uwzględniać specjalne potrzeby edukacyjno-rozwojowe uczniów niewidomych i słabowidzących, w tym m.in. trudności w korzystaniu z wizualnych materiałów dydaktycznych, niemożność pozyskiwania wiedzy na drodze samorzutnej obserwacji i naśladownictwa, ograniczenia w zakresie odbioru, rozumienia i posługiwania się komunikatami pozawerbalnymi. Badania naukowe wskazują na liczne nieprawidłowości w przebiegu edukacji seksualnej tej grupy osób, skutkujące istotnie niższym poziomem wiedzy o seksualności. Zaniedbania w tej sferze są szczególnie niepokojące, gdyż dzieci i adolescenti z niepełnosprawnością wzroku stanowią grupę bardziej narażoną na przemoc seksualną niż uczniowie pełnosprawni. Dysponowanie niepełnymi i (lub) nieprawdziwymi informacjami o rozwoju i zdrowiu seksualnym zwiększa ryzyko wystąpienia problemów natury fizycznej, emocjonalnej i społecznej.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność wzroku, niewidzenie, słabowzroczność, seksualność, edukacja seksualna

Abstract:

The quality of psychosexual life of persons with visual impairment is determined by a number of factors, including proper sex education from childhood through adolescence. The information on specific aspects of human sexuality should take into consideration special educational and developmental needs of blind and low vision students, including inaccessibility or limited accessibility of visual teaching materials, impossibility to learn through spontaneous observation and imitation, limitations in receiving, understanding and using nonverbal communication. Research results show that sex education for that group is not done properly what results in their significantly lower level of knowledge of sexuality. Negligence in that area is even more worrying because children and adolescents with visual impairment are more prone to sexual abuse than students without disabilities. Incomplete and/or false information on sexual development and health increases the risk of occurrence of physical, emotional and social problems.

Key words: visual impairment, blindness, low vision, sex education, school age

Wprowadzenie

Seksualność stanowi niezbywalny atrybut każdej osoby, a jej przejawy obserwowane są we wszystkich obszarach ludzkiego funkcjonowania w perspektywie procesu całościowego. Satysfakcjonująca realizacja potrzeb seksualnych jest uznawana za jeden z istotnych czynników poczucia dobrostanu psychofizycznego (Beisert, 2007). Rozwój

potencjału seksualnego jako pozytywnego doświadczenia życiowego rozpatruje się w kontekście uniwersalnych praw, przynależnych wszystkim osobom bez względu na ich stan zdrowia i poziom sprawności. w katalogu tym, obok prawa do wolności, prywatności i równości seksualnej, bezpieczeństwa, podejmowania wolnych i odpowiedzialnych decyzji dotyczących prokreacji, emocjonalnej ekspresji seksualności, znajduje się także prawo do wyczerpującej, właściwej edukacji seksualnej (Mironiuk-Netreba, 2013).

Seksualność jako właściwość i funkcja organizmu odnosząca się do osób w każdej fazie życia podlega dynamicznym, złożonym uwarunkowaniom zewnętrznym i wewnętrznym. Właściwie prowadzona edukacja seksualna wymaga więc uwzględnienia zarówno zagadnień odnoszących się do sfery biologicznej, jak i poznawczej, emocjonalnej, społeczno-kulturowej oraz duchowej. Edukacja ta nie może ograniczać się jedynie do działu biologii i nauki o zdrowiu zajmujących się płodnością człowieka i koncentrować się na treściach dotyczących takich kwestii, jak m.in.: anatomia i fizjologia człowieka w aspekcie różnic płciowych, fizjologia i sens biologiczny aktu seksualnego, płodność i możliwości kierowania nią, przebieg ciąży i porodu, zaburzenia życia płciowego, choroby przenoszone drogą płciową itp.

Edukacja seksualna dzieci i młodzieży obejmująca szeroki zakres tematyczny w ujęciu interdyscyplinarnym i dostarczająca dokładnych, rzetelnych, dostosowanych do wieku informacji, staje się w pełni efektywna: pozwala zrozumieć i zaakceptować własną seksualność, wyposaża w umiejętności zaspokajania swoich potrzeb seksualnych w sposób zgodny z wartościami i wzorcami przyjętymi w danej kulturze, rozwija poczucie odpowiedzialności za zdrowie i bezpieczeństwo, kształtuje postawę szacunku wobec innych.

Znaczenie edukacji seksualnej istotnie wzrasta w sytuacji, gdy z uwagi na posiadaną niepełnosprawność (bezpośrednie następstwa uszkodzenia organizmu, społeczne mity o funkcjonowaniu seksualnym osób z danym typem dysfunkcji) rozwój jednostki w tej sferze może mieć nietypowy przebieg, a osoba w większym stopniu narażona jest na doświadczenie wykorzystania seksualnego.

1. Specyfika edukacji seksualnej osób z niepełnosprawnością wzroku

Analizy badawcze dowodzą, że dostęp uczniów z niepełnosprawnością wzroku do wiadomości na temat szeroko ujmowanego zdrowia seksualnego jest utrudniony, a ich poziom wiedzy o naturze ludzkiej seksualności jest niższy w porównaniu z populacją ogólną. Do najważniejszych przyczyn tego stanu rzeczy zalicza się: niezdolność do samorzutnego nabywania informacji na drodze wzrokowej obserwacji, niemożność odbioru pozawerbalnych sygnałów komunikacyjnych, normy społeczne ograniczające pozyskiwanie danych poprzez dotyk, brak materiałów edukacyjnych w formatach alternatywnych dostosowanych do odbioru bezwzrokowego, stosowanie niewłaściwych metod przekazu

podczas zajęć z edukacji seksualnej, niewłaściwe przygotowanie i przeszkolenie członków rodziny, nauczycieli i rehabilitantów (Krupa, Esmail, 2010).

Poznawcza reprezentacja otoczenia jest w znacznym stopniu zdominowana przez informacje wizualne, co w sytuacji braków sensorycznych znacząco utrudnia budowanie wiarygodnych i reprezentatywnych modeli rzeczywistości. Trudności osób z niepełnosprawnością wzroku w kształtowaniu pojęć naturalnych wynikające z niedostępności istotnych danych widoczne są także w zakresie wiedzy o seksualności. Mimo deklarowanego przez uczniów pełnego zrozumienia zagadnień związanych z seksualnością, badania ujawniają w tym obszarze szereg niejasności, luk i dysponowanie niepełnymi lub nieprawdziwymi informacjami. Na przykład brak wzrokowej percepcji fizycznych różnic między kobietami i mężczyznami, nierejestrowanie zmian zachodzących w organizmie w trakcie okresu dojrzewania, ciąży, starości utrudniały poznanie i zrozumienie podstawowych właściwości anatomicznych ludzkiego ciała i niejednokrotnie prowadziły do błędnych przekonań o sposobach realizacji potrzeb seksualnych (tamże).

Nabywanie wiedzy przez dziecko pełnosprawne odbywa się w trakcie rozwoju seksualnego stopniowo; najpóźniej i z trudem dziecko odbiera informacje, które nie stanowią jego codziennego doświadczenia (Brilleslijper, Baartman, 2000). Wiadomości, o których uczniowie pełnosprawni wzrokowo dowiadują się przypadkiem lub poprzez naturalnie występujące w ich środowisku doświadczenia, mogą być więc nieznanne w sytuacji niewidzenia i powodować podjęcie działań niezgodnych z przyjętą normą społeczną (Kapperman, Kelly, 2013). Ponadto niepełnosprawność wzroku uniemożliwia lub utrudnia odbiór pozawerbalnych komunikatów (mimika, gestykulacja, postawa ciała, ekspresja emocji, stylizacja ubioru, fryzury, makijażu ukierunkowana na podniesienie atrakcyjności fizycznej itp.), których właściwa interpretacja może być znacząca w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji z partnerem oraz elastycznym dostosowaniu swojego zachowania do aktualnych wymogów sytuacyjnych. Niedostrzeżenie i (lub) brak znajomości społeczno-kulturowego znaczenia tego rodzaju komunikatów, jak również niezdolność do prawidłowego posługiwania się nimi zuboża interakcje, utrudnia ocenę postaw i zachowań innych ludzi, ogranicza możliwości przyjęcia lub wykazania inicjatywy wejścia w kontakt.

Wszelkie obiektywne bariery wynikające bezpośrednio z uszkodzenia wzroku powinny być skutecznie kompensowane w trakcie wychowania rehabilitującego i zajęć z edukacji seksualnej. Badacze podkreślają jednak, że rodzice w procesie wychowania niejednokrotnie nie przekazują dzieciom z niepełnosprawnością wzroku żadnych informacji na temat seksualności, traktując je jako potencjalny impuls do podjęcia przez dziecko zachowań niestosownych, niepożądanych społecznie. Obserwuje się także skłonność rodziców do wykształcenia postaw nadopiekuńczych wobec dzieci i adolescentów niewidomych i słabowidzących; ich podłożem jest przekonanie o aseksualności osoby z niepełnosprawnością w wieku rozwojowym. Nadmiernie ochronne działania rodziców

przejawiają się w podejmowaniu decyzji, planowaniu i organizowaniu aktywności oraz wyborze rodzaju i liczby udostępnianych informacji, co nie tylko utrudnia pozyskiwanie wiadomości z zakresu seksualności, ale w szerszej perspektywie przyczynia się do frustracji, obniżenia poczucia własnej wartości i utraty przekonania o możliwości samostanowienia. Dzieci z niepełnosprawnością wzroku mają także mniejszą możliwość swobodnej wymiany informacji i uczenia się w naturalnych sytuacjach zabawowych od rówieśników z uwagi na częstszą obecność asystującej osoby dorosłej (rodzica, opiekuna, pedagoga specjalnego, nauczyciela wspomagającego), której udział w zabawach - nawet gdy przyjmuje dość pasywną formę - modyfikuje charakter i przebieg podejmowanych interakcji (np. mniejsza liczba pseudoseksualnych aktywności zabawowych). Czynnikiem zmniejszającym okazje do uzyskiwania informacji od rówieśników i testowania nowych zachowań w trakcie współdziałania jest także brak akceptacji dzieci z niepełnosprawnością wzroku wynikający m.in. z ich niskiej atrakcyjności jako partnerów w zabawie, zadawania dużej ilości nieistotnych pytań, niewłaściwej ekspresji emocji, występowania autostymulacji (blindyzmy) i nietypowych zachowań (ruchy oczu, kompensacyjne ustawianie głowy, odmienna postawa ciała i sposób poruszania się) (Duh, 2000).

Analizy badawcze dość jednoznacznie wskazują, że także środowisko szkolne oferujące zajęcia z zakresu edukacji seksualnej zazwyczaj nie spełnia należycie swojej funkcji w odniesieniu do uczniów niewidomych i słabowidzących. Kształcenie w tym zakresie albo w ogóle nie jest w ośrodkach specjalnych podejmowane wobec tej grupy uczniów (Szymańska, Compel, Lew-Starowicz, 2013) albo odbywa się w sposób niedostosowany do specyficznych potrzeb edukacyjnych osób z dysfunkcją wzroku (m.in. przewaga metod werbalnych w nauczaniu, materiały dydaktyczne niezaadaptowane do ograniczonych możliwości percepcyjnych, ograniczenie treści do zagadnień z zakresu anatomii), co spowodowane jest przede wszystkim brakiem odpowiedniego programu nauczania i niskimi kompetencjami pedagogów.

W opinii dorosłych respondentów z niepełnosprawnością wzroku posiadana dysfunkcja miała wyraźny wpływ na ich uczestnictwo w edukacji seksualnej: w warunkach szkolnych omawiano głównie aspekt biologiczny seksualności oraz mocno akcentowano ryzyko wiążące się z aktywnością seksualną, rzadko miały miejsce dyskusje, rozmowy i odgrywanie scenek/ról, w niewielkim zakresie wykorzystywano pomoce przestrzenne, trójwymiarowe; w konsekwencji ankietowani głównie poza klasą uzyskiwali informacje o seksualności, w tym zwłaszcza o zagadnieniach pomijanych w formalnej edukacji (Wild i in., 2014).

Podobne wyniki uzyskiwano w innych eksploracjach badawczych dotyczących tej problematyki. Analiza opinii osób z niepełnosprawnością wzroku, które również negatywnie oceniały organizację i efektywność szkolnej edukacji seksualnej, wskazywała na potrzebę zdecydowanego rozszerzenia zakresu tematów poruszanych na tego typu

zajęciach. Podkreślano, że program powinien mieć charakter wyczerpujący i odnosić się do wszystkich przejawów seksualności, także kulturowo-społecznych, przy czym za szczególnie istotne uznano wyposażenie uczniów niewidomych w umiejętności zapewnienia sobie bezpieczeństwa osobistego i minimalizowania ryzyka stania się ofiarą molestowania seksualnego (Krupa, Esmail, 2010).

Przemoc seksualna i środki ochrony przed nią to kluczowe zagadnienie w edukacji osób z niepełnosprawnością wzroku, gdyż jak wskazują norweskie badania dzieci z dysfunkcją wzroku przed ukończeniem 18 roku życia zdecydowanie częściej doświadczają molestowania niż dzieci pełnosprawne wzrokowo (Kvam, 2005).

Także w krajowych opracowaniach podkreśla się wysoką częstotliwość wykorzystywania seksualnego tej grupy dzieci i młodzieży (Wolańczyk, Komender, 2005). Ograniczenie możliwości obserwacji otoczenia i zmian w nim zachodzących będące bezpośrednim następstwem uszkodzenia wzroku utrudnia dokonanie szybkiej i adekwatnej oceny zachowania innej osoby, w tym rozpoznanie cech i działań napastnika seksualnego. Sytuację dodatkowo komplikuje fakt, że dzieci niewidome bardzo często korzystają ze zmysłu dotyku, stosując różnego typu techniki dotykowego poznawania obiektów, osób, zjawisk i ich właściwości. Ponadnormatywne używanie tej modalności sensorycznej może prowadzić do błędnego wyobrażenia, jaki dotyk jest dopuszczalny, a jakie formy tej strategii poznawania mogą być w określonym kontekście społecznym uznane za niewłaściwe. Należy także uwzględnić fakt, że przyjęte i obowiązujące w danym kręgu kulturowo-społecznym zasady regulujące stopień bliskości i kontaktu fizycznego w relacjach międzyludzkich często nie są zachowywane w odniesieniu do osób niewidomych i słabowidzących, które będąc biorcami pomocy doświadczają skrócenia dystansu i bezpośredniego dotyku, np. w trakcie poruszania się z widzącą osobą jako przewodnikiem. Umiejętność trafnej identyfikacji charakteru kontaktu dotykowego / fizycznego (poznawczy, pomocowy, erotyczny, seksualny)¹ i podejmowania działań asertywnych powinna być nabywana w edukacji seksualnej, gdyż stereotypowy wizerunek osób niewidomych akcentujący nieporadność, zależność od innych i niskie kompetencje sprawia, że są one przez sprawców przemocy spostrzegane jako bezbronne. w okresie dorastania dodatkowymi czynnikami, które mogą zwiększać ryzyko doznania przemocy seksualnej, są niska samoocena i niska pozycja w grupie rówieśniczej. Badania prowadzone wśród młodzieży dowodzą, że adolescenti z niepełnosprawnością wzroku byli bardziej narażeni na niechciany dotyk, werbalne

¹ Aby pomóc dzieciom z niepełnosprawnością wzroku zrozumieć niektóre delikatne kwestie związane z naruszaniem sfery osobistej i przemocą seksualną, Gaylen Kapperman i Stacy Kelly rekomendują wykorzystywanie przez opiekunów i nauczycieli metody zwanej szwedzkim fartuchem. Polega ona tym, że uczeń krzyżuje ręce na klatce piersiowej, dotykając rękami ramion, następnie przesuwając ręce wzdłuż tułowia do okolicy biodrowej, potem przenosi je do tyłu i spleta na pośladkach. Chodzi o podkreślenie, że obszar, po którym przemieszczały się ręce i ramiona, nie może być dotykany przez innych, natomiast w przypadku pozostałych części ciała może być to dopuszczalne.

napastowanie i wulgarne propozycje seksualne niż ich pełnosprawni rówieśnicy. Bez względu na poziom sprawności wzrokowej lepszym przygotowaniem do unikania różnych form przemocy seksualnej odznaczyli się ci nastolatki, którzy przejawiali wyższy poziom wiedzy i ogólnej orientacji w kwestiach seksualności (Duh, 2000).

Akcentowanie w edukacji seksualnej zagadnień związanych z molestowaniem jest priorytetem w przypadku dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością wzroku, nie może jednak przysłonić pozytywnych aspektów związanych z doświadczaniem swojej seksualności. Właściwie prowadzony proces wychowawczo-edukacyjny powinien rozwijać zrozumienie i akceptację siebie jako jednostki seksualnej, uczyć satysfakcjonującego i sprzyjającego zdrowiu korzystania z zasobów posiadanego potencjału seksualnego. Świadomość swoich potrzeb i pozytywne ustosunkowanie do własnej seksualności prowadzi do poprawy subiektywnie spostrzeganej jakości życia, jak również zapobiega niskiej samoocenie związanej z brakiem akceptacji swojej cielesności i przekonaniem o nieatrakcyjności interpersonalnej (Neufeld i in., 2002).

Za niekorzystną dla dobrostanu psychofizycznego uznaje się sytuację, w której osoba z niepełnosprawnością przyjmuje wzorzec jednostki aseksualnej za własny. Istotną rolę odgrywają tu społecznie utrwalone przekazy negatywnie lub ambiwaletnie oceniające możliwości osób niewidomych, zwłaszcza kobiet, w zakresie efektywnego funkcjonowania w rolach rodzinnych (mąż/żona, partner/partnerka, ojciec/matka) oraz ograniczenia dostępności pełnej realizacji praw, w tym praw do prokreacji i ochrony zdrowia (m.in. profesjonalnej opieki ginekologicznej) (Ciaputa, Król, Warat, 2014). Do umocnienia negatywnego wizerunku psychospołecznej sfery życia erotycznego osób z niepełnosprawnością wzroku przyczyniają się także filmy i literatura, w których bohaterowie z problemami wzrokowymi są aseksualni, ich ekspresja i zaspokajanie potrzeb seksualnych odbiega od obowiązujących norm społecznych, a wypełnianie funkcji rodzicielskich jest problematyczne (Bolt, 2005). Prawidłowa edukacja seksualna może zapobiec opresyjnym skutkom tego typu oddziaływań społecznych wobec osób niewidomych i słabowidzących.

2. Edukacja seksualna uczniów z niepełnosprawnością wzroku w świetle wybranych badań

Zainteresowania badaczy najczęściej koncentrowały się wokół medycznych i psychospołecznych aspektów funkcjonowania seksualnego osób z niepełnosprawnością ruchową oraz intelektualną. Zdecydowanie mniej analiz podjęto w populacji osób z wrodzoną niepełnosprawnością wzroku. Brak jest danych pozwalających w sposób rzetelny opisać krajowy system edukacji seksualnej dzieci i młodzieży z dysfunkcją wzroku oraz ocenić jego efektywność, w tym zwłaszcza stopień dostosowania realizowanych treści,

stosowanych strategii i materiałów dydaktycznych do specjalnych potrzeb edukacyjnych tej grupy uczniów. Pewnych informacji o aktualnej sytuacji w obszarze wychowania i kształcenia seksualnego dzieci i adolescentów niewidomych i słabowidzących dostarczają badania zagraniczne, jednak podczas analizy i porównywania zgromadzonego materiału empirycznego należy zachować szczególną ostrożność w uogólnianiu wniosków z uwagi na wysoką heterogeniczność i stosunkowo niewielką liczebność badanych prób oraz specyfikę społecznego podejścia do seksualności człowieka swoistą dla danego kręgu kulturowego².

Niski poziom wiedzy adolescentów z niepełnosprawnością wzroku na temat chorób wenerycznych jest zjawiskiem wysoce niepokojącym, zwłaszcza że badania Beth Hayes (1999) dowodzą ograniczonej dostępności informacji na ten temat, także dla dorosłych osób

² Interesujący materiał o przyczynach i uwarunkowaniach niskiego poziomu wiedzy seksualnej u osób z niepełnosprawnością wzroku w okresie dorastania został zgromadzony w chińskich badaniach Jengjyh Duh (2000) zrealizowanych w grupie 104 nastolatków z dysfunkcją wzroku i 180 adolescentów pełnosprawnych wzrokowo. w obu grupach najwyższy poziom wiedzy dotyczył anatomii, zaś najniższy chorób wenerycznych. Młodzież z niepełnosprawnością wzroku miała niższy poziom wiedzy seksualnej niż młodzież pełnosprawna, zwłaszcza była niedoinformowana w takich kwestiach, jak np. poczęcie i choroby przenoszone drogą płciową. Za prawdopodobne przyczyny tych słabych wyników uznano wolniejsze tempo zdobywania i przyswajania wiadomości wynikające z uszkodzenia wzroku oraz ograniczony dostęp do edukacji na temat seksu. Analiza wpływu czynników środowiskowych na poziom i zakres wiedzy seksualnej wykazała, że wśród nastolatków z niepełnosprawnością wzroku istotny jest stopień uszkodzenia wzroku, wiek nabycia dysfunkcji oraz występowanie dodatkowych niepełnosprawności. Podobnie jak w przypadku grupy osób widzących, im wyższa klasa, do której uczęszczali badani z niepełnosprawnością wzroku, tym większa była ich wiedza o seksie. w odróżnieniu jednak od grupy kontrolnej liczba przyjaciół płci przeciwnej także wykazywały związki z posiadaną wiedzą seksualną. Osoby z dysfunkcją wzroku mające doświadczenia seksualne przeważnie osiągały wyższe wyniki niż te, które nie miały takich doświadczeń, natomiast osoby, które miały więcej niż jednego przyjaciela płci przeciwnej zwykle osiągały niższe wyniki w teście sprawdzającym wiedzę niż te, które miały tylko jednego takiego przyjaciela. Swoisty dla grupy młodzieży z niepełnosprawnością wzroku okazał się także wpływ rodziców na poziom wiedzy seksualnej. Czynnikiem wywierającym wpływ była komunikacja na temat seksu między rodzicem i dzieckiem, ale nie wykształcenie rodziców. Nastolatkowie z dysfunkcją wzroku, którzy często rozmawiali z rodzicami osiągnęli niższe wyniki w sprawdzianach wiedzy seksualnej niż osoby, które rzadko rozmawiały z rodzicami. Odnosząc się do tego wyniku, wysunięto postulat objęcia edukacją seksualną również rodziców dzieci z niepełnosprawnością wzroku, zwłaszcza, że ogólne znaczenie roli rodziny w procesie wychowania i rozwoju dziecka jest w kulturze chińskiej wysokie. Różnice między porównywanymi grupami wystąpiły także w zakresie źródeł pozyskiwania wiadomości o seksualności człowieka. Dorastające osoby pełnosprawne wskazały rówieśników jako główne źródło informacji o seksie, następnie nauczycieli oraz dźwiękowe i wizualne środki przekazu. Należy zarazem podkreślić, że popularne źródła informacji nie zawsze były wiarygodne, a badani uzyskujący informacje od rówieśników osiągnęli najniższe wyniki w teście kontrolującym poziom wiedzy o seksualności. Dla młodzieży z niepełnosprawnością wzroku najczęstszymi źródłami wiadomości byli nauczyciele i rodzice. Podobnie jak w grupie kontrolnej, te osoby, które poszerzały wiedzę seksualną w rozmowach z rówieśnikami i rodzicami, prezentowały najniższy jej poziom. Dodatkowo zaobserwowano, że wprawdzie wiek, w którym rozpoczynało się dojrzewanie, nie miał wpływu na wiedzę seksualną badanych, to jednak odnotowano wcześniejsze dojrzewanie płciowe u dziewcząt z dysfunkcją wzroku. Dziewczęta pierwszą miesiączkę przechodziły przeciętnie w wieku 11,8 lat, a ich prawidłowo widzące rówieśniczki 0,9 roku później. Odkrycie to jest zgodne z wcześniejszymi wynikami badań i stanowi dowód na to, iż dziewczęta z niepełnosprawnością wzroku powinny rozpocząć edukację seksualną odpowiednio wcześniej.

z problemami wzrokowymi. Badania prowadzone wśród dorosłych osób z prawnym rozpoznaniem niewidzenia wykazały, że materiały informacyjne w formatach alternatywnych dostosowanych do potrzeb percepcyjnych respondentów (m.in. teksty w powiększonym druku, w alfabecie Braille'a, na kasecie audio lub nośniku elektronicznym) były nieliczne, a ich uzyskanie wiązało się z utratą prawa do poufności i anonimowości zagwarantowanego formalnie wszystkim obywatelom. Materiały w postaci zaadaptowanej były rozpowszechniane za pośrednictwem instytucji dla osób z niepełnosprawnością wzroku, z których korzystanie wymagało podania swoich danych osobowych ze względu na ograniczenia wynikające z ochrony praw autorskich. Możliwość anonimowego dostępu do materiałów edukacyjnych okazała się szczególnie utrudniona w przypadku osób niewidomych mieszkających na terenach wiejskich. Należy także zaznaczyć, że większość dostępnych materiałów zawierała już nieaktualne informacje i nie uwzględniała wyników najnowszych badań. Na podstawie zebranych danych badaczka stwierdziła, że ośrodki służby zdrowia nie przywiązują dużej wagi do zaspokajania szczególnych potrzeb w zakresie zdrowia seksualnego osób niewidomych i słabowidzących, co najprawdopodobniej wynika ze stosunkowo niewielkiej liczebności tej populacji oraz znacznego zróżnicowania potrzeb w jej obrębie. Wysoka heterogeniczność możliwości i potrzeb percepcyjnych wśród osób prawnie uznanych za niewidome wyklucza przyjęcie jednego standardu usługi w zakresie form opracowania i sposobów udostępniania materiałów na temat edukacji seksualnej i ochrony zdrowia, a to prowadzi do spostrzegania tych osób jako zbyt problematycznych klientów.

Edukacja seksualna to jeden z analizowanych obszarów badań podjętych przez Sabinę Kef i Henny Bos (2006) wśród 36 holenderskich niewidomych nastolatków, 16 chłopców i 20 dziewcząt. Wyniki badania ankietowego nie wykazały żadnych problemów w zakresie wiedzy seksualnej i przystosowania psychologicznego, natomiast ujawniono trudności w sferze zachowań seksualnych. Prawie 92% uczestników badania uważało, że ma wystarczającą wiedzę na temat seksualności. Jako główne źródło pozyskiwania wiadomości o seksie, flircie i randkowaniu 33,3% respondentów wskazywało swoich rodziców oraz w 30,6% popularne środki przekazu, jak internet, telewizję, książki. Rówieśnicy stanowili źródło informacji o seksualności jedynie dla nieco ponad 19% młodzieży, zaś nauczyciel został wymieniony tylko przez jednego respondenta.

Wynik ten, korespondujący z wcześniej opisywanymi badaniami Jengjyh Duh (2000), został uznany za niepokojący, wskazujący na obniżenie znaczenia i funkcji grupy rówieśniczej, której oddziaływanie na rozwój w okresie adolescencji są niezwykle ważne. Niektóre wzorce zachowań, istotne dla kształtowania relacji koleżeńskich i uczuciowych, mogą być poznane, nabyte i rozwinięte jedynie na drodze aktywnego funkcjonowania w grupie rówieśniczej. Zgłaszane przez badanych problemy i trudności w nawiązywaniu znajomości i przyjaźni skutkowały mniejszym poczuciem bezpieczeństwa niewidomych

nastolatków w kontaktach z rówieśnikami, czego następstwem były rzadkie rozmowy na temat seksualności, jak również doświadczanej niepełnosprawności. Istotną zmienną okazała się w tym obszarze płeć - chłopcy znacznie częściej w porównaniu z dziewczętami zwracali się do przyjaciół, aby uzyskać informacje na temat seksu. Należy zauważyć, że relacja z rodzicami dostarczała wsparcia informacyjnego, zarazem jednak niemal połowa uczestników (47,2%) doświadczyła nadopiekuńczości ze strony rodziców w kwestii randkowania i seksualności. 36% badanych przyznało, że członkowie bliskiej rodziny wyrażali sprzeciw wobec ich aktywności seksualnej (Kef, Bos, 2006).

Badania te wpisują się w szerszy nurt eksploracji jednoznacznie wskazujących na konieczność objęcia edukacją seksualną rodziców dzieci i adolescentów z niepełnosprawnością. Młodzież niewidoma przejawiała potrzeby nie tylko w zakresie otrzymywania wiadomości i prowadzenia rozmów o seksualności, ale także mobilizacji do budowania relacji o różnym stopniu intymności, zachęty do spotkań towarzyskich i ogólnej większej aktywności w środowisku rówieśniczym. Aktywizacja dzieci z niepełnosprawnością wzroku do nawiązywania i utrzymywania pozytywnych kontaktów uczuciowych jest ważnym elementem procesu wychowania rehabilitującego.

3. Niepełnosprawność wzroku a edukacja seksualna - rekomendacje dla praktyki szkolnej

Wyniki dotychczasowych badań wskazują, że osoby niewidome i słabowidzące zazwyczaj nie odbierają właściwego wychowania seksualnego w dzieciństwie i adolescencji, a przebieg ścieżki ich rozwoju seksualnego pozostawiony jest często przypadkowi i narażony na zaburzenia. Korzystanie ze standardowych programów edukacyjnych okazuje się w przypadku tej grupy uczniów niewystarczające, z kolei próby opracowania kompleksowego programu uwzględniającego ich swoiste potrzeby edukacyjno-rozwojowe są utrudnione z powodu braku pełnego rozpoznania naukowo-badawczego wszystkich aspektów seksualności osób z wrodzoną niepełnosprawnością wzroku. Na podstawie dotychczas zgromadzonego materiału empirycznego oraz doświadczeń praktycznych Chelsea Krupa, Shaniff Esmail (2010) oraz Gaylen Kapperman i Stacy Kelly (2013) wyróżnili trzy kategorie szczególnie istotne w przygotowaniu programu zajęć z edukacji seksualnej osób niewidomych i słabowidzących kształcących się w warunkach inkluzyjnych: tematykę, środowisko i środki przekazu.

Tematyka to kategoria odnosząca się do treści programowych. Rekomenduje się, aby uczniowie z dysfunkcją wzroku otrzymywali takie same informacje, jak pozostali uczniowie w klasie, dodatkowo zaleca się wprowadzenie zagadnienia seksualności w kontekście niepełnosprawności. Omawianie tych problemów przyczyni się do zapobiegania lub przełamywania stereotypów opisujących osoby z niepełnosprawnością jako aseksualne,

infantylne (Murphy, Young, 2005) oraz pozwoli uczniom pełnosprawnym w rzetelny sposób poznać wyjątkowe aspekty seksualności doświadczanej i rozwijanej w warunkach obniżonej sprawności organizmu. Do tematów, które powinny być w szerszym stopniu przybliżone uczniom z dysfunkcją wzroku, zalicza się przede wszystkim mowę ciała jako element zwyczajów społecznych (zastosowanie i rola w kontaktach międzyludzkich i budowaniu bliskich relacji z innymi) oraz bezpieczeństwo osobiste. Celem zajęć poświęconych tym zagadnieniom jest nie tylko przekaz wyczerpujących wiadomości, ale również praktyczna nauka konkretnych umiejętności takich, jak rozpoznawanie niewerbalnych sygnałów w trakcie interakcji, identyfikowanie napastnika seksualnego, stosowanie asertywnych strategii działania w sytuacji antycypowanej lub doznawanej przemocy itp. z uwagi na częste występowanie w populacji osób z niepełnosprawnością wzroku obniżonej samooceny związanej m.in. z nieadekwatnością wobec społeczno-kulturowych wzorców atrakcyjności za istotne uważa się, by uczniowie poznali dostępne metody poprawy samopoczucia i umacniania poczucia własnej wartości.

Szczegółowy katalog treści, jakie winny być omówione na zajęciach, jest zależny od wieku uczniów i akceptacji rodziców, którzy w systemie wychowawczym przyjmują określone wartości i założenia światopoglądowe. Edukacja seksualna jest dziedziną wychowania i kształcenia wzbudzającą wiele kontrowersji wynikających z odmiennych poglądów religijnych, ideologicznych i politycznych oraz preferowanego stylu życia. Autorzy omawianych rekomendacji silnie akcentują potrzebę uzyskania zgody rodziców na prowadzenie zajęć dydaktycznych według określonej formuły, z wykorzystaniem konkretnych pomocy i materiałów graficznych. Aby specjaliści mogli pomóc młodym ludziom z dysfunkcją wzroku wkroczyć w dorosłość z odpowiednią wiedzą na temat zdrowia seksualnego, zakres tematyczny zajęć powinien być szeroki, w tym obejmować informacje na temat m.in.: rozwoju fizycznego i dojrzewania bioseksualnego chłopców i dziewcząt, fizjologii aktu seksualnego, ciąży, porodu, higieny intymnej, dbałości o zdrowie i opieki ginekologicznej itp. Programy edukacji seksualnej należy konstruować zgodnie z zasadą równości kobiet i mężczyzn oraz promować partnerski model relacji między nimi oparty o wzajemny szacunek i respektowanie praw. Badacze stoją na stanowisku, że uczniowie z niepełnosprawnością wzroku niezależnie od płci powinni mieć taką samą możliwość poznania wszystkich elementów programu edukacji seksualnej (Krupa, Esmail, 2010; Kapperman, Kelly, 2013).

Środowisko to druga kategoria wymieniona przez autorów rekomendacji, która odnosi się do warunków, w których bezpośrednio odbywa się proces nauczania-uczenia się. Przestrzeń do nauki o seksualności ma zapewnić pełen komfort każdemu uczniowi, co oznacza jej dostosowanie do indywidualnych potrzeb jednostki, tak w zakresie właściwości i organizacji otoczenia fizycznego, jak i zastosowanych form nauczania (zbiorowa, grupowa, indywidualna, z dodatkową asystą lub bez). Badacze podkreślają, że uczniowie niewidomi

i słabowidzący preferują naukę w warunkach pełnej inkluzji. Przy wyborze tej formy kształcenia stosunkowo często stosuje się tzw. zajęcia wprowadzające (*preteaching*) realizowane z dwojgiem pedagogów w oddzielnej sali jeszcze przed rozpoczęciem lekcji z całą klasą. Z uwagi na tematykę zajęć należy zadbać o odpowiedni dobór płci, tak, aby w przypadku chłopców przynajmniej jeden z pedagogów był mężczyzną. Prywatny charakter spotkania gwarantuje uczniowi poczucie bezpieczeństwa, tworzy właściwy klimat emocjonalny do poruszania kwestii, które ze względu na rodzaj i stopień uszkodzenia wzroku mogą być dla niego problematyczne (trudne do zrozumienia lub wstydlive), oraz umożliwia swobodne i dokładne zapoznanie się z zaadaptowanymi materiałami dydaktycznymi np. trójwymiarowymi modelami. w trakcie pracy już z całą klasą prowadzący zajęcia z zakresu edukacji seksualnej powinien wykazywać szczególną uważność w wyborze strategii dydaktycznych, aby uczeń z niepełnosprawnością wzroku posługujący się alternatywnymi technikami szkolnymi nie znalazł się w niezręcznej sytuacji prowokującej rówieśników do nieprzychylnych komentarzy lub narażającej go na ośmieszenie (np. w czasie bezpośredniego dotykania wykorzystywanych rekwizytów). Podczas wspólnej nauki nie należy nadmiernie eksponować na forum odmienności funkcjonowania ucznia niewidomego lub słabowidzącego. Autorzy rekomendacji dostrzegają ważną rolę osobistej postawy nauczyciela w przekazie realistycznych, nieosądających informacji zgodnych z aktualną wiedzą naukową. Za cenną uważają współpracę pedagogów z pielęgniarkami środowiskowymi specjalizującymi się w seksualności lub niepełnosprawności bądź w obu tych dziedzinach (Krupa, Esmail, 2010; Kapperman, Kelly, 2013).

Aby uczniowie z niepełnosprawnością wzroku mogli wykształcić prawidłową tożsamość seksualną, potrzebny jest zarówno odpowiedni zakres tematyczny programu edukacji seksualnej, jak i właściwy sposób przekazania treści. Środki przekazu to trzecia kategoria uznana za kluczową w wykazie wskazówek dotyczących efektywnej organizacji edukacji seksualnej dla dzieci niewidomych i słabowidzących. Termin ten odnosi się zarówno do metod nauczania, jak i stosowanych pomocy i materiałów dydaktycznych. Do najbardziej wartościowych i skutecznych sposobów udostępniania informacji na temat zdrowia seksualnego zalicza się: pokaz i demonstrację połączoną z bezpośrednią obserwacją dotykową, odgrywanie ról, metody ćwiczebne oraz werbalne, zwłaszcza opis, objaśnienie, pogadanki, rozmowy kierowane, pracę z tekstem. Autorzy tych rekomendacji żywią przekonanie, że wykorzystanie trójwymiarowych modeli, wypukłych wykresów oraz szczegółowych opisów werbalnych mogłoby wyeliminować niektóre bariery napotymane w trakcie nauki (Krupa, Esmail, 2010; Kapperman, Kelly, 2013).

Niepełnosprawność wzroku utrudnia kształtowanie adekwatnych wyobrażeń jednostek, przedmiotów, obiektów, zjawisk, właściwości, które ze względu na swoją wielkość, rodzaj struktury, odległość od obserwatora, dynamiczny i (lub) niebezpieczny

charakter, bądź stricte wizualną formę nie mogą być swobodnie percypowane dotykowo. w przypadku wiedzy o seksualności dodatkowym czynnikiem blokującym dotykową strategię poznawania są przyjęte konwenanse i społeczno-kulturowe zasady regulujące przebieg interakcji międzyludzkich, które w odniesieniu do sfer uznawanych za intymne wykluczają bezpośredni kontakt fizyczny. Braki sensoryczne wynikające z uszkodzenia wzroku i ograniczonej z przyczyn obiektywnych i społecznych możliwości obserwacji dotykowej mogą być skutecznie kompensowane poprzez zastosowanie w kształceniu trafnie dobranych lub zaadaptowanych pomocy dydaktycznych.

Pomoc tyfłodydaktyczna będzie spełniała właściwie swoją funkcję wówczas, gdy dostarczy uczniowi z niepełnosprawnością wzroku jak największej ilości danych, które nie są samorzutnie percypowane w sytuacji osłabionego czy braku widzenia, tworząc w ten sposób bazę sensoryczną do ukształtowania prawidłowych wyobrażeń i adekwatnych pojęć (Czerwińska, 2013). Tyfłopedagodzy podkreślają przede wszystkim walory dydaktyczne tzw. realiów czyli naturalnych obiektów oraz ich reprezentacji trójwymiarowych w postaci modeli przestrzennych, zaś w dalszej kolejności rysunków dotykowych (Lang, Hofer, Beyer, 2008). Autorzy omawianych rekomendacji również zalecają wprowadzenie modeli trójwymiarowych na zajęcia z edukacji seksualnej, ponieważ udowodniono w analizach badawczych, że poznawanie dotykowe przestrzennych obiektów i przedmiotów bezpośrednio reprezentujących lub odnoszących się do określonych pojęć przynosi uczniom niewidomym więcej korzyści niż jedynie ich werbalny opis (Krupa, Esmail, 2010). Dostęp do rekwizytów pomaga zrozumieć i zapamiętać treść przekazywanych informacji. Także w edukacji seksualnej uczniów głuchoniewidomych użycie modeli okazuje się bardziej skuteczne niż omawianie złożonych zagadnień wyłącznie za pomocą języka migowego. w analizach prowadzonych przez organizację Helen Keller National Center for Deaf-Blind Youths and Adults (HKNC) stwierdzono, że korzystanie z modeli, by uczyć adolescentów i dorosłych głuchoniewidomych rozpoznawania fizycznych objawów chorób przenoszonych drogą płciową, takich jak brodawki weneryczne, upławy z pochwy lub prącia, dyskomfort i ból, przynosiło znacznie lepsze rezultaty (Ingraham i in., 2000).

W nawiązaniu do poprzedniego zalecenia należy podkreślić, że rysunki wypukłe nie zawsze są właściwie interpretowane przez uczniów niewidomych, dlatego należy stosować podczas edukacji seksualnej prawdziwe przedmioty lub ich reprezentacje przestrzenne, np. zestaw modeli obrazujących kolejne etapy rozwoju ludzkiego płodu. Zastosowanie grafiki dotykowej na zajęciach będzie zasadne wówczas, gdy uczeń sprawnie czyta rysunki i ma w tym zakresie już znaczne doświadczenie, a użycie realnego obiektu lub jego modelu jest utrudnione lub z przyczyn społecznych niepożądane. Niezależnie od rodzaju środków dydaktycznych rekomenduje się jako skuteczną metodę przekazu wiadomości dodatkowy komentarz objaśniający, w którym nauczyciel w sposób wyczerpujący i uporządkowany opisuje poruszane zagadnienia, odwołując się do dotychczasowych doświadczeń uczniów.

Mimo, że we wskazówkach na temat organizacji edukacji seksualnej znalazł się postulat wprowadzania wielu pomocy dydaktycznych ułatwiających uczniom niewidomym i słabowidzącym odbiór treści, to nadal za nierozwiązaną uważa się kwestię ich używania we wspólnym nauczaniu w warunkach inkluzyjnych. Aby zapewnić uczniom z dysfunkcją wzroku zrozumienie przekazu w kontekście edukacji seksualnej, niezbędne są strategie i materiały uznawane przez niektórych za nieodpowiednie dla uczniów pełnosprawnych. w opinii badaczy (Krupa, Esmail, 2010) zapoznanie się ze środkami dydaktycznymi dostosowanymi do ograniczonych możliwości percepcyjnych ucznia pozwala osiągnąć cele poznawcze, jednak zwiększa ryzyko negatywnej ekspozycji odmienności danego dziecka, narażając je na izolację. Zgodnie z tym stanowiskiem za niewłaściwe uważa się więc sytuacje, w których pedagog prosi ucznia z niepełnosprawnością wzroku o dotykanie modeli i innych rekwizytów, podczas gdy inni uczniowie w klasie nie podejmują takich działań. w pewnym stopniu problem ten mogą rozwiązywać dodatkowe zajęcia z kształcenia seksualnego prowadzone w formie indywidualnej. Na przykład zajęcia tego typu mogą być organizowane w postaci szkolnej wizyty w gabinecie ginekologicznym, której celem będzie zapoznanie się uczennic z niepełnosprawnością wzroku z wyposażeniem i narzędziami jeszcze przed ich pierwszym prawdziwym badaniem³.

Podsumowanie

Dotychczas podejmowane badania naukowe poświęcone problematyce edukacji seksualnej osób niewidomych i słabowidzących były stosunkowo nieliczne, co najprawdopodobniej wiąże się z faktem, iż zazwyczaj nie postrzega się niepełnosprawności wzroku jako tego typu dysfunkcji, która zaburza przebieg rozwoju seksualnego. Podjęte eksploracje ukazały jednak szereg zaniedbań w obszarze edukacji seksualnej dzieci i adolescentów z niepełnosprawnością wzroku oraz wyraźną konieczność objęcia oddziaływaniami wspierającymi ich opiekunów i rodziców.

Kluczową kwestią wydaje się zwiększenie dostępu tej grupy osób do wiarygodnych materiałów informacyjnych, dostosowanych do ich specyficznych potrzeb percepcyjnych, oraz organizowanie kampanii medialnych ukierunkowanych na zmianę krzywdzących, stereotypowych przekonań o szeroko ujmowanej seksualności dzieci, młodzieży i dorosłych z niepełnosprawnością wzroku, zwłaszcza w jej aspekcie psychospołecznym. Niezbędne jest także przeprowadzenie badań, które pozwoliłyby na lepszą operacjonalizację działań aktualnie rekomendowanych w ramach edukacji seksualnej, a także na ocenę efektywności

³ Ch. Krupa i S. Esmail (2010) proponują, aby w gabinecie pokazać fotel ginekologiczny i strzemiona, a uczennicy umożliwić położenie się na fotelu w ubraniu i wsunięcie nóg w strzemiona. Warto pokazać także narzędzia używane podczas badania, takie jak wziernik i zestaw do badania cytologicznego. Prezentacja tych narzędzi może odbyć się na modelu pochwy, dzięki czemu uczennica pozna zasady ich działania.

przyjętych rozwiązań. Wśród zagadnień, które zdecydowanie wymagają podjęcia dalszych, bardziej pogłębionych analiz badawczych, znajdują się m.in.: metody wychowania seksualnego w środowisku rodzinnym i szkolnym, strategie rozpoznawania cech napastnika seksualnego, kryteria poprawności wykonania modeli, rekwizytów i rysunków wypukłych przeznaczonych dla uczniów niewidomych oraz zasady stosowania pomocy przestrzennych w warunkach inkluzyjnych itp. Podstawowy postulat badawczy w odniesieniu do krajowego systemu oświaty to podjęcie badań sondażowych mających na celu poznanie, opis i analizę aktualnego systemu kształcenia seksualnego dzieci i młodzieży niewidomych i słabowidzących uczęszczających do placówek specjalnych, integracyjnych i ogólnodostępnych, w tym identyfikację wszelkich zaniedbań w tej dziedzinie i ich uwarunkowań. Istotna jest tu także ocena zakresu i poziomu wiedzy z edukacji seksualnej tej grupy uczniów, zwłaszcza znajomości treści związanych z bezpieczeństwem osobistym i ochroną zdrowia. Wyniki badań posiadać będą nie tylko wartość poznawczą, ale także aplikacyjną. w oparciu o analizę zgromadzonych danych możliwe będzie opracowanie efektywnego programu wychowania seksualnego dostosowanego do polskich warunków.

Bibliografia:

- Beisert, M. (2007). w poszukiwaniu modelu seksualności człowieka, (w:) *Seksualność w cyklu życia człowieka*, M. Beisert (red.), s. 8-32, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bolt, D. (2005). Castrating Depictions of Visual Impairment: The Literary Backdrop to Eugenics. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 99 (3), 141-150.
- Brilleslijper, S.N., Baartman, H.E.M. (2000). What Do Young Children Know About Sex? Research on the Sexual Knowledge of Children Between the Ages of 2 and 6 Years. *Child Abuse Review*, 9, 166-182.
- Ciaputa, E., Król, A., Warat, M. (2014). Genderowy wymiar niepełnosprawności. Sytuacja kobiet z niepełnosprawnościami wzroku, ruchu i słuchu, (w:) *Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, B. Gąciarz, S. Rudnicki (red.), 275-334, Kraków: Wydawnictwa AGH.
- Czerwińska, K. (2013). Pomoce dydaktyczne jako istotny element w edukacji uczniów z dysfunkcją wzroku. *Człowiek - Niepełnosprawność - Społeczeństwo*, 4 (22), 173-196.
- Duh, J. (2000). Sexual Knowledge of Taiwanese Adolescents With and Without Visual Impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94 (6), 385-395.
- Hayes, B. (1999). Availability of Appropriately Packaged Information on Sexual Health for People Who Are Legally Blind. *Australian Journal of Rural Health*, 7 (3), 155-159.
- Ingraham, C.L., Vernon, M., Clemente, B., Olney, L. (2000). Sex Education for Deaf-Blind Youths and Adults. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94 (12), 756-761.

- Kapperman, G., Kelly, S. M. (2013). Sex Education Instruction for Students Who Are Visually Impaired: Recommendations to Guide Practitioners. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 107 (3), 226-230.
- Kef, S., Bos, H. (2006). Is Love Blind? Sexual Behavior and Psychological Adjustment of Adolescents with Blindness. *Sexuality and Disability*, 24 (2), 89-100, DOI 10.1007/s11195-006-9007-7.
- Krupa, Ch., Esmail, S. (2010). Sexual Health Education for Children with Visual Impairments: Talking About Sex Is Not Enough. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 104 (6), 327-337.
- Kvam, M.H. (2005). Experiences of Childhood Sexual Abuse among Visually Impaired Adults in Norway: Prevalence and Characteristics. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 99 (1), 5-14.
- Lang, M., Hofer, U., Beyer, F. (2008). *Didaktik des Unterrichts mit blinden und hochgradig sehbehinderten Schülerinnen und Schülern*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Mironiuk-Netreba, A. (2013). Seksualność osób z niepełnosprawnością ruchową w sztuce filmowej, czyli kilka refleksji o edukacyjnym potencjale popkultury. *Studia Edukacyjne*, 29, 285-304.
- Murphy, N., Young, P.C. (2005). Sexuality in children and adolescents with disabilities. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47, 640-644, DOI: 10.1017/S0012162205001258.
- Neufeld, J., Klingbeil, F., Bryen, D., Silverman, B., Thomas, A. (2002). Adolescent sexuality and disability. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 13 (4), 857-873, DOI: 10.1016/S1047-9651 (02)00045-1.
- Radomski, D. (2010). Seksualność osób niepełnosprawnych, (w:) *Podstawy seksuologii*, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Szymańska, M., Compel, M., Lew-Starowicz, Z. (2013). Seksualność osób niewidomych. Studium przypadku. *Przegląd Seksuologiczny*, 34, 27-33.
- Wild, T.A., Kelly, S.M., Blackburn, M.V., Ryan, C.L. (2014). Adults with Visual Impairments Report on their Sex Education Experiences. *Journal of Blindness Innovation & Research*, 4 (2), <https://nfb.org/images/nfb/publications/jbir/jbir14/jbir040202.html>, DOI: 10.5241/4-42.
- Wolańczyk, T., Komender, J. (red.) (2005). *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Mgr Magda Ostrowska
Instytut Socjologii
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie

Aktywność seksualna osób starszych - jakość życia i stereotypy

Sexual activity of the elderly - quality of life, stereotypes

Abstrakt:

Aktywność seksualna osób starszych jest rzadko poruszaną kwestią, gdyż ich seksualność przez wiele osób uważana była i jest nadal za temat tabu. Jednakże z powodu rosnącej liczby osób starszych w polskim społeczeństwie, warto ją poruszyć, zwłaszcza w kontekście korzyści, jakie może przynieść kontynuowanie podejmowania aktywności seksualnej. w artykule przedstawiono także problemy, jakie mogą wystąpić u osób starszych, mające wpływ na życie seksualne oraz stereotypy panujące w społeczeństwie.

Słowa kluczowe: senior, aktywność, seksualność, prokreacja, stereotypy

Abstract:

Sexual activity of older people is a rare discussed issue, because many people are still considered taboo. However, due to the growing number of older people in Polish society, it is worth moving, especially in the context of the benefits that can be achieved by continuing to engage in sexual activity. The article also presents problems that may occur in the elderly, affecting the sex life and stereotypes prevailing in society.

Key words: senior, activity, sexuality, procreation, stereotypes

Wprowadzenie

Żyjemy w starzejącym się społeczeństwie, więc coraz częstsze poruszanie kwestii z tym związanych jest zjawiskiem naturalnym. Wzrost odsetka ludzi starszych powoduje pojawienie się nowych zagadnień dotyczących społecznego znaczenia starości. Problemy ludzi starszych, nie są problemami małej grupy osób, gdyż według danych, w 2017 roku, w Polsce żyło ponad 9 mln osób w wieku 60 i więcej lat, co stanowi 24% z całej populacji (Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej, 2018). w związku z tym, coraz częściej badacze zwracają uwagę na ich funkcjonowanie w różnych grupach, jednakże są tematy, które są podejmowane mniej chętnie. Do takich należy temat seksualności osób starszych, który wciąż jest uznawany jeszcze przez wiele osób za tabu.

Dawniej wychodzono z założenia, że o seksie nie wypada rozmawiać. Współcześnie społeczeństwo otwiera się na tę tematykę, a elementy związane z erotyką wydają się być wręcz elementem codzienności, gdyż rzadko dziwi widok kobiety w samej bieliźnie na

bilbordzie lub witrynie sklepowej. Jednocześnie panuje opinia, że seks jest przywilejem osób młodych, a osoby starsze są wręcz aseksualne. Panuje kult młodości i młodego ciała, a to co stare uznawane jest wręcz za nieestetyczne. Jednakże z badań przeprowadzonych przez znanych polskich seksuologów, takich jak Z. Izdebski, A. Ostrowska (2004) czy Z. Lew-Starowicz (Lew Starowicz, Skrzypulec, 2010) wynika, że taki obraz seniora nie jest do końca zgodny z rzeczywistością (por. także: Cichocka, 2006, s. 214).

1. Jakość życia osób starszych

Starość jest zjawiskiem naturalnym, któremu podlegają wszystkie organizmy wielokomórkowe. Jest to kolejny etap w ciągu życia człowieka i jednocześnie ostatni, ponieważ kończy się śmiercią. Zaś starzenie się jest długotrwałym procesem, charakteryzującym się rozwojowością i dynamiką, a to w jaki sposób przebiega, zależy od środowiska, w którym żyje dana jednostka i od czynnika genetycznego (Wawrzyniak, 2009, s. 12-14).

Za seniora umownie uznaje się osobę, która ukończyła 60 lub 65 rok życia, jednakże z powodu dużej różnorodności tej grupy, WHO wyróżniło: „młodych starych” (60-74 lata), „starych starych” (75-89 lat) oraz „długowiecznych” (90 lat i więcej) (Kijak, Szarota, 2013, s. 14).

Zdaniem E. H. Eriksona (2004) starość jest silnie powiązana z dwiema cechami: mądrością i rozpaczą. Ponadto nadał on starości atrybut integralności (spójność i całość), ponieważ jest to okres, w którym jednostka jest zbiorem doświadczeń i wiedzy, które zebrała podczas całego życia, a w okresie starości może z nich w pełni korzystać. Jednocześnie tą integralność może zaburzyć rozpacz spowodowana strachem przed zbliżającą się śmiercią, co skutkować będzie prawdopodobnie poczuciem rezygnacji, rozgoryczenia czy niezadowolenia (tamże, s. 93-94).

Na przeżywanie starości duży wpływ ma jakość życia, którą można ujmować w sensie obiektywnym (np. uwzględniając warunki mieszkaniowe, środowisko naturalne) oraz subiektywnym (samopoczucie, doświadczanie lęku bądź szczęścia) (Daszykowska, 2010, s. 47).

Analizując jakość życia osób starszych, należy wspomnieć, jakie czynniki wpływają na jej ocenę. Najpowszechniejsze płaszczyzny oceny to: ekonomiczna, społeczna i kulturowa, jednakże są to powiązane ze sobą różne czynniki (Trafiałek, 2006, s. 84).

Wśród tych czynników można wyróżnić satysfakcję z życia erotycznego. Seks wpływa na funkcjonowanie organizmu, stan zdrowia, samopoczucie, postrzeganie siebie. Jak wynika z badań, osoby usatysfakcjonowane ze swojego życia seksualnego rzadziej popadają w depresję. Seks usuwa napięcie seksualne i emocjonalne oraz pomaga utrzymać człowieka w dobrej kondycji psychicznej i fizycznej (Luber, 2013, s. 50).

2. Aktywność seksualna seniorów

Aktywność seksualna łączona była przez wiele lat była z prokreacją, dlatego seniorzy nie byli grupą, która interesowała badaczy zajmujących się seksualnością (Fabiś, Fabiś, 2008, s. 158).

Na seksualność osób starszych wpływa wiele czynników. Są to czynniki: fizjologiczne, emocjonalne, interpersonalne oraz społeczno-kulturowe. Istotne jest także to, w jaki sposób seniorzy traktowali seks we wcześniejszych fazach życia. Na tej podstawie wyróżnia się dwie grupy:

- osoby, które przez całe życie cechowała duża aktywność seksualna, w konsekwencji czego również w wieku starczym przejawiają zainteresowanie seksem;
- osoby, dla których seks nigdy nie był istotnym elementem życia (Kowgier, 2010, s. 100).

Gotowość seniorów do kontynuowania aktywności seksualnej jest bardzo indywidualną cechą, podobnie jak stopień nasilenia popędu seksualnego przez całe życie. Osoby, które we wcześniejszych fazach życia wykazywały się dużą aktywnością, a seks stanowił dla nich wielką wartość, której poświęcali dużo uwagi i zaangażowania, w podeszłym wieku również są bardziej aktywni i potrafią czerpać radość z kontaktów seksualnych. Natomiast osoby, dla których seks nigdy nie był istotny, jako seniorzy również nie przywiązują do niego większej wagi (Jaczevska, 2006, s. 39).

W literaturze przedmiotu wyróżniono także podział na cztery wybory związane z aktywnością seksualną seniorów:

- kontynuowanie aktywności seksualnej w niezmienionej postaci (ma to miejsce najczęściej wtedy, kiedy aktywność ta była do tej pory umiarkowana);
- ograniczenie aktywności seksualnej, przy jednoczesnym pozostawieniu schematów funkcjonowania seksualnego;
- zmiana formy zachowań seksualnych;
- całkowite wycofanie się z aktywności seksualnej (Cichocka, 2006, s. 103).

Jak już wspomniano, na aktywność seksualną seniorów ma wpływ wiele czynników. Istotne jest występowanie chorób i ogólna sprawność fizyczna, jednakże duże znaczenie mają czynniki psychologiczne i społeczne, takie jak stereotypy i normy panujące w społeczeństwie (Fabiś, Fabiś, 2008, s. 163).

P. Błajet (2018) podkreślał, że aktywność seksualna jest źródłem odczuwalnej przyjemności i radości, co może mieć przełożenie na zadowolenie także z dnia codziennego. Ponadto seks intensyfikuje pracę układu krążenia. Niewątpliwie seks stwarza możliwości doświadczania bliskości drugiego człowieka. Dzięki aktywności seksualnej, która angażuje głębię człowieka, możliwe jest przeniesienie koncentracji przeżyć na doświadczenia

wewnętrzne, a nie na zewnętrzne doznania (zewnętrzne aspekty ciała, sprawność fizyczną i wygląd) (tamże, s. 162).

Mimo występowania andropauzy u mężczyzn i menopauzy u kobiet, co może się wiązać ze zmniejszeniem pożądania, wraz z wiekiem osoby starsze często oceniają swoje życie seksualne jako satysfakcjonujące. Wiele z kobiet powyżej 50 rokiem życia uważa, iż dopiero będąc dojrzałymi osobami, mogą się spełniać seksualnie, ponieważ wcześniej ograniczały je warunki mieszkaniowe, dzieci oraz obawa przed zajściem w nieplanowaną ciążę. Ten ostatni powód mógł wywoływać wręcz blokadę uniemożliwiającą osiągnięcie orgazmu. Poczucie większej swobody i komfortu psychicznego, wynikającego z naturalnego wyeliminowania możliwości prokreacyjnych kobiety, towarzyszą również mężczyznom (Krasuski, Owczarek, 2015, s. 93). Luber (2013, s. 49) przytacza badania, z których wynika, iż wśród respondentów, którzy ukończyli 50 rok życia, 63% uważa, iż seks osób starszych jest bardziej komfortowy.

3. Problemy seksualne osób starszych

Seks w podeszłym wieku wiąże się z różnego rodzaju barierami, które mogą się pojawić i mają wpływ na aktywność seksualną. Wśród czynników biologicznych najczęściej wymienianym problemem mężczyzn są zaburzenia erekcji. Wraz z wiekiem mężczyzna potrzebuje coraz więcej czasu na osiągnięcie pełnego wzwodu. Często jest to spowodowane występowaniem chorób, takich jak nadciśnienie, cukrzyca, problemy urologiczne czy choroby serca. Farmakologiczne albo chirurgiczne leczenie innych dolegliwości np. prostatektomii czy zażywanie leków psychotropowych może mieć negatywny wpływ na sprawność narządów płciowych. w przypadku kobiet najczęstszym problemem wywołanym przez czynnik fizjologiczny jest odczuwanie bólu podczas stosunku lub anorgazmia. Wynika to z faktu, iż wraz z wiekiem, dochodzi do wysuszenia błony śluzowej przedścinka pochwy, skrócenia pochwy i zwężenia jej wejścia. Jednakże dostępne są na rynku liczne środki farmakologiczne, które regulują nawilżenie pochwy oraz zapobiegają wystąpieniu dalszych zmian w jej strukturze (Cichocka, 2006, s. 226 i 229). Ponadto ograniczona sprawność ruchowa i problemy z narządami zmysłów wzroku lub słuchu, mogą mieć wpływ na utrzymywanie kontaktów na dotychczasowym poziomie (Krasuski, Owczarek, 2015, s. 89).

Problem natury psychologicznej, jaki występuje zarówno u kobiet, jak i mężczyzn, to trudności w znalezieniu partnera po śmierci współmałżonka. w przypadku kobiet wiąże się to także z niską akceptacją ze strony społeczeństwa związku starszej kobiety z młodszym mężczyzną. Samotni starsi mężczyźni wiążący się z dużo młodszymi partnerkami często odczuwają strach przed kompromitacją i niezadowoleniem partnerki. Starają się zachować obraz siebie jako sprawnego i atrakcyjnego partnera, także seksualnego, jednakże w przypadku niepowodzenia w tym zakresie mogą uznać siebie za niemęskiego i wycofać

z życia seksualnego (Cichocka, 2006, s. 227 i 230). Blokada psychologiczna wynika także z postrzegania siebie i swojego wyglądu jako osoby nieatrakcyjnej - znaczna część seniorów nisko ocenia swoją atrakcyjność, stąd boi się odrzucenia. Psychologiczną barierę stanowić może również pragnienie dochowania wierności współmałżonkowi, który zmarł (Krasuski, Owczarek, 2015, s. 88).

Do barier społecznych można zaliczyć te normy i zasady panujące w społeczeństwie, które narzucają osobom starszym pewien model zachowania, sprawiający, że nie mówią one otwarcie o swoich pragnieniach i potrzebach otwarcie, lub wręcz ukrywają je (tamże, s. 87-88).

4. Stereotypy na temat seksualności osób starszych

W polskim społeczeństwie nadal funkcjonuje wiele krzywdzących mitów i stereotypów dotyczących aktywności seksualnej seniorów. Jeden z nich zakłada, iż abstynencja seksualna po ukończeniu 60 roku życia jest niezbędna dla zachowania zdrowia, zaś starsze osoby schorowane nie powinny angażować się w działania seksualne. Inny stereotyp dotyczy patologii, które się wiążą z seksualnością, czyli twierdzenie, iż po 60 roku życia każdy mężczyzna jest impotentem, a kobieta nie przeżywa już orgazmu lub jej zainteresowanie seksem kończy się wraz z wystąpieniem menopauzy. Stereotypy dotyczą także kwestii moralnych, z których rzekomo wynika, jakoby współżycie seksualne osób w podeszłym wieku jest niemoralne, a myślenie o seksie - infantylne (Buczowski, 2015, s. 137).

Panuje też przekonanie, iż osoby starsze „są skazane” na niesprawność i choroby, przez co podejmowanie aktywności seksualnej nie jest już dla nich. Prawdą jest, że seniorzy często cierpią na różnego typu dolegliwości, jednakże nie jest to powód do całkowitej rezygnacji z tego typu aktywności.

Stereotypowym jest hołdowanie kultowi młodości, kultury fizycznej i osiągania jak najlepszych wyników. w związku z tym, że senior nie jest już tak sprawny fizycznie jak w młodości uważa się, że powinien zakończyć aktywność seksualną. Tymczasem osoby starsze odczuwają satysfakcję nie tylko z samego aktu seksualnego, ale także i z bliskości (Błajet, 2018, s. 55-59).

Jednym z najbardziej krzywdzących stereotypów jest ten, który mówi o aseksualności osób starszych, sugerujący zanik potrzeb seksualnych u osób w podeszłym wieku. Nawiązuje to do powszechnie znanej zasady zmniejszania się tych potrzeb z wiekiem aż do zupełnego ich braku. Jednakże gdyby tak faktycznie było, to późne lata małżeństwa mogłyby być bezpłciowe, zaś ponowne wejście w związek osób po 60 roku życia byłoby jedynie „przyjaźnią platoniczną” (tamże, s. 60).

Podsumowanie

Współżycie osób w podeszłym wieku wymaga od partnerów więcej cierpliwości, ale jest też szansą na zdobycie nowych doświadczeń i pełniejszego poznania siebie i swojego partnera. Choć sama starość nie jawi się młodszemu pokoleniu optymistycznie, gdyż wiąże się ona z pewnymi problemami natury fizycznej, to warto podkreślić, że seniorzy także pragną bliskości i czułości drugiego człowieka, a potrzeby seksualne małżonków są nadal ich naturalną potrzebą. Mężczyzna i kobieta, jednocząc się ze sobą w akcie małżeńskim za każdym razem i w sposób specjalny mogą wracać do tego zjednoczenia, które pozwala im na nowo przeżywać wartość i znaczenie ludzkiej miłości, wyrażanej też poprzez ciało, a także przeżywać na tym etapie życia radość kochania i bycia kochanym.

Bibliografia:

- Błajet, P. (2018). *Zdrowie i seks seniorów*, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Buczowski, A. (2015). Seksualność osób starszych w dyskursie eksperckim, *Spółeczeństwo i Edukacja*, 16 (1), 131-144.
- Cichońska, M. (2006). Biopsychospołeczne uwarunkowania seksualności ludzi starych (w:) *Seksualność w cyklu życia człowieka*, M. Beisert (red.), 214-236, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Daszykowska, J. (2010). *Jakość życia w perspektywie pedagogicznej*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Erikson, E.H. (2004). *Tożsamość a cykl życia*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Fabiś, A., Fabiś A. (2008). Aktywność seksualna osób starszych (w:) *Tabu seksuologii*, A. Jodko (red.), 158-164, Warszawa: Wydawnictwo Acamedica Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej.
- Izdebski, Z., Ostrowska, A. (2004). *Seks po polsku. Zachowania seksualne jako element stylu życia Polaków*, Warszawa: Wydawnictwo Muza.
- Jaczeńska, A. (2006). Seks osób w wieku podeszłym (w:) *Problematyka osób w wieku starszym*, J. Rzepka (red.), Mysłowice: Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna imienia Kardynała Augusta Hłonda.
- Kijak, R.J., Szarota, Z. (2013). *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Kowgier, A. (2010). *Życie intymno-emocjonalne osób starszych*, Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Krasuski, T., Owczarek, K. (2015). Seksualność seniorów (w:) *Pogoda na starość. Podręcznik skutecznego wspierania seniorów*, K. Owczarek, M.A. Łazarewicz (red.), 86-96, Warszawa: Wolters Kluwer.

- Lew-Starowicz, Z., Skrzypulec, V. (2010). *Podstawy seksuologii*. Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Luber, D. (2013). Seksualność starszych kobiet i mężczyzn - na podstawie badań (w:) *Społeczny kontekst życia w okresie senioralnym*, A. Barczyk-Nessel (red.), 47-63, Mysłowice: Wydawnictwo Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała A. Hlonda.
- Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej* (2018). Warszawa: GUS.
- Trafiałek, E. (2006). *Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej*, Kielce: Wydawnictwo Uczelniane Wszechnica Świętokrzyska.
- Wawrzyniak, J. (2009). *Oblicza starości: biografia jako źródło czynników adaptacyjnych*, Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.

Dr Dariusz Sarzała
Wydział Nauk Społecznych
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Problem seksoholizmu i cyberseksu w kontekście zaburzeń życia płciowego oraz społecznego funkcjonowania człowieka

The problem of sexoholism and cybersex in the context of sex life disorders and human social functioning

Abstrakt:

W niniejszym artykule podjęto problematykę dotyczącą zjawiska seksoholizmu i cyberseksu będących jednymi z nowych form uzależnienia behawioralnego, które powodują szereg negatywnych skutków związanych z utratą kontroli nad sferą seksualną. Celem artykułu jest analiza destrukcyjnego wymiaru seksoholizmu i cyberseksu oraz ukazanie tych zjawisk jako czynników zaburzających życie płciowe i społeczne funkcjonowanie człowieka. w treści artykułu skoncentrowano się zatem na ukazaniu specyfiki i analizie kryteriów diagnostycznych oraz etiologii oraz negatywnych skutkach seksoholizmu i cyberseksu. Wskazano także na rolę wychowania i profilaktyki w przeciwdziałaniu tym zjawiskom.

Słowa kluczowe: seksoholizm, cyberseks, życie płciowe, uzależnienie od seksu, wychowanie seksualne

Abstract:

This article addresses the issue of sexoholism and cybersex, which are one of the new forms of behavioral addiction that have a number of negative effects associated with the loss of control over the sexual sphere. The aim of the article is to analyze the destructive dimension of sexoholism and cyber sex and to show these phenomena as factors disrupting the sexual life and social functioning of man. The article therefore focuses on showing the specifics and analysis of diagnostic criteria and the etiology and negative effects of sexoholism and cybersex. The role of upbringing and prevention in counteracting these phenomena was also pointed out.

Key words: sexoholism, cybersex, sex life, sex addiction, sex education

Wprowadzenie

W analizie współczesnych problemów społecznych nie można pominąć jednego z dynamicznie rozpowszechniającego się w ostatnich latach zjawiska jakim jest seksoholizm (postrzegany przez niektórych badaczy jako uzależnienie od seksu), prowadzący do wielowymiarowych, destruktywnych skutków spowodowanych utratą kontroli nad sferą seksualną. Na potrzebę wnikliwszego zainteresowania się tym problematyką wskazuje m.in. fakt, iż w ostatnim czasie coraz częściej mamy do czynienia z przejawami zachowań erotycznych, w których dominują relacje osobowe sprowadzające życie seksualne współczesnego człowieka przede wszystkim do fizjologicznego zaspokojenia potrzeb

popędowych. Sytuacja taka powoduje, że człowiek traci możliwość racjonalnego kierowania własnym życiem (Zdrada, 2017) i niejednokrotnie wchodzi nawet w konflikty z prawem.

W konsekwencji, swoista obsesja seksu, uporczywe poszukiwanie nowych partnerów i traktowanie ich jako przedmiotów użytkowych, służących do osiągnięcia przyjemności, w wielu przypadkach dominują życie człowieka XXI wieku i utrudniają jego harmonijny rozwój oraz realizację konstruktywnych celów życiowych. Wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń związanych z uzależnieniem od seksu szacuje się na przestrzeni ostatnich lat w przedziale od 3% do 6% (Laurent i in., 2014).

Zjawisko to w ostatnich latach zaczęło w sposób szczególny dotyczyć również naszego kraju. Zwróćmy bowiem uwagę, że istotnym czynnikiem dynamizującym polski tzw. „sex rynek” stało się epatowanie informacją dotyczącą seksu czego przykładem są m.in. liczne sex-sklepy, pisma erotyczne oraz wielka nielegalna podaż filmów o tematyce pornograficznej. Należy jednocześnie zwrócić uwagę na nasilającą się komercjalizację sfery seksualnej człowieka, która coraz bardziej przybiera postać handlowego wykorzystania seksualności w celu osiągnięcia zysku finansowego. w szerszym znaczeniu postępowanie takie możemy postrzegać jako bezpośrednie lub pośrednie „wykorzystywanie bodźców seksualnych w interesach lub dla zwiększenia obrotu” (Czajkowski, 2008, s. 52).

Ponadto wyrazem komercjalizacji seksualności jest pojawienie się zarówno wszelkich towarów wiążących się z życiem seksualnym człowieka jak i odpowiadających bądź też mających odpowiadać rzeczywistym lub jego urojonym potrzebom, a także coraz więcej towarów codziennego użytku, które są reklamowane w kontekście zachowań o podłożu seksualnym (sex sells). Wyrazem tego staje się ponadto sam seks jako towar i ciało ludzkie lub też poszczególne jego części, w przypadku jeżeli są one oferowane i sprzedawane. w konsekwencji komercjalizacja seksualności oznacza, że sfera seksualna człowieka i interpersonalne uczucie erotyczno-seksualne zaczyna być podporządkowane regułom gospodarki rynkowej, czego najbardziej widocznym „przykładem są środowiska, w których fuzja seksualności i komercjalizacji stanowi niemalże cechę konstytutywną dla tego medium jest Internet” (tamże, s. 52).

Należy także uwzględnić fakt, że na przestrzeni ostatnich kilku dekad ogromną rolę emancypacyjną i edukacyjną (często antyedukacyjną) w zakresie zachowań seksualnych pełni sieć internetowa, generując jednocześnie zjawisko tzw. cyberseksu (Guerreschi 2006; Young, 2008; Griffiths, 2012). Nieograniczony dostęp do sieci internetowej sprawia, że następuje nie tylko zmniejszanie się granicy wiekowej osób wchodzących w kontakt z realnymi zachowaniami seksualnymi (np. poprzez oglądanie filmów pornograficznych), lecz poszerzeniu ulega także wiedza dzieci i młodzieży między innymi nt. antykoncepcji oraz seksu. Zasygnalizowane czynniki mają istotny wpływ na rozprzestrzenianie seksoholizmu i cyberseksu (Dhuffar, Griffiths, 2015; Chaudhur i in., 2017) jako jednych

z dynamicznie rozwijających się zjawisk patologicznych, postrzeganych jako nowa forma uzależnienia behawioralnego (Rowicka, 2015, s. 40).

Celem artykułu jest ukazanie seksoholizmu i cyberseksu jako czynników zaburzających życie płciowe oraz społeczne funkcjonowanie człowieka. Analizując tę problematykę podjęto próbę ukazania specyfiki seksoholizmu oraz jego etiologii i kryteriów diagnostycznych. Uwagę zwrócono również na konsekwencje seksoholizmu oraz wskazano na rolę wychowania i profilaktyki w zakresie zapobiegania przejawom seksoholizmu.

1. Pojęcie i specyfika seksoholizmu

Przystępując do analizy seksoholizmu należy na wstępie zaznaczyć, że zjawisko to przejawia się w patologicznym nasileniu potrzeb oraz zachowań seksualnych i powoduje szereg negatywnych skutków w wymiarze somatycznym, psychicznym oraz społecznym. w literaturze przedmiotu seksoholizm określany jest również jako: hiperseksualność, hiperlibidemia, nimfomania, satyriasis, promiskuityzm, kompulsywne zachowanie seksualne, uzależnienie seksualne, impulsywne zachowanie seksualne, problematyczna hiperseksualność, uzależnienie od cyberseksu, kompulsywny cyberseks (Gold, Heflner, 1998; Bancroft, Vukadinovic, 2004; Dhuffar, Griffiths, 2015).

W przypadku seksoholizmu, poza dużą intensywnością życia erotycznego i zwiększonym zapotrzebowaniem na kontakty płciowe, występują także: zakłócenie kontroli impulsów; poszukiwanie i uwodzenie wciąż nowych partnerów; podejmowanie współżycia w wielu nawet niesprzyjających temu okolicznościach; potrzeba przeżywania napięcia w sytuacjach skrajnego ryzyka; uporczywe dążenie do potwierdzenia własnej sprawności seksualnej (Aleksandrowicz, 1998, s. 112; Lew-Starowicz 1991, s. 251).

Zjawisko seksoholizmu postrzegane jest coraz częściej jako rodzaj uzależnienia należącego do kategorii uzależnień bez substancji, czyli takich zachowań patologicznych, które są związane z przedmiotami lub czynnościami (gra hazardowa, praca, jedzenie itp.).

W literaturze przedmiotu seksoholizm nazywany jest coraz częściej zespołem uzależnienia od seksu, a wyodrębnione na podstawie badań i praktyki klinicznej objawy wskazujące na jego istnienie przedstawić można w następujący sposób:

- utrata kontroli nad zachowaniami seksualnymi;
- dotkliwe konsekwencje wynikające z podejmowanych czynności erotycznych;
- brak zdolności do zaprzestania zachowań seksualnych pomimo negatywnych konsekwencji z tym związanych;
- powroty do auto-destrukcyjnych zachowań i sytuacji wysokiego ryzyka;
- uporczywe wysiłki w zakresie ograniczania preferowanych czynności erotycznych;
- obsesja seksu i fantazjowanie jako główna strategia radzenia sobie w życiu;

- rosnące zapotrzebowanie na doznania seksualne;
- głębokie zmiany usposobienia w wyniku istniejących zachowań erotycznych;
- tracenie czasu na obsesyjne myśli i fantazje, zdobywanie partnerów;
- zaniedbywanie spraw zawodowych, rodzinnych czy wypoczynku (Carnes 2001, s. 18).

W miarę rozwoju tego rodzaju uzależnienia seksoholik coraz mniej interesuje się tym, kto jest jego partnerem seksualnym, a najważniejsze staje się dla niego to, żeby partner pomógł mu w wyzwoleniu kolejnej dawki „narkotyku”, tj. mózgowych endorfin.

Analiza specyfiki seksoholizmu prowadzi do wniosku, że uzależnienie to jest procesem w którym wyróżnić możemy cztery fazy:

- 1) poszukiwania stanu przyjemności,
- 2) odurzenia przyjemnością
- 3) stanu przyjemności,
- 4) stanu odurzenia przyjemnością.

Pierwsza z wymienionych faz to poszukiwanie stanu przyjemności - charakterystyczną jej cechą jest podejmowanie czynności seksualnych, eksperymentowanie z nimi, odkrywanie związanego z tym stanu przyjemności. Najczęściej występujące zachowania tego rodzaju to: autoerotyzm, inicjacja współżycia heteroseksualnego, korzystanie z pornografii. Wśród głównych motywów podejmowanych działań można wymienić: ciekawość, chęć eksperymentowania, wpływ grupy, nudę, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, poszukiwanie bliskości i miłości. Należy jednak podkreślić, że w fazie tej mamy jeszcze do czynienia z prawidłowym funkcjonowaniem we wszystkich wymiarach (rodzinnym, zawodowym, społecznym).

Druga faza nazywana - odurzeniem przyjemnością prowadzi do sytuacji w której podejmowanie czynności prowadzących do osiągnięcia satysfakcji seksualnej (ekstazy erotycznej) staje się nieodłączną częścią codziennego funkcjonowania. w tej fazie uzależnienia podstawowym motywem działania jest chęć osiągnięcia stanu przyjemności, wynikającego z doznań seksualnych. Wzrasta jednocześnie tolerancja na bodźce i zachowania seksualne, w związku z czym, aby osiągnąć stan pożądanego zadowolenia, seksoholik poszukuje coraz silniejszych bodźców oraz nowych form aktywności o charakterze erotycznym (np. wprowadzenie nietypowych zachowań do współżycia intymnego lub oglądanie coraz mocniejszych scen erotycznych).

Natomiast faza trzecia to stan przyjemności jako cel nadrzędny funkcjonowania osoby uzależnionej. w fazie tej głównym motywem działania staje się likwidacja przykrego stanu wynikającego z braku przyjemności o charakterze seksualnym. Osoba uzależniona traci kontrolę nad swym zachowaniem, a całość jej funkcjonowania zostaje podporządkowany osiągnięciu przyjemności z doznań erotycznych. Na tym etapie, pojawiają się zaniedbania we wszystkich dziedzinach życia jednostki dotkniętej uzależnieniem oraz

dochodzi do znacznego nasilenia mechanizmów obronnych (przede wszystkim zaprzeczania i racjonalizacji), pozwalających na utrzymywanie przekonania o „normalności” funkcjonowania w sferze seksualnej.

Ostatnią fazą jest stan odurzenia przyjemnością, w której dochodzi do zamknięcia się osoby uzależnionej w kręgu przyjemność - przykreść. w fazie tej seksoholik odczuwa stan przyjemności wynikający z podejmowanej aktywności seksualnej i stan przykry dla organizmu, który pojawia się w przypadku braku doznań seksualnych. Wszelkie inne obszary działalności (poza aktywnością seksualną) pozostają jakby poza świadomością osoby uzależnionej od seksu. w fazie tej seksoholik staje się coraz bardziej egoistyczny i skoncentrowany na redukcji złego samopoczucia, a jego działania przyjmować mogą postać zachowań dewiacyjnych prowadzących do konfliktu z prawem (m.in. stosowanie przemocy, zoofilia lub pedofilia) (Niewiadomska, Chwaszcz, Kołodziej, Śpila 2005, s. 89-92; Gapik, Waszyńska, 2006; Carnes 2001).

Zaprezentowane powyżej fazy seksoholizmu stanowią tylko jedną z wielu istniejących propozycji w zakresie tej problematyki. Wielu badaczy proponuje własne oparte na badaniach naukowych fazy seksoholizmu. Przykładem może być propozycja K. Young (2001), w której badaczka wymienia pięć faz uzależnienia od seksu internetowego, wskazując na pięć niezależnych od siebie etapów takich jak: 1) faza odkrywania; 2) faza eksperymentowania; 3) faza eskalacji; 4) faza kompulsji 5) faza beznadziejności.

Prezentując specyfikę seksoholizmu należy jednocześnie zaznaczyć, że podobnie jak w przypadku osób dotkniętych innymi uzależnieniami, u seksoholików, w sytuacji podjęcia próby zaprzestania czynności seksualnych, pojawiają się objawy zespołu abstynencyjnego, mogące występować nawet do 2 miesięcy, najczęściej takie, jak: bezsenność, nadwrażliwość na ból, wzmożenie apetytu lub objadanie się, zawroty głowy, bóle całego ciała, wzmożone lub obniżone napięcie seksualne, nadwrażliwość w okolicach narządów płciowych, przyspieszone tętno, płytkie oddychanie, dreszcze, poty, swędzenie skóry, uczucie zmęczenia, drażliwość, niepokój (Niewiadomska, Chwaszcz, Kołodziej, Śpila 2005, s. 174-175).

2. Kryteria diagnostyczne odnoszące się do zjawiska seksoholizmu i cyberseksu

Przystępując do analizy zjawiska seksoholizmu w kontekście aksjologicznym należy zaznaczyć, że zdefiniowanie tego terminu jest zadaniem trudnym, gdyż aktualnie w klasyfikacjach psychopatologicznych nie istnieje jednostka nozologiczna określana jako seksoholizm lub uzależnienie od seksu. w najnowszej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) uznawanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) znalazło się wprawdzie określenie „zaburzenie kompulsywnych zachowań seksualnych”, lecz nie

oznacza to jednak, że termin uzależnienie od seksu został przez WHO oficjalnie zaakceptowany (*ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision*). WHO podkreśla, że oficjalne uznanie tego terminu wymaga dalszych badań.

W klasycznej definicji opracowanej przez American Psychiatric Association termin ten pojawił się w trzecim poprawionym wydaniu DSM (*American Psychiatric Association DSM III-R., 1983*), lecz został następnie wykluczony w DSM IV (*American Psychiatric Association DSM IV, 1994*). Termin uzależnienie seksualne nie został także przyjęty w nowym DSM-5, a problematykę z nim związaną umieszczono w kategorii zaburzeń seksualnych nie sklasyfikowanych nigdzie indziej (ang. *Sexual Disorder Not Otherwise Specified*) (*American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force, 2013*).

Niezależnie więc od faktu, że problemy dotyczące zachowań seksualnych w sieci internetowej budzą coraz większy niepokój, APA stwierdziło, że nie istnieją wystarczające dowody na konieczność włączenia uzależnienia od Internetu lub innych jego podtypów (takich jak uzależnienie od cyberseksu czy uzależnienie od sieci społecznościowych) do najnowszej edycji DSM. Decyzję tę argumentowano brakiem wystarczających badań, wskazujących na występowanie tego rodzaju uzależnienia i zalecono dalsze poszukiwania badawcze w tym zakresie.

Na istnienie problemu uzależnienia od seksu, wskazuje jednak wielu zarówno zagranicznych jak i polskich badaczy zajmujących się tą problematyką. Niektórzy z nich uzależnienie od seksu analizują w odniesieniu do 10 symptomów klinicznych (Carnes i in., 2001), którymi są: zachowania kompulsywne, utrata kontroli, próby zaniechania, zaangażowanie, zaniedbywanie obowiązków, utrata lub narażanie na szwank ważnych relacji, kontynuowanie pomimo negatywnych konsekwencji, eskalacji, co może być rozumiane jako wzrost tolerancji i objawy odstawienia. Identyfikacja tych symptomów pozwala na postrzeganie seksoholizmu jako uzależnienia behawioralnego.

Z kolei polscy badacze, zajmujący się tą problematyką, podejmując próbę zdiagnozowania uzależnienia od seksu na podstawie ICD-10 podkreślają, że ostateczne rozpoznanie tego zjawiska jest możliwe dopiero w wyniku identyfikacji przynajmniej trzech z sześciu przedstawionych poniżej objawów, które wystąpiły łącznie w ciągu ostatniego roku takich jak:

- 1) Silne pragnienie przyjmowania środka lub poczucie przymusu jego przyjmowania. Seks przestaje być dla człowieka wyborem, a zaczyna pełnić funkcję mechanizmu radzenia sobie w życiu, staje się czynnością przymusową, co prowadzi do koncentracji uwagi na czynnościach seksualnych, bez których nie jest możliwe normalne funkcjonowanie.

- 2) Zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności, zainteresowań oraz zwiększenie ilości czasu przeznaczonego na kontakt z uzależniającymi czynnikami. w wyniku kontaktów z bodźcem uzależniającym, realizując swe kompulsywne pragnienia

seksoholicy zaczynają zaniedbywać obowiązki rodzinne, zawodowe, kontakty towarzyskie. Czynnikiem organizującym ich życie staje się swoista obsesja seksualna, która sprawia, że w miarę narastania uzależnienia kierują oni swoją energię przede wszystkim na relacje o charakterze seksualnym. „Przyjaźnie, rodzina, praca, zainteresowania - wszystko to mieści się na dalszym planie i jest podporządkowane zdobywaniu seksu” .

3) Podejmowanie zachowań pomimo wiedzy o ich negatywnych konsekwencjach i następstwach. Następuje wypieranie ze świadomości zagrożeń związanych z patologiczną aktywnością seksualną i powtarzanie wzorców tego rodzaju zachowań, niezależnie od stanu wiedzy na ten temat i niebezpieczeństw wynikających z uzależnienia od seksu. Seksoholik nie rezygnuje więc z prowadzonej aktywności seksualnej, mimo świadomości zagrożeń, na jakie jest z tego powodu narażony, tj. niebezpieczeństw w sferze:

a) somatycznej - choroby weneryczne, możliwość zarażenia się wirusem HIV w wyniku licznych stosunków z nieznanymi i zainfekowania bliskiej osoby (współmałżonka),

b) psychicznej - na destruktywne oddziaływanie seksoholizmu narażone są wszystkie elementy postawy: emocje, myślenie i zachowanie;

c) społecznej - utrata współmałżonka lub stałego partnera, rozpad rodziny, konflikt z prawem, kłopoty finansowe. w celu zagłuszenia tego rodzaju obaw paradoksalnie może nawet nastąpić zwiększenie intensywności patologicznych zachowań seksualnych.

4) Problemy związane z kontrolowaniem zachowań dotyczących sfery seksualnej (brak kontroli nad zachowaniami seksualnymi, ich liczbą oraz częstotliwością). Seksoholicy bezskutecznie usiłują kontrolować swoje zachowania i stają się bezsilni wobec swego uzależnienia. Niektóre osoby próbują uciekać od swych problemów, zmieniając pracę, miejsce zamieszkania lub angażując się w działalność religijną, charytatywną czy też inne formy aktywności.

5) Dyskomfort fizyczny i psychiczny, w sytuacji kiedy kontakt z czynnikiem uzależniającym jest niemożliwy (zespół odstawienia). w przypadku seksoholika pojawiają się wszystkie objawy narkotycznego głodu, czyli: rozdrażnienie, bezsenność, problemy ze snem i apetytem, uporczywe fantazjowanie na temat seksu zarówno na jawie, jak i we śnie, silne bóle mięśni, rozkojarzenie depresja, ataki paniki, myśli samobójcze, smutek, izolacja od otoczenia, zwiększona wrażliwość i podatność na zranienie.

6) Obniżenie się tolerancji - w celu wywołania tych samych skutków potrzebne są coraz większe dawki środka uzależniającego. w celu rozładowania napięcia konieczne staje się podejmowanie coraz częstszych i intensywniejszych zachowań seksualnych, które wymykają się spod kontroli osoby uzależnionej (Gapik, Waszyńska, 2006, s. 74-78).

Wyniki badań przeprowadzonych przez K. Young (2001) wskazują również na szereg zachowań świadczących o ich patologicznym wymiarze takich jak: 1) zaabsorbowanie

wykorzystaniem sieci internetowej do poszukiwania materiałów erotycznych; 2) korzystanie z anonimowych komunikatorów w celu angażowania się w zachowania seksualne (takie, w które osoba się nie angażuje w życiu realnym); 3) oczekiwanie kolejnych sesji online w celu uzyskania gratyfikacji (w postaci podniecenia); 4) przenoszenie relacji online do życia realnego; 5) oszukiwanie najbliższych/ukrywanie prawdy przed najbliższymi; 6) odczuwanie wstydu i poczucia winy z powodu celu, w jakim korzysta się z sieci internetowej.

Warto jednocześnie zaznaczyć, że zbiór testów służących do diagnozy stopnia zaangażowania w aktywności seksualne online można znaleźć na stronie Instytutu Recovery Zone (całość materiałów w języku angielskim): Sexual Addiction Risk Assessment (SARA) - odpłatny, Internet Sex Screening Test (ISST).

3. Seksoholizm i cyberseks w aspekcie etiologicznym

Poszukując źródeł seksoholizmu szczególną uwagę warto także zwrócić na zjawisko nasilającej się seksualizacji przestrzeni społecznej i pornografizacji kultury (Czajkowski 2008, s. 43-64; Zdrada, 2017) znajdujące m.in. swój wyraz w erotyzacji reklam, czasopism oraz wielu innych form przekazów (w tym głównie medialnych, które są wprost przesycane treściami seksualnymi), docierających zarówno do osób dorosłych, jak i młodzieży, a nawet dzieci. Przejawami tego zjawiska są jednak nie tylko setki reklam (związek erotyki z reklamą), filmów, przed którymi przeciętny widz nie jest w stanie skutecznie się obronić, lecz także jawnie funkcjonujące tzw. agencje towarzyskie, sex-kabiny, salony masażu, dynamicznie rozwijający się rynek usług pornograficznych i erotycznych, wzrost prostytucji ulicznej i przydrożnej, a także zwiększenie się liczby dewiacyjnych zachowań seksualnych, w tym przestępczości seksualnej. Analizując przyczyny seksoholizmu należy także zwrócić uwagę na fakt, że intymność życia erotycznego współczesnego człowieka została upubliczniona przez dwa procesy: komercjalizację i supermarkietyzację seksu.

Przeprowadzona analiza literatury przedmiotu prowadzi do wniosku, że wśród najważniejszych przyczyn seksoholizmu wyodrębnić można takie jak:

- właściwości współczesnej kultury - relatywizm wartości i norm postępowania, zastępowanie wartości prospołecznych indywidualistycznymi, konsumpcjonizm i hedonistyczny system wartości, zdeprecjonowanie relacji: człowiek - człowiek na rzecz relacji: człowiek - rzecz;

- zjawisko pornografii i nasilającą się erotyzację przestrzeni społecznej - prostytucja należy w Polsce do najdynamiczniej rozprzestrzeniających się zjawisk patologicznych, a jej widocznymi przejawami są nie tylko setki reklam i ogłoszeń o tematyce erotycznej, lecz także w sposób jawny funkcjonujące tzw. agencje towarzyskie, sex-kabiny czy też salony masażu, stanowiące w wielu przypadkach formę zorganizowanego urynkowanego seksu;

- cechy rodziny jako najważniejszego środowiska wychowawczego, a zwłaszcza niezaspokojenie potrzeby miłości, bliskości, bezpieczeństwa i zaufania, niezgodność w stosowaniu metod wychowawczych wobec dzieci, nadmierny rygorizm w wychowaniu, trudności w określeniu spójnego systemu wartości w życiu rodzinnym, stosowanie różnych form przemocy, tj. psychicznej, fizycznej lub seksualnej;

- specyfika osobowości seksoholików - poczucie osamotnienia, wynikające z niezaspokojonych potrzeb psychicznych, niedojrzałość emocjonalna, niekonstrukttywne sposoby radzenia sobie ze stresem, brak umiejętności budowania relacji interpersonalnych, skłonność do wykorzystywania lub krzywdzenia innych ludzi, tendencja do uprzedmiotowienia innych osób, brak wzajemności i równości w relacjach, poczucie ciągłego niezaspokojenia seksualnego, zwiększone zapotrzebowanie na stymulację poznawczą oraz seksualną przy jednoczesnym braku ukształtowanego systemu wartości i światopoglądu (Imieliński, 1984; Carnes, 2001, s. 84-85; Niewiadomska, Chwaszcz, Kołodziej, Śpila, 2005, s. 94-112; Sarzała, 2009, s. 178-179; Zdrada, 2017).

Na rozprzestrzenianie się zjawiska seksoholizmu niewątpliwy wpływ ma również sieć internetowa, która jest specyficzną i zarazem dominującą formą rozpowszechniania treści pornograficznych i erotycznych zarówno wśród osób dorosłych jak i nastolatków (Alexandraki i in., 2018). Sieć internetowa w wielu przypadkach staje się źródłem cyberseksu (seksu wirtualnego) (Young 2008), najczęściej występującej formy uzależnienia od Internetu, polegającej głównie na oglądaniu i ściąganiu stron pornograficznych, czytaniu i pisaniu listów o treści erotycznej, wymianie poczty elektronicznej w celu nawiązania kontaktów o charakterze seksualnym, podejmowaniu relacji seksualnych online z osobami przeciwnej lub tej samej płci czy też na prowadzeniu rozmów telefonicznych o tematyce erotycznej z nieznanymi osobami. Najczęściej czynności seksualne podejmowane w Internecie polegają na oglądaniu i ściąganiu stron pornograficznych przy jednoczesnej masturbacji, czytaniu lub pisaniu listów, fabuł o treści erotycznej, wymianie poczty elektronicznej w celu znalezienia partnera seksualnego, odwiedzaniu czatów erotycznych, angażowaniu się online w relacje seksualne z osobami przeciwnej lub tej samej płci (włącznie z oglądaniem własnych ciał w czasie rzeczywistym przez webcam).

Dużą popularnością poza oglądaniem materiałów erotycznych czy pornograficznych cieszą się chat-roomy, (chat oznacza rozmowę, z kolei room to miejsce, na ogół grupa osób zainteresowanych określoną tematyką). w przypadku zachowań seksualnych są to chat roomy o konkretnym profilu zainteresowań seksualnych). Badająca to zjawisko K. Young (2001) zwraca uwagę na specyfikę udziału w takiej rozmowie, która przejawia się na ogół w swoistym odgrywaniu własnych fantazji lub zaspakajaniu ciekawości.

Badacze zajmujący się tą problematyką wskazują, że na patologiczne zachowanie seksualne w sieci internetowej wpływają takie czynniki jak: ilość czasu spędzanego online, rodzaje fantazji, depresyjne nastroje, osamotnienie i utrata zahamowań (Griffiths, 2001).

Analiza wyników badań wskazuje, że uzależnieniu się od seksu internetowego sprzyjają zarówno czynniki wewnątrzosobowe, jak i natura, specyfika samego medium. Wielu badaczy wskazuje na silną korelację zachodzącą pomiędzy kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi a zaburzeniami lękowymi, zaburzeniami nastroju, depresją, zaburzeniami dwubiegunowymi czy zaburzeniami uwagi (ADHD) (Kafka i Hennen, 2002; Raymond, Coleman i Miner, 2003).

4. Destruktywny wymiar seksoholizmu i cyberseksu

W przypadku seksoholizmu mamy do czynienia z szeregiem poważnych konsekwencji przejawiających się głównie w następujących obszarach: a) somatycznym (np. choroby weneryczne, osłabienie odporności organizmu), b) psychicznym (np. negatywne stany psychiczne), c) społecznym (np. destrukcja, rozpad rodziny, utrata współmałżonka lub stałego partnera), d) prawnym (Niewiadomska, Chwaszcz, Kołodziej, Śpila 2005; Zdrada, 2017).

Wśród dotkliwych pod względem psychicznym konsekwencji seksoholizmu należy wskazać na negatywny obraz własnej osoby i utratę poczucia godności oraz negatywne nastawienie wobec siebie (jak wynika z przeprowadzonych badań sytuacja taka znajduje potwierdzenie w przypadku 97% osób uzależnionych od seksu) (Carnes 2001, s. 22). Skutkiem uzależnienia od seksu jest także rosnąca izolacja, stopniowy spadek zdolności uczuciowych, ograniczenie zakresu przeżyć osobistych do ustawicznego myślenia o seksie (fantazje i obsesje erotyczne, które dostarczają impulsów do zachowań seksualnych wiążących się nawet z łamaniem prawa).

Należy jednocześnie zaznaczyć, że poświęcanie dużej ilości czasu na wyobrażanie sobie lub odtwarzanie zachowań erotycznych czy też planowanie rytuałów seksualnych sprawia, że seksoholik staje się, coraz mniej przystosowany do realiów życia i w konsekwencji rzeczywistość staje się dla niego czymś tymczasowym i prowizorycznym, a wyobrażenia zastępują „Ja” realne (Niewiadomska, Chwaszcz, Kołodziej, Śpila 2005, s. 130). Osoby uzależnione od seksu są ponadto narażone na podejmowanie zachowań autodestrukcyjnych (m.in. prób samobójczych) w związku z doświadczeniem „dysfonansu egzystencjalnego”, który polega na „gubieniu” własnej podmiotowości. Autoagresja może być w tym przypadku związana z utratą poczucia sensu życia na skutek bezsilności wobec uzależnienia.

Zjawisko seksoholizmu prowadzi także do zaburzeń na płaszczyźnie relacji małżeńskich i rodzinnych, a w wielu przypadkach znajduje wyraz w całkowitej destrukcji celów życiowych osoby uzależnionej (Melibruda, 2018). Skutkiem podporządkowania aktywności życiowej potrzebom seksualnym jest zaniedbywanie obowiązków rodzinnych, spraw zawodowych, rekreacji i wypoczynku, dotychczasowych zainteresowań, a także

innych ważnych form aktywności. Utrata zdolności do odczuwania satysfakcji czy przeżywania przyjemności niezwiązanej z przeżyciami seksualnymi powoduje, iż osoba uzależniona nie jest w stanie stworzyć realnej i konstruktywnej wizji własnego życia.

Ważnymi konsekwencjami seksoholizmu są szkody somatyczne związane z naruszeniem równowagi homeostatycznej organizmu, zaburzonej w wyniku wprowadzenia organizmu w ciągły stan podniecenia seksualnego. w takiej sytuacji człowiek funkcjonuje podobnie jak podczas chronicznego stresu ekstremalnego, gdy działają czynniki o intensywności bliskiej progowi wytrzymałości organizmu. Stadium wyczerpania pojawia się w sytuacji, gdy bodźce działają zbyt intensywnie lub zbyt długo, ponieważ organizm traci zdolności obronne. Wskaźnikami tego stadium są rozregulowanie funkcji fizjologicznych i dużą podatność na choroby somatyczne. Wyniki badań wskazują, że u 59% seksoholików zachowania seksualne przekraczają próg wyczerpania sił, a u 38% - nawet próg fizycznych zranień (Carnes, 2001, s. 22).

Nadmierna koncentracja na sferze seksualnej i kompulsywna aktywność seksualna narażają jednocześnie seksoholika na zaniedbania w zaspokajaniu innych potrzeb, m.in. snu, jedzenia i odpoczynku. w przypadku ponad 65% seksoholików występuje bezsenność, owrzodzenie żołądka i choroby układu krwionośnego, które najprawdopodobniej wynikają z długotrwałego napięcia psychicznego, konfliktów i niepowodzeń w życiu społecznym (Niewiadomska, Chwaszcz, Kołodziej, Śpila, 2005, s. 120-121). Należy również podkreślić, że częste kontakty seksualne z przypadkowymi partnerami znacznie zwiększają ryzyko nieplanowanych ciąż i aborcji oraz chorób wenerycznych przenoszonych drogą płciową (np. AIDS, kiła, rzeżączka, rzęsistkowica, kłykciny kończyste) (Carnes, 2001, s. 23-24).

Seksoholizm może się stać także przyczyną naruszania norm prawnych, np. kiedy do repertuaru czynności seksualnych w kolejnych fazach uzależnienia są włączane zachowania o charakterze dewiacyjnym, a zwłaszcza przemoc fizyczna w celu uzyskania mocniejszych wrażeń erotycznych, koniecznych do rozładowania napięcia psychicznego, jak również w przypadku próby zdobywania kolejnych partnerów seksualnych w wyniku molestowania, mobbingu lub innych tego rodzaju zachowań.

W konsekwencji zjawisko seksoholizmu może prowadzić do znieczulicy, depresji lub cynizmu, co jest szczególnie groźne w przypadku młodzieży. Nie można również zapominać, że skutkami instrumentalnego i uprzedmiotowionego traktowania drugiej osoby (zwłaszcza w przypadku młodzieży) mogą być głębokie zranienia i stany traumatyczne, trwające niekiedy przez całe życie.

Konkluzje

Przeprowadzona analiza wskazuje, że w przypadku seksoholizmu - niezależnie od tego jaką postać zjawisko to przyjmuje (uzależnienia od seksu czy od cyberseksu) mamy do czynienia z dominacją sfery seksualnej nad innymi dziedzinami aktywności człowieka, co wyraża się w poszukiwaniu coraz to nowych i zintensyfikowanych doświadczeń seksualnych. w związku z tym niekontrolowana aktywność seksualna może zmierzać do wyodrębnienia się w samodzielną sferę życiową, nastawioną na maksimum doznań erotycznych, z przesunięciem na dalszy plan (czy wręcz pominięciem) innych istotnych sfer życia człowieka, w tym prokreatywnych funkcji płciowości i realizacji ważnych celów życiowych. Uzasadnione jest więc stwierdzenie, że narastająca, w przypadku seksoholizmu, potrzeba doznań erotycznych przeradza się w siłę nie tylko dezintegrującą życie płciowe, lecz także funkcjonowanie społeczne osoby uzależnionej. Nie kontrolowana aktywność seksualna, nie uwzględniająca konieczności zaspokojenia potrzeb emocjonalnych drugiej osoby, traktowana jedynie jako źródło osiągania przyjemności lub dochodu materialnego, prowadzi do dewaluowania potrzeby miłości, uprzedmiotowienia człowieka oraz pogwałcenia jego godności.

W związku z tym osoba uzależniona od seksu, a zwłaszcza cyberseksu powinna zostać objęta psychoterapią indywidualną, jak również pomocą ze strony istniejących różnego rodzaju grup, np. grupy wsparcia, grupy terapeutycznej czy grupy dla rodzin osób uzależnionych (Griffiths, 2000; Davis, 2001; Dell'Osso, Allen, Altamura, Buoli, Hollander, 2008).

Ważne zadanie, w przypadku przeciwdziałania zjawisku seksoholizmu, stoi także przed seksuologią, której rolą jest m.in. wspieranie rozwoju psychoseksualnego człowieka oraz pomoc w kształtowaniu właściwych postaw wobec własnej płci i aktywności seksualnej.

Zjawisko seksoholizmu powinno również zostać objęte szerszym niż dotychczas oddziaływaniem profilaktycznym. Podejmując oddziaływania profilaktyczne należy uwzględniać zarówno czynniki osobowościowe, jak i społeczne, będące przyczyną kompulsywnych zachowań seksualnych. Problematyka z związana musi być także włączona w proces wychowania i programy edukacyjne. Wychowanie seksualne i edukacja seksualna nie mogą jednak odnosić się tylko do przekazywania informacji dotyczących aktywności seksualnej człowieka, lecz muszą także koncentrować się na kształtowaniu i rozwoju odpowiednich postaw wobec własnej płciowości oraz osoby płci odmiennej. w procesie wychowania i edukacji ważne jest wskazywanie miejsca sfery seksualnej w wielowymiarowej strukturze i aktywności płciowej człowieka (Góralczyk, 2000). Ważne jest także uczenie czułości, delikatności, umiejętności dostrzegania drugiego

człowieka i jego potrzeb oraz świadczenia pomocy. Pragnienie współżycia seksualnego nie może stanowić wyizolowanego impulsu zmysłowego, lecz powinno opierać się na autentycznej więzi partnerskiej i świadomości duchowego znaczenia aktu płciowego oraz odpowiedzialnym rodzicielstwie.

Należy także zaznaczyć, że aktywność seksualna oraz życie płciowe człowieka osiągają swój właściwy wymiar, kiedy zostają wkomponowane w całość międzyosobowej więzi, której sfera seksualna jest istotnym składnikiem. Natomiast oparcie tej więzi głównie na pożądaniu seksualnym jest niewystarczające oraz nie zapewnia jej trwałości. Nie można jednocześnie zapominać, że dojrzała seksualność wyraża się we włączeniu sfery płciowej człowieka w całość jego funkcjonowania i rozwoju.

Bibliografia:

- Aleksandrowicz, J. (1998). *Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych według ICD-10. Psychopatologia, diagnostyka, leczenie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Alexandraki, K., Stavropoulos, V., Burleigh, T.L., King, D.L., & Griffiths, M.D. (2018). Internet pornography viewing preference as a risk factor for adolescent Internet addiction: The moderating role of classroom personality factors. *Journal of Behavioral Addictions*, 7 (2), 423-432.
- American Psychiatric Association DSM IV. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. 4th edition. Washington D.C., 1994, <http://displus.sk/DSM/subory/dsm4.pdf> (data dostępu 14.08.2018).
- American Psychiatric Association DSM III-R. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. 3th edition. Washington D.C., 1987 <http://displus.sk/DSM/subory/dsm3.pdf> (data dostępu 14.08.2018).
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bancroft, J., Vukadinovic, Z. (2004). Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity or what? Towards a theoretical model. *The Journal of Sex Research*, 41, 225–234.
- Carnes, P. (2001). *Od nałogu do miłości: jak wyzwolić się od uzależnienia od seksu i odnaleźć prawdziwe uczucie*. Poznań: Media Rodzina.
- Carnes, P., Delmonico, D.L., Griffin, E., Moriarty, J. (2001). *In the shadows of the net: Breaking free of compulsive online sexual behavio*. Center City, MN: Hazelden Educational Materials.

- Chaudhur, S., Devabhaktuni, S., Singh, G., Kiran, Ch., Kumari, D., Kumari, N. (2017). Cyber Sexual Addiction: Two Case Reports. *Global Journal of Addiction & Rehabilitation Medicine* 3 (2).
- Czajkowski, P. (2008). *Przemiany seksualności a pornografia*, (w:) *Moralne obrazy. Społeczne i socjologiczne (de)konstrukcje seksualności*, E. Banaszak, P. Czajkowski (red.), 43–64, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersyteckie.
- Davis R. A. (2001). a cognitive-behavioral model of pathological internet use. *Computers in Human Behavior*, 17 (2), 187–195.
- Dell’Osso, B., Allen, A., Altamura, M. C., Buoli, M., Hollander, E. (2008). Impulsive-compulsive buying disorder: Clinical overview. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42 (4), 259–266.
- Dhuffar, M. K., Griffiths, M.D. (2015). a Systematic Review of Online Sex Addiction and Clinical Treatments Using CONSORT Evaluation. *Current Addiction Reports*, 2 (2), 163–174.
- Gapik L., Waszyńska K. (2006). *Uzależnienie od seksu*, (w:) *Oblicza współczesnych uzależnień*, L. Cierpiałkowska (red.), 216–229, Poznań: UAM.
- Gold, S.N, Heflner, C.L. (1998). Sexual addiction: Many conceptions, minimal data. *Clinical Psychology Review*, 18, 367–381.
- Góralczyk, P. (2000). *Wychowawcza etyka seksualna*. Ząbki: Wydawnictwo Apostolicum.
- Griffiths, M. (2000). Excessive internet use: Implications for sexual behavior, *CyberPsychology & Behavior*, 3 (4), 537–552.
- Griffiths, M.D. (2001). Sex on the internet: Observations and implications for Internet sex addiction, *The Journal of Sex Research*, 38 (4), 333–342.
- Griffiths, M.D. (2012). Internet sex addiction: a review of empirical research. *Addiction Research and Theory*, 20, 111–124.
- Guerreschi, C. (2006). *Nowe uzależnienia, internet, pracoholizm, sex, komórka, emocje, kupowanie*. Kraków: Wydawnictwo Salwator.
- ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision*. The global standard for diagnostic health information, <https://icd.who.int/en/> (data dostępu 10.08.2018)
- Imieliński, K. (red.), (1984). *Seksuologia społeczna*. Warszawa: PWN.
- Kafka M. P., Hennen, J. (2002). a DSM-IV Axis I comorbidity study of males (N = 120) with paraphilias and paraphilia related disorders. *Sexual Abuse, Journal of Research and Treatment*, 14 (4), 349–366.
- Laurent, K., Wéry, A., Weinstein, A., Cottencin, O., Petit, A., Reynaud, M., Billieux, J. (2014). Sexual Addiction or Hypersexual Disorder: Different Terms for the Same Problem? a Review of the Literature. *Current Pharmaceutical Design*, 20 (25), 4012–4020.
- Lew-Starowicz, Z. (1991). *Leczenie nerwic seksualnych*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

- Melibruda, J. (2018). *Psychologiczna problematyka uzależnień od alkoholu i narkotyków*, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/1042-psychologiczna-problematyka-uzaleznien-od-alkoholu-i-narkotykow.htm> (data dostępu 14.08.2018).
- Niewiadomska, I., Chwaszcz, J., Kołodziej, B., Śpila, B. (2005). *Seks*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Raymond, N.C., Coleman, E., Miner, M.H. (2003). Psychiatric comorbidity and compulsive-impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 370-380.
- Sarzała, D. (2009). *Seksoholizm - identyfikacja problemu*, (w:) *Nowe oblicza uzależnień*, E. Łuczak (red.), Olsztyn: UWM.
- Young, K. (2008). Internet sex addiction - Risk factors, stages of development, and treatment. *American Behavioral Scientist*, 52 (1), 21-37.
- Young, K. (2001). *Tangled in the Web: Understanding cybersex from fantasy to addiction*. Bloomington: Authorhouse.
- Zdrada, D. (2017). *Seksoholizm, perwersja i miłość*. Warszawa: Wydawnictwo Difin SA.

Kasper Sipowicz, Ph.D.

*The Maria Grzegorzewska University in Warsaw
Department of Interdisciplinary Disability Studies*

Tadeusz Pietras, Ph.D., D.Sc. in Medical Sciences, Prof. of MU of Lodz

*Medical University of Lodz
Department of Clinical Pharmacology,
1st Chair of Internal Medicine*

Life unworthy of life - eugenics of "deteriorated" people in the Third Reich

Życie niegodne życia - rzecz o eugenicie osób „niepełnowartościowych” w III Rzeszy

Abstrakt:

Już w 1933 r. władze III Rzeszy uchwaliły *Ustawę o zapobieganiu narodzinom potomstwa obciążonego dziedzicznie*. Na podstawie tego aktu prawnego pozbawiano życia osoby upośledzone zarówno psychicznie, jak i fizycznie. Ponieważ ci chorzy byli często podopiecznymi katolickich lub ewangelickich zakładów opieki, nieunikniona stała się konfrontacja między kościołami chrześcijańskimi a reżimem nazistowskim. Kościół katolicki potępił nazistowski program eugeniczny w oparciu o encyklikę *Casti connubi*. Natomiast kościoły ewangeliczne nie zajęły w tej kwestii wspólnego stanowiska. Dlatego też protestowali jedynie pojedynczy pastory.

Słowa kluczowe: III Rzesza, eugenika, polityka, kościoły chrześcijańskie, eksterminacja

Abstract:

The *Law for the Prevention of Genetically Diseased Offspring* was enacted as early as in 1933. Based on that law, people with mental or physical disabilities got deprived of their lives. The ones in question were frequently the patients of social welfare facilities run by Catholic or Evangelical churches. Therefore, the confrontation between Christian churches and the Nazi regime became inevitable. The Roman Catholic Church condemned the Nazi program of eugenics, based on the *Casti Connubi* Encyclic. Evangelical churches, however, did not come to the common ground and there were only isolated pastors who protested against the idea.

Key words: Nazi Germany, Eugenics, Politics, Christian Churches, Extermination.

Introduction

The term eugenics comes from the Greek word *eugenes* - "well-born." Its authorship is attributed to a 19th century doctor Francis Galton, who was a cousin of Charles Darwin. He was a physician dealing also with psychometry, statistics, and even meteorology. The concept of eugenics was based on reproduction of individuals with the desired physical and mental characteristics (positive eugenics) and/or permanent sterilization of individuals who did not have such characteristics (negative eugenics). Eugenists built their concept on the

basis of Darwin's theory of natural selection. In a linear manner, they translated the laws governing the world of plants and animals to interpersonal relationships, which undoubtedly was a reversal of the hundreds of years of the development of humanity. Edmund Osmańczyk (1946, p. 72) wrote: „*There was among the primitive tribes the trend to kill the weak, that is, the crippled, the elderly, the sick. That law, governing in nature, condemning the weak ones to death to promote the development of those who are strong, has been imbued with the human souls since the primal times up to this day, despite the popularization of Christ's revelations*”.

The German Nazi eugenic program

Two years before the introduction of the ‘Nuremberg laws’ – on July 14, 1933 – the first legal regulation announcing the application – on a scale hitherto unknown – of the methods of so-called negative eugenics (from the Greek *eugenes* – “well-born”), namely *The Law for the Prevention of Genetically Diseased Offspring* (*Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*) was passed. The number of supporters of eugenics had increased significantly in Germany during World War I, when it was argued that the sick occupied the beds in hospitals that were needed for wounded soldiers, and received food rations, while the rest of the population was starving (Hagemann, 2000). The Nazis returned eagerly to that 19th century concept, perceiving it as bringing various benefits (such as savings in the state budget, the possibility of relocation of the medical personnel to other health care institutions, which would be of particular importance in the event of war, as well as the chance to “breed” a Nietzsche's “superhuman”). Hitler (1941), even before coming to power, wrote about that in his *opus vitae*: “*Der Kampf um das tägliche Brot läßt alles Schwache und Kränkliche, weniger Entschlossene unterliegen (...)*” [The struggle for the daily livelihood leaves behind in the ruck everything that is weak or diseased, and less determined].

For the sake of justice, it should be pointed out that the Third Reich was not the first country in the world to translate the theory of eugenics into the legal regulations. Subjects with genetic diseases were sterilized in 26 States in the United States, Denmark, Swiss canton Waadt and the Canadian province of Alberta (Zaremba, Bielawski, 2011), though of course not on such a scale as in Germany, where – in addition to the genetically diseased individuals – also the enemies of the regime were eliminated with the use of such methods. a German historian, Hans-Walter Schmuhl (1987, p. 130) points out that “without the establishment of the National Socialist regime such a process of radicalization would not be likely to occur”.

The first attempts to draw up rules to regulate the births, and more precisely: to sterilize the individuals who, according to the state, were unworthy of reproduction, took place in 1932, still in the times of the Weimar Republic. The draft law was developed by the Prussian State Health Council (*Preußischer Landesgesundheitsrat*). It contained provisions on

eugenic sterilization, but voluntary, with the consent of the person concerned (ibid.). The law did not come into force, because the Reichstag passed a much more radical one, applicable throughout the Reich, i.e. the aforementioned *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*. The person responsible for the preparation of the relevant provisions was the Minister of the Interior Wilhelm Frick. For this purpose, he appointed a special advisory body, comprising, among others, people involved in the so-called. "racial hygiene" (*Rassenhygieniker*) such as Ploetz, Rüdin, Lenz, Burgdörfer, the President of the Reich Physicians Association – Wagner and the senior activists of the Nazi party – Himmler, Darré and von Schirach (Sipowicz, 2016). Work on the law progressed at a rapid pace. The team was formed on June 2, 1933, and 26 days later, Frick presented to the other members the basic assumptions of the new regulations (Neliba, 1992). He argued that 20% of the population of Germany was genetically diseased, and that type of subjects – in his opinion – reproduced two or even three times more often than the outstanding individuals, moreover, he pointed to the alleged 30-percent decline in the number of births (Schöne, Luger, Krull, 2014).

The ready draft of the law went to a meeting of the Government on July 14, which also approved the Concordat between the Reich and the Apostolic See. The only member of the cabinet, who strongly opposed the eugenic aspirations of Hitler, was his deputy, Franz von Papen (Richter, 2000). His opposition was mainly motivated by fear of the reaction of the Vatican, with a focus on that adverse coincidence. The Vice Chancellor advocated the Prussian solution, i.e. voluntary sterilization (ibid.). Although Papen's *votum separatum* led in fact to mitigation of the individual provisions, in practice it did not alter significantly the sinister plans of the Nazis. The law introduced sterilization of genetically diseased subjects if, in accordance with medical knowledge, their offspring would be (with a high degree of probability) handicapped physically or mentally (*Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*, [in:] *Reichsgesetzblatt*, 1933, I, p. 529, art. 1, para. 1.). Among the diseases eligible for such surgical intervention, the following medical conditions were included: debility, schizophrenia, manic-depressive disorder, epilepsy, chorea (also called St. Vitus' disease), severe physical deformities, but also blindness, deafness and severe alcoholism (ibid., art. 1, para. 2 and 3). The person affected by one of those conditions or, in the case of minors and mentally disabled, their legal guardian could apply for sterilization (ibid., art. 2, para. 1.). Other persons authorized to submit such a request (to judicial institutions specially set up for that purpose) were appointed doctors and heads of hospital establishments, prisons, nursing homes and therapeutic facilities (ibid., art. 3, para. 1 and 2). Authorization of the latter was restricted to the residents of the listed agencies. In practice, the proportion of voluntary applications was ok. 4%, of those submitted by appointed doctors – 78% and by managers of the establishments listed in the act – the remaining 18% (Baader, Peter, 2018). Thus, the Nazi government legalized *de facto* the compulsory and irreversible mutilation of its own citizens

who did not fit into the vision of the “Thousand-Year Reich” inhabited by the tall, blue-eyed, blond-haired Aryans, healthy and physically fit.

It did not take long to find out that the state authorities often took advantage of that legal instrument. Only in the year 1934 over 30,000, and from 1934 to 1945 400,000 people were subjected to sterilization (Schmuhl, 1987).

After two years of the applicability of the Act – on 26 June 1935 year – the authorities of the Third Reich decided to revise it, expanding the catalog of compulsory surgical procedures by adding abortion. It was, therefore, the transition from “prevention” to active destruction of “life unworthy of life” (*lebensunwertes Leben*) (Nitschke, 1999). The fetus could be aborted if a woman who was to undergo sterilization by an order of the appropriate court became pregnant before it was performed (*Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*, [in:] *Reichsgesetzblatt*, 1935, I, p. 773, art. 2, para. 1.). The procedure could be performed before the sixth month of pregnancy and required *de iure* the consent of the woman. In practice, however, the doctors or the courts enforced such consents, or, in general did not request it at all (Friedlander, 1995). It is estimated that such a practice took place in approx. 30,000 cases (*ibid*). The new rules do not mean the legalization of common abortion, to which only the woman’s request would be sufficient. The termination of pregnancy remained prohibited under penalty of a fine or imprisonment, and the case-law in this type of offences was much stricter than before Hitler came to power. On 4 February, 1936, the wording of that law was changed once again, by introducing the seemingly “cosmetic” changes. The term “surgical procedure” was replaced by a “medical procedure”. Thanks to the new formulation, the range of medical abortion techniques was extended by induction of artificial abortion by means of X-rays and radium (Kravetz, 2019).

The eugenic issues were resolved directly by the *Führer’s* Chancellery, the head of which was Philipp Bouhler, which was addressed at the beginning of 1939 by a professor of pediatrics, Werner Catel, from Leipzig. He reported to Hitler a case of his patient, a child handicapped physically and mentally. He recommended that the parents should apply to the Chancellor with the request for his approval to – *par excellence* – kill the child. The *Führer* upheld the request of the Knauers, ordering to proceed in the same way in similar cases (Sipowicz, 2016). Thus, the Third Reich legalized the euthanasia of children, although without the enactment of a special law, as the practice was confidential. It should be noted that Hitler’s decision related only to children staying in their family homes. The other minors who had been in the different types of care facilities, were murdered according to the principles set out in the laws described above and on the basis of the *Führer’s* secret regulation signed by him in October 1939, and then backdated to September 1st of that year (Biesold, 2011).

The euthanasia campaign was given the codename “*Aktion T4*”, taken from the address of the central institution supervising the course of action, located in Berlin-

Charlottenburg at Tiergarten Street no 4. In 1940, only in one extermination camp established in the castle of *Grafeneck* (Baden-Württemberg) approx. 300 children (patients of the care facility in Emmendingen) were killed in gas chambers (ibid.). The “experience” (techniques of killing, logistics, etc.) gained during that time served the Nazis during the Holocaust, especially considering that under the euthanasia program it was intended to implement the first massive scale murders of the Jewish population. To this end, in the summer of 1938, the Aryan residents of care facilities were separated from the Jews, who (both adults and children) were transferred to specially created concentration camps (initially located mainly in Brandenburg), where were brutally killed in gas chambers (Bergman, 2012). Starting from 1940, the Jews residing in psychiatric facilities were treated in the similar way.

„*Aktion T4*” was so effective that at the beginning of 1941 the head of the SS, Heinrich Himmler, asked Bouhler to lend him the doctors involved in this action, to “examine” the most severely ill prisoners in the concentration camps (Vellguth, 2014). Euthanasia of those prisoners was code-named “14f13”, where “14” meant death in a concentration camp, and “13” the type of death, i.e. killing with gas. “Specialized” doctors visited the camps in Dachau, Sachsenhausen, Buchenwald, Mauthausen, Auschwitz, Flossenbürg, Groß-Rosen, Neuengamme and Niederhagen to qualify the prisoners previously selected by the SS prisoners to *Sonderbehandlung* (“special treatment”), i.e. “14f13”. Initially, that group consisted of people unable to work, and therefore completely useless from the Nazi point of view. Over time, the criteria were extended to include “asocial psychopaths” whose “disease” was only belonging to, or supporting, the communist movement. The Nazi officials did not even conceal that fact, writing in the “Symptoms” box bizarre statements, such as “a confirmed communist” or “known KPD officer” (Klee, 2010). The selected prisoners of these camps were not killed there, but were transported to special extermination centers (so-called *Tötungsanstalten*) – created previously within in the framework of operation “T4” – among others in Sonnenstein, Bernburg and Hartheim. The people sentenced to death were told that they would be transferred to another camp, where they would receive better medical care. As a result of the implementation of the “14f13” extermination program, approx. 20,000 people lost their lives (ibid.).

Euthanasia has always been opposed by the Catholic Church, standing on a position that only the Creator can decide on the life or death of a human being. That standpoint was expressed by the Pope Pius XI, announcing on December 13, 1930, the *Casti connubii* Encyclic, which presented the contemporary threats to the Christian marriage. However, the attitude of Catholic priests to this issue was not so equivocal. Among the German clergy there were supporters of voluntary sterilization, such as a Jesuit Friedrich Muckermann or a theologian Joseph Mayer, who in the year 1927 openly supported the legalization of eugenic sterilization for the reasons of so-called racial hygiene (Schmuhl, 1987). It should be noted that despite his declaration Muckermann was a strong opponent of national socialism, which

forced him into exile. He published at that time an anti-Nazi magazine of Catholic profile *Der deutsche Weg* (Besier, 2010).

The Fulda Episcopal Conference received the signals concerning the eugenic legislation planned by the government. The response of the bishops was immediate: On the 1 May 1930, they conspicuously criticized the draft of the law (ibid.). However, it did not change in any way the position of the government, which – as already mentioned – led to the imminent enactment of the new legislation. In those circumstances, the hierarchs of the German Church adopted as their goal the exclusion of Catholic medical personnel (especially nuns) and Catholic judges from participation in the implementation of the sterilization program. The idea was expressed in the memorandum that was sent by the President of the Conference, cardinal Bertram on September 12, 1933 to Minister Frick (Conroy, 2017). The aftermath of that “*aide-mémoire*” was delegation of the Archbishop of Freiburg Conrad Gröber and bishop Berning to negotiate with the national administration in respect of the exemption of those people from the implementation of the provisions of the Act. The authorities agreed that the Catholic managers of care facilities would not have to apply for sterilization for their charges, but still maintained the obligation to notify the appropriate state authorities of patients eligible for the surgery in their centers. Therefore, the concession granted by the regime was only symbolic. In addition, the Holy Office, despite earlier objections of German ecclesiastical authorities, gave their consent for the presence of nuns during the sterilization procedures on July 24, 1940, provided that the replacements for them did not give sacraments to the patients (Weingart, Kroll, Bayertz, 1992).

The strongest objection against the *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* was expressed by the Archbishop of Münster, Clemens August count von Galen, who published a pastoral letter on January 29, 1934. The document annoyed Frick to such extent that he sent an official protest to both the episcopate and the Vatican (Schüler, Flammer, Wolf, 2007). The attitude of von Galen was, however, an exception among representatives of the higher clergy in Germany. Undaunted by that fact, the Archbishop of Münster tried to convince Bertram to take decisive steps in defense of the lives of people who were unable to stand up for themselves (ibid.). However, the Wrocław Cardinal remained adamant. Bertram sent the requested letter to the head of the Third Reich Chancellery, Hans Lammers, as late as August 11, 1940 (Trautmann, 2010). That intervention, which, anyway, did not have any effect, was, above all, of a confidential nature, and therefore the criminal practices of the Nazis were not known to the wider public. H.-W. Schmuhl (1987) explains the behavior of the German episcopate by the desire to protect “their own interests”, and thus not to expose themselves to persecution by the regime.

Despite the passive attitude of his fellows, von Galen decided to denounce expressly the program of euthanasia. He chose initially the official legal route, submitting to the public prosecutor’s office in Münster a notice of a possibility of committing a crime by the

government authorities (Schüler, Flammer, Wolf, 2007). Anticipating that it would not bring the desired results and motivated by successive reports of patients transported away from health care facilities (e.g. in Mariental), the Archbishop decided to share his opinions with the congregation. That is why he delivered on August 3, 1941 in the *Lamberti* church in Münster a sermon, which has passed into history. Von Galen pointed out that another human being must not be treated like “a machine that does not work, a horse that is irreversibly lamed or a cow which no longer gives milk” (Hagemann, 2000, p. 67). Besides, he added that a similar fate befalls the disabled workers, tuberculosis patients and the elderly and called for social ostracism of people taking an active part in this practice.

The text of the homily was later read in other churches and very quickly became known among the German population (including the front soldiers), and even beyond the borders of the Third Reich. In addition, it was dumped in the form of leaflets by the Royal Air Force (RAF). Fortunately, Archbishop von Galen escaped repression in respect of his activities, although prominent NSDAP activists (such as the gauleiter of Westphalia Alfred Meyer) called for placing the undisciplined priest in a concentration camp (Trautmann, 2010). The *Führer* decided to postpone the resolution to this problem until the post-war period. Hitler’s decision can be explained in two ways: first, he did not want to escalate the conflict between the state and the church, and hence have the German Catholics against him; secondly, von Galen’s echoed widely in the world, so his potential arrest had to be reckoned with strong international opposition, in particular on the part of the Vatican. However, the “ordinary” priests could not count on a similar treatment. This is confirmed by the case of four clerics from Lübeck, who were condemned to death by the People’s Court (Volksgerichtshof) for distributing von Galen’s sermons. They were three Roman Catholic priests from the Sacred Heart of Jesus Parish (*Herz-Jesu-Kirche*): E. Müller, J. Prassek, H. Lange; and one Evangelical pastor from Luther church, K. Stellbrink (Conway, 1969). They were executed on November 10, 1943. Three months earlier, the same fate befell a student of law, Maria Terwiel, who had also distributed the homily through an anti-Nazi (pro-Soviet) organization *Rote Kapelle* (“Red Orchestra”), centered around the *Luftwaffe* officer, captain Harro Schulze-Boysen (Schad, 2010). The words of the Archbishop of Münster had also affected the Scholl siblings, who, having founded the anti-Nazi *Weißer Rose* (“White Rose”) group, fought against the regime with the use of propaganda methods (ibid.). Von Galen realized that his speech against the eugenic practices contributed to the loss of life by many people:

“ (...) because they repeated my sermon, i put many of my best priests through concentration camps and even death” (ibid., p. 109).

It should be added that von Galen received full support of Pope Pius XII, who even after the end of World War II cited extensive fragments of sermons of the “Lion of Münster” (Trautmann, 2010).

The Nazi response to the first attempts of hierarchs of the Catholic Church to halt the eugenic program was the radicalization of activities directed against them. Over the years 1935/36 mass processes for currency offences were initiated against representatives of the clergy. Strict laws, prohibiting the export of foreign currencies from the country, were applicable in the Third Reich, whereas many ecclesiastical institutions had financial commitments abroad, which led to violations of these restrictions (Ryszka, 1962). The “hunt” for currency offenders was escalating, not avoiding even the former Papal Nuncio in Munich, Alberto Vassallo di Torregrossa, whose status after decommission of the Apostolic Nunciature was not specified (Besier, 2010). Despite the protests of the diplomat, the building of the former Apostolic Nunciature was searched in September 1936. As a result, the Italian liras as well as materials for encryption and decryption of messages and files were found. Nuncio Orsenigo filed a formal complaint on the proceedings of the authorities in the Ministry of Foreign Affairs, and then conducted negotiations with the head of the Political Department of the Ministry, Ernst von Weizsäcker (ibid.). The aftermath of that diplomatic intervention was permission for Vassallo di Torregrossa to leave the territory of Germany. It is noteworthy that, contrary to the practice applicable in similar processes, the Nazis kept the investigation against the Vatican diplomat in full secrecy. In addition to foreign currency-related processes, many investigations concerning crimes against morality were initiated (mainly against monks). The cases of homosexual contacts were disclosed during the search of the monasteries, organized in order to find foreign currencies (Schwartz, 1962). That fact was publicized by the Nazi propaganda exaggerating the scale of the phenomenon. The official newspaper of the SS, *Das Schwarze Korps* wrote about the “hordes of sex offenders” presenting the convents as “lair of debauchery” (Sipowicz, 2016). Goebbels, the minister of public enlightenment and propaganda, spoke in a similar tone, pontificating about the “sexual plague” rampant among the clergy.

“It was aimed at complete terrorization of the clergy, weakening their influence in Catholic population, and on this occasion, destruction of all and any, even the alleged centers of opposition against the regime” (Piwarski, 1960, s. 80).

As in the case of the Catholic Church, the eugenics legislation turned out to be a real challenge, both ethical and political, for the Protestant churches. It led to a controversy among the pastors. Some of them already in the late 1920's and 30's advocated taking into account the demands of “racial hygiene” in Evangelical care institutions (Conway, 1969). One of the key characters of this trend was the Secretary of the Joint Association of the German Evangelical Therapeutic and Nursing Facilities (*Geschäftsführer des Gesamtverbandes der deutschen evangelischen Kranken-und Pflegeanstalten*), Hans Harmsen, who initiated on January 31, 1931 the Evangelical Specialist Conference for Eugenics (*Evangelische Fachkonferenz für Eugenicist*) (ibid.). At its first meeting, which was held four months later in

the village of Treysa (currently Schwalmstadt in Hesse), Harmsen asked a rhetorical question:

“We grant to the state the right of killing criminals and taking human life during the war. So why do we deny it the right to eliminate disruptive lives?” (Klee, 2010, s. 107).

Further pronouncements of that “scholar” advocated social coverage (including medical care) only for those people who held promise to return to full productivity. Therefore, he regarded humans only as a labour force, which in the event of illness, not giving much chance for complete recovery, was not even worth receiving a treatment. Thus, he anticipated the principle of profitability, which was imposed by the Nazi regime on the managers of all care centers. The Nazi eugenic program found supporters among the pastors associated both with the German Christians (sterilization and euthanasia as a means of ensuring the racial purity of the German people included in the guidelines of that religious movement in 1932), and with the Confessing Church. This unanimity across division was explained by H.-W. Schmuhl (1987, p. 306) as the desire of the clergy to combat the socio-cultural phenomena, which constituted according to them “the epitome of the Weimar Republic”, manifest in “resentments towards socialism, democracy, liberalism,” pulp fiction«, “degeneracy of art” and moral decadence”. These resentment were expressed also in the acceptance of racial hygiene propagated by the new administration. The Protestant organization dedicated to social assistance, so-called Inner Mission, clearly endorsed the Law for the Prevention of Genetically Diseased Offspring, with the only reservation that each eugenic procedure had to be performed with the consent of the person concerned (Conway, 1969). A similar standpoint was represented by the Provincial Synod of Westphalia, dominated by the members of the Confessing Church, which approved that law on December 15, 1933. It should be emphasized that in the situations where the Nazi eugenic plans went far beyond the ethical objections of Protestant churches, they remained passive, expressing only a strange fear that the sterilized individuals will be prone to “sexual promiscuity” (Kühl, 1994). The number of patients undergoing sterilization procedures in the care facilities run by the Protestant community grew gradually: in 1934, 2399 such surgical interventions were performed, and in the first half of the year 1935 – already 3140 (Bergman, 2012). Although the Evangelical Church did not approve of forced sterilization and abortion, but in 1936 the year the Reich Church Committee (Reichskirchenausschuss) recommended to all of the pastors not to hinder implementation of the eugenic program by the state authorities, and even more – to encourage the residents to agree to the treatment voluntarily (Conroy, 2017).

The first facility in Württemberg subordinated to the Inner Mission whose charges were subjected to euthanasia was the care center for epileptics in Pfungstweide. On February 1, 1940, it was left by thirteen residents, whose lives – in the opinion of the authorities, “were not worthy of life” (Klee, 2010). In the same month, the management of that facility made an

official protest to the Ministry of Internal Affairs of Württemberg, in particular that the criterion for the selection of patients was alphabetical [*sic!*]: the Nazi officials decided to kill the epilepsy patients in the order of their names beginning with the letters from “B” to “H” (Biesold, 2011). The local hierarch Wurm and the bishop of Baden Julius Kühlewein were informed about the incident. The former of them issued on July 19, 1940 a letter of protest to Frick, where in addition to objections theological in nature, he deplored the “procedure”, “scale” and “conspiratorial character” of the euthanasia program (Neliba, 1992). In fear of potential repressions, he emphasized at the same time that it was not his goal to act against the Nazi regime. His prayers for the success of German soldiers at the front and prayer of thanksgiving for the victory over France were intended to provide the evidence of his loyalty.

Therefore, the author of the letter probably found it bewildering when his appeal became known to the public opinion as an “underground” publication. Despite that, he did not confine himself to that intervention, addressing other letters to Lammers, Goebbels and the Minister of Justice Franz Gürtner (Friedlander, 1995). Other Protestant pastors tried to involve the Wehrmacht in the inhibition of the euthanasia operations, arguing that the victims of those practices were often soldiers returning to the country for treatment, in particular those suffering from nervous disorders. However, both civil and military authorities ignored in fact the protests of the pastors, which is illustrated by the case of a Württemberg facility in Stetten im Remstal, managed by Rev. Ludwig Schlaich. Although he supported the idea of “racial purity”, he was trying to prevent the extermination of his charges, who were repeatedly “transferred” to other facilities, and actually transported to the place of execution (Schöne, Luger, Krull, 2014). On May 30, 1940, 70 residents were deprived of life in this way (*ibid.*). Despite the letters of protest sent to Hess, in September another group of 150 people was murdered. That fact prompted Schlaich to undertake subsequent interventions, writing among others to Goebbels, Lammers, Gürtner and Frick, which proved to be totally ineffective, since on October 16, the authorities designated the next group of 92 patients with a view to their elimination (Nitschke, 1999). Then, the manager of the facility in Stetten im Remstal sought the help of a well-known Protestant theologian, Friedrich von Bodelschwingh, who along with pastor Paul G. Braune was appointed to examine the issue of euthanasia in the facilities subordinated to the Inner Mission, the institution founded in the 1840’s in Wittenberg, was responsible for the care of orphans, the crippled and the poor. The support of the clergyman from Bethel brought a partial success: the Ministry of Interior agreed to postpone the planned transport, which only delayed the execution by less than a month. In total, a half of all residents of this institution were subjected to euthanasia (Baader, Peter, 2018).

The approach adopted by bishop Wurm, limited to confidential letters addressed to prominent politicians, proved ineffective. The hierarch, driven by falsely understood loyalty

to the state authorities, chose not to denounce publicly the euthanasia practices. a completely different position was represented by a representative of the Confessing Church, Hermann Diem, who believed that the main weapon was raising objections in a way that was completely open, so as to keep the public informed about the practices of the Nazis and to gain their help for the Church to end these practices. Not only did the concept of Diem find no understanding in the German Evangelical churches, but also his native community failed to develop a common position in this matter. Therefore, many pastors took individual initiatives, like Ernst Wilm, who urged his fellows to inform their congregations from the pulpit on the methods of implementation of the eugenic program. Besides, he postulated that the care facilities should send their patients back to their families, which indisputably would prevent death of many of them. Wilm's activity led to his arrest in 1942. Then he was placed in the concentration camp in Dachau, where he survived until the end of the war (Conway, 1969).

It should be noted that von Bodelschwingh did not share the opinions of the aforementioned clergymen, especially that the facilities run by him were most likely intentionally bombed by the German air force on the night of 18 to 19 September, 1940 (Schöne, Luger, Krull, 2014). As a result of that incident, twelve children and a nun were killed, and many residents suffered serious damage to health. There are indications that the bombing was not accidental, and on the contrary it was intended to punish the undisciplined priest from Bethel, who strived to protect his charges, sometimes with success. On May 10, 1940, pastor Braune, who was the head of the facilities in Lobetal owned by Bodelschwingh, managed to thwart the export of 25 girls (Biesold, 2011). The time of probation came in mid-June, when the facility in Bethel received the application forms, which meant an indication of the patients to be exterminated. To prevent this, Bodelschwingh made a bold decision, informing the appropriate authorities of the state that his facilities would not complete those forms (Schmuhl, 1987).

It was only the September incident that forced him to change his position, but the change was not equivalent to approval, because the pastor from Bethel had set a condition that he would not sabotage the euthanasia operation if it was regulated by the law, which would involve the adoption of specific criteria, on the basis of which patients would be qualified for euthanasia in terms of medical indications, which would probably reduce the size of the extermination (Weingart, Kroll, Bayertz, 1992).

Conclusion

The reaction of the Evangelical Churches to the Nazi eugenic program – in contrast to the Catholic Church – was not institutional in character, and took the form of individual protests of individual pastors.

Eugenics causes polarity of positions in social discourse also in our times, although referring to the phenomenon as “eugenics” is avoided, using rather its component parts, i.e. euthanasia, abortion and sterilization instead. Fortunately it is no longer a part of the criminal regime, and remains a matter of the conscience of each of us. However, as rightly pointed out in the studies of Dagmar Herzog (2018) – the Nazi eugenic program has had a pervasive impact on the perception of people with disabilities both in Europe and on other continents.

Bibliography:

- Baader, G., Peter, J. (ed.) (2018). *Public Health, Eugenik und Rassenhygiene in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus*, Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Bergman, J. (2012). *Hitler and the Nazi Darwinian Worldview: How the Nazi Eugenic Crusade for a Superior Race Caused the Greatest Holocaust in World History*, Kitchener: Joshua Press.
- Besier, G. (2010). *Stolica Apostolska i Niemcy Hitlera*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Biesold, H. (2011). *Crying Hands: Eugenics and Deaf People in Nazi Germany*, Washington: Gallaudet University Press.
- Conroy, M. (2017). *Nazi Eugenics: Precursors, Policy, Aftermath*, Stuttgart: ibidem Press.
- Conway, J.S. (1969). *Die nationalsozialistische Kirchenpolitik 1933-1945: ihre Ziele, Widersprüche und Fehlschläge*, München: Kaiser Verlag.
- Friedlander, H. (1995). *The Origins of Nazi Genocide: From Euthanasia to the Final Solution*, Chapel Hill: The University of North Carolina Press.
- Hagemann, A. (ed.) (2000). *Euthanasie im NS-Staat: Grafeneck im Jahr 1940*, Stuttgart: Landeszentrale für politische Bildung.
- Herzog, D. (2018). *Unlearning Eugenics: Sexuality, Reproduction, and Disability in Post-Nazi Europe*, Madison: University of Wisconsin Press.
- Hitler, A. (1941). *Mein Kampf*, München: Zentralverlag der NSDAP.
- Klee, E. (2010). *Euthanasie im Dritten Reich. Die Vernichtung lebensunwerten Lebens*, Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Kravetz, M. (2019). *Women Doctors in Weimar and Nazi Germany: Maternalism, Eugenics, and Professional Identity*, Toronto-Buffalo-London: University of Toronto Press.
- Kühl, S. (1994). *The Nazi Connection: Eugenics, American Racism, and German National Socialism*, New York/Oxford: Oxford University Press.
- Neliba, G. (1992). *Wilhelm Frick: Der Legalist des Unrechtsstaates: Eine politische Biographie*, Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh.
- Nitschke, A. (1999). *Die Erbpolizei im Nationalsozialismus: Zur Alltagsgeschichte Der Gesundheitsämter Im Dritten Reich*, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Osmańczyk, E. (1947). *Sprawy Polaków*, Katowice: Wydawnictwo Awir.

- Piawski, K. (1960). *Watykan a faszyzm (1929-1939)*, Warszawa: Książka i Wiedza.
- Richter, I. (2000). *Katholizismus und Eugenik in der Weimarer Republik und im Dritten Reich*, Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh.
- Ryszka, F. (1962). *Noc i mgła. Niemcy w okresie hitlerowskim*, Wrocław-Warszawa-Kraków: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Schad, M. (2010). *Szara eminencja Watykanu. Siostra Pascalina i papież Pius XII*, Kraków: Wydawnictwo M.
- Schmuhl, H.-W. (1987). *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung "lebensunwerten Lebens", 1890-1945*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmuhl, H.-W. (2005). *Grenzüberschreitungen. Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik 1927-1945*, Göttingen: Wallstein Verlag.
- Schöne, Ch., Luger, M., Krull, N. (2014). *Rassenhygiene und Euthanasie im Dritten Reich*, Norderstedt: GRIN Verlag.
- Schüler, B., Flammer, T., Wolf, H. (ed.) (2007). *Clemens August von Galen. Ein Kirchenfürst im Nationalsozialismus*, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Sipowicz, K., (2016). *Prześladowania religijne w Kraju Warty. Represje wobec Polaków i duchowieństwa polskiego a polityka wyznaniowa rządu III Rzeszy 1939-1945*, Łódź: Dom Wydawniczy Księży Młyn.
- Trautmann, M. (2010). *Clemens August von Galen. Ich erhebe meine Stimme*, Innsbruck: Topos Taschenbücher.
- Vellguth, K. (2014). *Aktion T4 - Mord mit System. Das NS-Euthanasieprogramm und die Geschichte eines Opfers*, Innsbruck: Topos Taschenbücher.
- Weingart, P., Kroll, J., Bayertz, K. (1992). *Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Zaremba-Bielawski, M. (2011). *Higienisci. Z dziejów eugeniki*, Wołowiec: Wydawnictwo Czarne.

ZASADY PUBLIKACJI

KWARTALNIK NAUKOWY FIDES ET RATIO

jest czasopismem ukazującym się on-line

Redakcja przyjmuje artykuły zgodne z profilem czasopisma zawartym w *Przesłaniu*, odpowiadające tematyce danego numeru Kwartalnika.

Każdorazowo temat kolejnego numeru jest ogłaszany na stronie Kwartalnika.

Redakcja „Kwartalnika Naukowego Fides et Ratio” oczekuje od Autorów respektowania zasad rzetelności naukowej oraz jawności informacji o wszystkich podmiotach przyczyniających się do powstania publikacji (wkład merytoryczny, rzeczowy, finansowy etc.) oraz okoliczności towarzyszących.

Oczekujemy także w przypadku publikacji przygotowanej przez kilku Autorów informacji dotyczącej wkładu poszczególnych Autorów w powstanie publikacji (z podaniem kto jest autorem koncepcji, założeń, metod, jaki jest procentowy wkład poszczególnych autorów w przeprowadzenie badań, w obliczanie, analizy itd.).

Do druku przyjmujemy jedynie artykuły o wysokim poziomie naukowym, stanowiące oryginalne i dogłębne opracowanie danego problemu, z wykorzystaniem najnowszej, fachowej literatury, a także z przypisami i bibliografią poprawnie przygotowanymi zgodnie z zasadami przyjętymi w Kwartalniku.

Do artykułu w oddzielnym pliku trzeba dołączyć: informacje o Autorze, kontakt z Autorem, afiliację artykułu, ORCID, streszczenie po polsku, tłumaczenie tytułu i streszczenie po angielsku.

Prosimy o zamieszczanie tabel i wykresów w oddzielnym pliku.

Artykuł należy zgłaszać przez system najpóźniej do dnia podanego na stronie.

W razie problemów technicznych prosimy o kontakt:

dorotasys@onet.eu m.rys@uksw.edu.pl

ZASADY RECENZOWANIA

- Każdy artykuł przesłany do Kwartalnika podlega wstępnej ocenie Redaktora Naczelnego i Rady Redakcyjnej Kwartalnika.
- Po pozytywnym zaopiniowaniu następuje przekazanie publikacji do Recenzentów zewnętrznych, będących ekspertami w zakresie danej problematyki.
- Recenzent dysponuje gotowym formularzem recenzji, na którym umieszcza swoje oceny i formułuje wnioski dotyczący dopuszczenia artykułu do publikacji lub jego odrzucenia; dodatkowo istnieje możliwość umieszczenia innych wyjaśniających komentarzy do recenzowanej publikacji.
- Autorzy prac i recenzenci nie znają swoich tożsamości (tzw. „*double-blind review proces*”).
- W Kwartalniku publikowane są jedynie te artykuły, które uzyskały pozytywne recenzje.
- Artykuły wymagające korekty są przekazywane Autorowi pracy z zaleceniem ustosunkowania się do uwag i poprawy tekstu zgodnie z sugestiami Recenzentów.
- W przypadku negatywnych recenzji publikacja zostaje odrzucona.