

KS. ARKADIUSZ OLCZYK
CZĘSTOCHOWA

DRAMAT NIEPŁODNOŚCI MAŁŻEŃSKIEJ. ASPEKTY SPOŁECZNE, MEDYCZNE I MORALNE

Niemожność realizacji powołania do rodzicielstwa, wskutek braku upragnionego potomstwa, może być powodem wielkiego rozczarowania, zawodu, doprowadzając niejednokrotnie do wielu nieporozumień, utraty poczucia własnej wartości a nawet rozkładu małżeństwa. Doświadczenie cierpienia z powodu niepłodności jednego lub obojga małżonków, dotyka całej ich osobowości. To znacznie więcej niż choroba w sferze cielesnej. Przenika ona do głębi, przekracza sferę biologiczną, dotyka psychiki i ludzkiego ducha.

1. Niepłodność jako choroba społeczna

Powszechnie utarło się przekonanie, że winę za brak dzieci ponosi kobieta. Stąd też kobiety wydają się w opinii społeczeństwa istotami fizycznie i psychicznie niepełnowartościowymi, niejednokrotnie uważanymi za bezużyteczne z racji nie spełnienia swojego głównego posłannictwa, jakim jest zrodzenie dziecka. Tymczasem dane statystyczne pokazują, że 35% przyczyn niepłodności leży po stronie kobiety, 35% po stronie mężczyzny, 25% dotyka obojga partnerów, a w 5% przypadków – przyczyna pozostaje niezdiagnozowana. Świadczy to o tym, że w żadnym wypadku winą za brak dziecka nie można obarczać jedynie kobietę, gdyż problem niepłodności w takim samym stopniu może dotknąć również każdego mężczyznę¹.

W ostatnich latach w wielu krajach rozwiniętych gwałtownie wzrosła liczba par borykających się z problemem niepłodności. Wzrost zachorowalności na choroby przenoszone drogą płciową, częsta zmiana partnerów seksualnych, wczesna inicjacja seksualna młodzieży, używki, antykoncepcja, szybki rozwój cywilizacyjny, technicyzacja codziennego życia, szkodliwe oddziaływanie niekorzystnych czynników środowiskowych, to niewątpliwie jedne z wielu istotnych przyczyn mających negatyw-

¹ Por. G. Lewandowski, *Małżeństwo bezdzietne a rodzicielstwo*, „Studia Gdańskie” 26 (1998) nr 11, s. 103; J. Pawłowicz, *Dlaczego niepłodność*, „Homo Dei” 78 (2009) nr 3, s. 104; A. Niewiadomska, *Najczęstsze przyczyny niepłodności*, „Raport niepłodność: Żyjmy dłużej” (2005) nr 1, s. 38.

ny wpływ na rozrodczość człowieka. Zmienia się również podejście społeczeństwa do samego problemu niepłodności. Można zaobserwować wzrost świadomości wielu par małżeńskich, które coraz wcześniej zgłaszają się do lekarza szukając pomocy medycznej. Dzięki temu notowany jest olbrzymi postęp w procesie diagnostyczno-lecznicyzycznym niepłodności².

Z klinicznego punktu widzenia o niepłodności można mówić wtedy, gdy kobieta nie zachodzi w ciążę po roku regularnego współżycia płciowego z przeciętną częstotliwością 3-4 stosunki tygodniowo, bez stosowania jakichkolwiek metod antykoncepcyjnych. Według ks. J. Orzeszyny „sam problem niepłodności obejmuje szeroki zakres zaburzeń uniemożliwiających zajście w ciążę lub urodzenie dziecka. Niepłodność to częściowy lub całkowity brak zdolności do wytwarzania pełnowartościowych gamet lub niezdolność do ich zapłodnienia”³. Nie jest ona zjawiskiem rzadkim, dotyczy bowiem 10-15% par w wieku reprodukcyjnym. Jeśli przyjmujemy, że zdrowie reprodukcyjne jest dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym związanym ze spełnieniem oczekiwań rozrodczych, to jego brak niewątpliwie informuje nas o zaistniałej chorobie jaką jest niepłodność. Takich wątpliwości nie ma również Światowa Organizacja Zdrowia (WHO - *World Health Organization*), która określiła niepłodność jako chorobę społeczną. Specyfika niepłodności polega na tym, że dotyczy ona zawsze dwojga ludzi, a nie pojedynczej osoby. Kobieta i mężczyzna mogą mieć bardzo dobry stan zdrowia, gdy żyją oddzielnie i nie pragną mieć dzieci. Natomiast gdy decydują się na potomstwo i po roku współżycia nie dochodzi do upragnionej ciąży, wtedy pojawia się choroba zwana niepłodnością⁴.

2. Skala niepłodności w Polsce

W Polsce nie przeprowadzono jeszcze szczegółowych badań epidemiologicznych zjawiska niepłodności, dlatego jego skalę można określać w oparciu o dane szacunkowe. Jeżeli przyjmujemy, że w Polsce żyje ok. 9 mln kobiet w wieku rozrodczym, a 12-15% tworzonych przez nie związków ma problemy z rozrodem, czyli co 6. para, można przyjąć, że w naszym kraju jest ponad milion par wymagających pomocy medycznej (ok. 18-20% małżeństw). Każdego roku rośnie liczba niepłodnych par, skala niepłodności staje się coraz to bardziej niepokojącym problemem naszego społeczeństwa⁵.

² Por. J. Radwan, *Epidemiologia niepłodności*, [w:] *Niepłodność i rozród wspomagany*, red. J. Radwan, S. Wołczyński, Poznań 2011, s. 11.

³ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności w małżeństwie*, Kraków 2005, s. 29.

⁴ Por. L. Pawelczyk, A. Sokalska, *Medyczne aspekty niepłodności oraz technik wspomaganego rozrodu*, [w:] *Dawanie życia. Problemy wspomaganego rozrodu człowieka*, red. J. Gadzinowski, L. Pawelczyk, J. Wiśniewski, Poznań 2003, s. 11; M. Bidzan, *Psychologiczne aspekty niepłodności*, Kraków 2006, s. 13.

⁵ Por. L. Pawelczyk, A. Sokalska, *Medyczne aspekty niepłodności...*, art. cyt., s. 11; J. Radwan, *Epidemiologia niepłodności*, art. cyt., s. 14.

Z biologicznego punktu widzenia człowiek posiada ograniczoną płodność. Realizacja płodności wymaga u obu płci posiadania zdolności do współżycia seksualnego i do poczęcia dziecka. Potencjał rozrodczy kobiety ulega stałemu zmniejszaniu się, natomiast u mężczyzny jest on zjawiskiem stałym⁶. Owulacja i zapłodnienie mogą nastąpić w każdym momencie życia kobiety, począwszy od okresu pokwitania, czyli dojrzewania płciowego, a skończywszy na menopauzie. Zapłodnienie jest najbardziej prawdopodobne wtedy, gdy występują regularne cykle owulacyjne czyli od chwili osiągnięcia pełnej dojrzałości płciowej do 5-9 lat przed menopauzą. Zwykle kobieta w okresie rozrodczym jest w stanie maksymalnie owulować 300 razy. Największa zdolność do zapłodnienia oocytów jest możliwa w wieku 14-16 lat, okres maksymalnej płodności kobiety przypada na 20-25 rok życia, później stopniowo spada. Średnia wartość miesięcznego wskaźnika płodności w przedziale wiekowym 20-30 lat wynosi ok. 30%. W późniejszym okresie życia wzrasta prawdopodobieństwo poronień i wad wrodzonych z powodu zwiększania się nieprawidłowości genetycznych w oocytach⁷.

3. Rodzaje niepłodności

Proces warunkujący rozwój prawidłowej ciąży i poród donoszonego, zdrowego dziecka jest uzależniony od szeregu następujących po sobie okoliczności, których zakłócenie uniemożliwia zajście w ciążę lub donoszenie dziecka:

- komórka jajowa po opuszczeniu plemnika musi być gotowa do zapłodnienia;
- od chwili owulacji, w ciągu kilku godzin musi dotrzeć do jajowodu;
- po inseminacji plemniki muszą dotrzeć do jajowodu;
- w środkowej części jajowodu dochodzi do zapłodnienia komórki jajowej;
- dochodzi do prawidłowego podziału komórki jajowej, jej implantacji i rozwoju w najbardziej korzystnym miejscu – endometrium;
- następuje proces prawidłowego rozwoju płodu aż do momentu porodu⁸.

⁶ *Płodność kobiety* jest zjawiskiem cyklicznym, pojawia się w okresie pokwitania, które następuje w okolicy 12-15 roku życia i trwa do okresu menopauzy, kończąc się około 45-55 roku życia. Menopauza jest trwałym, naturalnym zatrzymaniem cyklu miesięczkowego, co zazwyczaj objawia się ustaniem miesiączki zwanej menstruacją. Wraz z ustaniem gonad kończy się płodność kobiety.

Płodność mężczyzny jest zjawiskiem stałym, uwarunkowana prawidłowym przebiegiem procesu powstawania i dojrzewania plemników (gamet męskich), który odbywa się w jądrach (gonadach męskich), zachowaną drożnością dróg wyprowadzających nasienie oraz zdolnością podjęcia współżycia płciowego. Mężczyzna staje się płodny z chwilą zakończenia dojrzewania płciowego, co utrzymuje się do czasu wygaśnięcia czynności plemnikotwórczej w późnej starości. K. Szynceł, *Sztuczne zapłodnienie. Jeśli nie In vitro, to co?*, Kraków 2010, s. 9-10.

⁷ Por. N. Cybulska, M. Tomala, W. Niemczyk, G. Głąb, *Współczesna diagnostyka i leczenie niepłodności*, [w:] *Niepłodność – zagadnienie interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski, Kraków 2009, s. 52; K. Szynceł, *Sztuczne zapłodnienie*, dz. cyt., s. 8.

⁸ Por. M. Bidzan, *Psychologiczne aspekty niepłodności*, dz. cyt. s. 17.

Niepłodność należy zawsze rozpatrywać w odniesieniu do pary małżeńskiej, niezależnie od tego czy jej definitywna przyczyna leży po stronie kobiety, czy męzczyzny. W niepłodności małżeńskiej wyodrębniamy *niepłodność kobiecą (sterilitas feminina)* polegającą na braku możliwości zapłodnienia spowodowanej zaburzeniami rozwojowymi lub uszkodzeniem narządów płciowych oraz *niepłodność męską (sterilitas maskulina)* polegającą na częściowym lub całkowitym braku zdolności do wytwarzania żywych plemników lub niezdolnością do odbycia stosunku płciowego.

Samo pojęcie niepłodności nie jest jednoznaczne. Biorąc pod uwagę szeroko pojmowane przyczyny dzieli się ona na *niepłodność całkowitą (sterilitas absoluta)* czyli bezpłodność, oznaczającą stan trwały i nieodwracalny. U kobiet może być ona spowodowana wadami wrodzonymi, jak np. brakiem macicy, jajników, pochwy czy jajowodów lub też nabytymi w wyniku stanów zapalnych, procesów chorobowych, zaburzeń hormonalnych, przebytych operacji i innych uszkodzeń; u mężczyzn zaś może być ona rezultatem wrodzonego lub nabytego (np. przez kastrację) braku jąder. Natomiast *niepłodność względna (sterilitas relativa)* spowodowana jest najczęściej przyczynami powodującymi czasową niepłodność, a więc jest możliwa do wyleczenia⁹.

Ze względu na okres trwania niepłodności wyróżnia się niepłodność pierwotną i wtórną. *Niepłodność pierwotna (sterilitas prymaria)* najczęściej ujawnia się w chwili rozpoczęcia życia seksualnego, dotyczy kobiety, która nigdy nie była w ciąży. Odnosi się ona do sytuacji braku ciąży pomimo utrzymywania regularnych stosunków seksualnych bez stosowania środków antykoncepcyjnych, minimum ponad rok. *Niepłodność wtórna (sterilitas secundaria)* występuje u kobiety, która poprzednio była już w ciąży, niekoniecznie z tym samym partnerem (niezależnie od tego, czy nastąpiło poronienie, poród czy ciąża pozamaciczna), lecz następnie nie jest zdolna do ponownego zajścia w ciążę, mimo że upłynęły 2 lata regularnych stosunków płciowych¹⁰.

Niepłodność, zarówno wrodzona, jak i nabyta, jest spowodowana przyczynami czasowo występującymi; z punktu widzenia medycyny jest ona możliwa do wyleczenia. *Niepłodność wrodzona (sterilitas congenita)* wywołana jest wrodzonym niedorozwojem lub brakiem gruczołów płciowych, jak również wadami rozwojowymi innych części układu płciowego. *Niepłodność nabyta (sterilitas acquisita)* spowodowana jest uszkodzeniem gruczołów płciowych lub innych narządów odpowiedzialnych za prawidłowy proces rozrodczy kobiety w wyniku przebytych chorób, zaburzeń hormonalnych czy promieniowania jonizującego¹¹.

⁹ Por. J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny...*, dz. cyt. s. 30-31; M. Bidzan, *Psychologiczne aspekty niepłodności*, dz. cyt., s. 16.

¹⁰ Por. L. Pawelczyk, A. Sokalska, *Medyczne aspekty niepłodności...*, art. cyt., s. 12.

¹¹ Por. J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny...*, dz. cyt., s. 39.

4. Medyczne kategorie niepłodności

Na potrzeby dydaktyczno-praktyczne wprowadzono jeszcze szereg innych kategorii niepłodności:

- *Niepłodność endokrynologiczna* uwarunkowana jest niewydolnością układu podwzgórzowo-przysadkowego, hyperprolaktynemią (związaną z nadprodukcją prolaktyny), przedwczesnym wygasaniem czynności jajników (związanym z zaburzeniami produkcji gonadotropin). Skutkiem tych zaburzeń jest brak owulacji lub niewydolność pęcherzyka żółtego;

- *Niepłodność jajnikowa* wynika z zaburzeń rozwojowych lub uszkodzenia miąższu jajnika przez proces zapalny, nowotworowy, endometriozę;

- *Niepłodność jajowodowa* jest konsekwencją zaburzeń rozwojowych lub wtórnych uszkodzeń jajowodów w wyniku np. stanów zapalnych, endometriozy, prowadzącej do zniszczenia i zniekształcenia struktury jajowodu;

- *Niepłodność czynnościowa* stanowi 35-50% przyczyn niepłodności u kobiet. Powodowana jest zmianami biologicznymi, immunologicznymi i fizykochemicznymi śluzu szyjkowego oraz zmianami czynnościowymi, które obejmują niedostateczne wykształcenie błony śluzowej macicy i jej infekcje. W wyniku zmian czynnościowych nie dochodzi do jajczkowania, a tym samym do owulacji. Niektórzy ograniczają ten typ niepłodności do braku jajczkowania mimo anatomicznie prawidłowych narządów płciowych;

- *Niepłodność mechaniczna* spowodowana jest zaburzeniami rozwojowymi lub wtórnym uszkodzeniem narządów płciowych stanowiących przeszkodę w wędrówce plemników i komórki jajowej (wady rozwojowe pochwy, macicy, mięśniaki macicy). Mamy tu do czynienia nie tylko z całkowitą niedrożnością, ale ze zwężeniem światła i zmianami czynności w okolicy dróg rodnych uniemożliwiającymi czynny transport.

- *Niepłodność psychogenna* (funkcjonalna) uwarunkowana jest czynnikami psychologicznymi. Wśród nich można podkreślić odrzucenie roli kobiecej, strach przed ciążą, konflikt pomiędzy pragnieniem dziecka a obawami przed jego urodzeniem (dotyczy to szczególnie kobiet o dużych ambicjach intelektualnych, dla których kariera stanowi większe dobro niż macierzyństwo), niedojrzała osobowość, wewnętrzny konflikt współżycia seksualnego i kobiecości wpływający z wrogiej identyfikacji z matką, stres interpersonalny, zaburzenia relacji seksualnych, relacji wewnątrzmażeńskich, lęk przeżywany przez kobiety mające kłopoty z zajściem w ciążę.

- *Niepłodność immunologiczna* polega na niemożności zajścia w ciążę. Spowodowana jest ona procesami immunologicznymi u kobiety i mężczyzny. Częstość jej występowania określa się na 6-12%. „Wśród przyczyn powodujących tę nieprawidłowość należy wymienić obecność przeciwciał dla antygenów plemników lub plazmy nasienia, autoimmunizację w odniesieniu do jąder, występowanie przeciwciał

dla antygenów łożyska. U mężczyzn największe znaczenie mają autoprzeciwciała przeciwko plemnikom i jądom, natomiast u kobiet obecność w wydzielinie dróg rodnych izoprzeciwciał dla antygenów plemnikowych¹².

- *Niepłodność idiopatyczna* dotyczy sytuacji, gdy za pomocą dostępnych badań diagnostycznych nie można określić przyczyn niemożności zajścia w ciążę, po dwóch latach regularnych stosunków płciowych, braku przebytych chorób, stanów zapalnych czy poronień. Częstość jej występowania wynosi 6-60%¹³.

Obecnie istnieje jeszcze pojęcie obniżonej płodności, które oznacza zmniejszoną zdolność do zapłodnienia z powodu drobnego zaburzenia u kobiety lub mężczyzny bądź też obojga partnerów. U mężczyzn można to zaobserwować w wyniku obniżenia się normy zawartości plemników w 1 mm³. Zaburzenia płodności spowodowane są najczęściej stosowaniem środków antykoncepcyjnych i wczesnoporonnych (ryzyko wystąpienia zespołu zapalenia miednicy mniejszej i zaburzeń jajowodowych może wynikać z obecności wkładki domacicznej), jak również zażywaniem pewnych rodzajów leków (np. steroidy płciowe, leki antydepresyjne, leki neurologiczne).

Należy jeszcze rozróżnić *sterilitas*, rozumianą jako niemożność zajścia w ciążę od *infertilitas*¹⁴, rozumianą jako niemożność donoszenia ciąży. Ciąże, pomimo zapłodnienia i zagnieżdżenia się zapłodnionego jaja, kończą się czasem poronieniami i porodami przedwczesnymi. Uważa się, że u ok. 25% par niepłodnych występuje więcej niż jeden czynnik uniemożliwiający zajście w ciążę. Istotne jest, aby w miarę możliwości diagnostycznych zidentyfikować wszystkie z nich, dlatego wnikliwym badaniom należy poddać zarówno kobietę, jak i mężczyznę¹⁵.

5. Bezdziethość

Pojęcia niepłodności i bezpłodności nie należy mylić z pojęciem *bezdziethości*. Ks. Orzeszyna wyjaśnia: „Bezdziethość to nieposiadanie dzieci w małżeństwie, będące następstwem bezpłodności (np. impotencja), rezygnacji z potomstwa lub unikania go (antykoncepcja)”¹⁶. Szacuje się, że około 5% par świadomie rezygnuje z posiadania dziecka, wyznając inną hierarchię wartości, stawiając sobie odmienne cele w życiu. Małżeństwo bezdziethne z wyboru tzw. *no kidding*¹⁷ staje się nowym

¹² Tamże, s. 32.

¹³ Por. L. Pawelczyk, A. Sokalska, *Medyczne aspekty niepłodności...*, art. cyt., s. 14-15; W. Guzikowski, *Wybrane zagadnienia i aspekty niepłodności kobiecej*, [w:] *Niepłodność – zagadnienie interdyscyplinarne*, dz. cyt., s. 30.

¹⁴ Tym terminem określa się wydalanie z jamy macicy jaja płodowego do 22. tygodnia ciąży. Przyjmuje się, że odsetek utraty ciąży we wczesnym okresie wynosi około 15%. Przyczyny etiologiczne mogą być różne, chociaż najczęściej wymieniane są: genetyczne defekty jaja płodowego, zaburzenia hormonalne u ciężarnej i nieprawidłowości anatomiczne, przede wszystkim macicy. M Szamatowicz, *Niepłodność*, [w:] *Położnictwo i Ginekologia*, t. 1., red. G. Bręborowicz, Warszawa 2007, s. 753.

¹⁵ Por. Tamże, s. 737; K. Szynceł, *Sztuczne zapłodnienie*, dz. cyt., s. 14-15.

¹⁶ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny...*, dz. cyt., s. 33.

¹⁷ Na świecie zjawisko *no kidding* nie jest niczym nowym – pierwsze stowarzyszenie osób, które

zjawiskiem demograficznym, dającym kobiecie możliwość wyboru prokreacyjnego, ofertę wolności od dziecka, zastępując radość macierzyństwa satysfakcją samorealizacji i osiągnięcia sukcesów zawodowych. W Polsce, w ostatnich 20 latach liczba urodzeń spadła o połowę. Z danych GUS wynika, że co piąta kobieta nie chce mieć dzieci z przyczyn materialnych (niestabilna sytuacja finansowa, zaabsorbowanie pracą, lęk przed bezrobociem), co dziesiąta rodzi po 35. roku życia a co czwarta dobrze wykształcona Polka decyduje się na macierzyństwo przed trzydziestką. Jeśli nadal tak gwałtownie będzie wzrastać liczba kobiet rezygnujących z potomstwa, to pod koniec XXI wieku nie tylko w Polsce, ale w całej Europie, będzie można zaobserwować znaczny spadek populacji (o 1/4, tj. o 88 mln.) i rozwoju społeczeństwa¹⁸.

Zakończenie

Wielka liczba małżeństw, które nie mogą mieć dzieci, staje się wyzwaniem dla wszystkich, którzy mają możliwość wpływu na kształtowanie ludzkich postaw i sposobu myślenia. Winna zmobilizować zwłaszcza lekarzy, rodziców, wychowawców, a także duszpasterzy i katechetów do podejmowania tego trudnego tematu, co pozwoli przede wszystkim na zrozumienie dramatycznej sytuacji tych małżonków, którzy pragną mieć dziecko oraz wyjaśnienie istoty niepłodności. Wielu bezdzietnych małżonków nie widzi innego sposobu rozwiązania swego problemu, jak tylko przy pomocy sztucznej prokreacji, którą Kościół ocenia negatywnie. Tymczasem istnieją godziwe sposoby przezwyciężenia dramatu niepłodności, np. naprotechnologia (NPT).

świadomie zrezygnowały z posiadania potomka powstało w 1984 roku w Vancouver w Kanadzie. W Niemczech, USA, a nawet w Japonii *no kidding* jest zjawiskiem na ogromną skalę. W USA 15 lat temu powstało stowarzyszenie *Childless by Choice* lub niedawno *Childfree*, które wychwala rezygnację z macierzyństwa i twierdzi, że bezdzietność jest wpisana w nowoczesne społeczeństwo. J. Piechnik-Borusowska, *Bezdzietność z wyboru w oglądzie socjologicznym*, [w:] *Niepłodność – zagadnienie interdyscyplinarne*, dz. cyt., s. 111.

¹⁸ Por. A. Mendel, *Psychologiczne aspekty diagnozy i leczenia niepłodności*, [w:] *Niepłodność – zagadnienie interdyscyplinarne*, dz. cyt., s. 73.