Judyta Ziętkowska

(Uniwersytet Warszawski
Instytut Stosowanych Nauk Społecznych)

Wpływ doświadczenia niepłodności na kobiety nią dotknięte Przedstawienie wyników badań jakościowych

Wstęp

Nieścistością jest traktowanie niepłodności jako choroby niosącej za sobą jedynie konsekwencje biologiczne dla osób zmagających się z nią. Choroba taka jak niepłodność jest stanem chorobowym w znaczeniu medycznym, ale też pewnego rodzaju stanem społecznym i z tego powodu niesie dla osób niepłodnych także konsekwencje natury społecznej. Szczególnie jest to istotne w społeczeństwie, w którym zdolność do prokreacji jest jednocześnie wysoko ceniona, ale przede wszystkim traktowana jako rzecz oczywista, niewątpliwa. Dlatego tym bardziej może być uderzające wystąpienie zaburzenia tej niepodważalnej na pozór zdolności do prokreacji poprzez dowiedzenie się o swojej niepłodności. Niepłodność wpływa wtedy na wiele obszarów życia jednostki, która jest chora. I tak wpływa na relacje z partnerem, z rodziną, przyjaciółmi czy znajomymi. Oddziałuje na życie zawodowe i zmusza często do przewartościowania swoich priorytetów w tym względzie. Sprawia, że wymagane jest zorganizowanie nawet rozkładu dnia na nowo, dostosowując go do trudnego procesu leczenia. A także, co warto podkreślić, często ogranicza dostęp do satysfakcjonujących i społecznie pożądanых ról społecznych – zmuszając przy tym czasem do przyjęcia ról uznawanych za degradujące.

Niepłodność może też nieść następstwa o charakterze bardziej psychologicznym dla osób chorych. Wpływa na postrzeganie samego siebie przez chorego, występowanie poczucia zmiany wewnętrznej w związku z doświadczeniem niepłodności, myślenie o sobie w kategoriach bycia osobą niepłodną, a nawet na sposób postrzegania własnego ciała. To wszystko może zmuszać osoby niepłodne do wypracowywania własnych

strategii radzenia sobie z implikacjami społecznymi i psychologicznymi, jakie wiąże się z doświadczeniem niepłodności.

Powyższe aspekty związane z tą chorobą skłaniają do postawienia tezy, że doświadczenie niepłodności znacząco wpływa na osobę niepłodną. W szczególności zaś, choroba taka jak niepłodność ma wpływ na biografię jednostki chorej oraz na jej tożsamość. Twierdzenia te poddano weryfikacji w prezentowanych poniżej badaniach.

Podstawa teoretyczna badań w zarysie

Biografia jednostki to niepowtarzalna kombinacja faktów z jej życia (Goffman 2005:94). Przebieg życia składający się na biografię jednostki jest udokumentowany w wieloraki sposób: za pomocą gromadzonych akt, wydawanych formalnych dokumentów, istnienia w umysłach bliskich jednostki lub w niej samej. Jak stwierdza Goffman, *„przyjmuje się, że wszystko, co jednostka zrobiła i może zrobić, zawiera się w jej biografii...”* (Goffman 2005:100).

Podstawowe założenie, jakie należałoby przyjąć względem biografii, jest takie, że jednostka może posiadać właściwie tylko jedną biografię. To założenie jest sprzeczne z wielością „ja” z perspektywy pełnionych ról społecznych. Ale mimo to, że jednostka jest w stanie manipulować informacjami o sobie w stosunku do różnych publiczności i starać się przedstawić inną biografię niż rzeczywista, to jednak tak naprawdę fakty związane z jej życiem nie mogą być sprzeczne ze sobą, pozostają powiązane wzajemnie tworząc jedną, właściwą biografię jednostki (Goffman 2005:100–101).

O wpływie wystąpienia choroby na biografię jednostki pisał Anselm Strauss przy okazji formułowania koncepcji transformacji tożsamości. Dla niego są to przemiany cechujące drogę życiową dorosłego człowieka i wymagające zgody na nową definicję własnej osoby oraz zmiany jego oceny przez siebie i jego otoczenie (Uramowska-Żyto 1992:111). Strauss ujmując chorobę jako zjawisko zakłócające ciągłość biografii. Dlatego, aby jednostka mogła poradzić sobie z tym doświadczeniem, musi ona na nowo przystosować się do nowych okoliczności nie tylko w kategoriach zmagania się z chorobą, ale również w kategoriach biografii. Jest to tak ważne, ponieważ umożliwia odzyskanie kontroli nad własną biografią: *„to biograficzne przystosowanie staje się kluczowym procesem, w czasie którego osoby chore i ich najbliżsi podejmują działania, mające na celu zatrzymanie i/lub odzyskanie kontroli nad biografią, której ciągłość zakłóciła choroba chroniczna”* (Uramowska-Żyto 1992:112–113).

Działania podejmowane przez jednostkę chorą i jej bliskich w celu poradzenia sobie z chorobą i ponownego uporządkowania tych aspektów życia, które ona zakłóciła, nosi w koncepcji Straussa nazwę *trajectory*. Przystosowanie do zaistniałej choroby w biografii może przyjąć różne formy. Jedne jednostki będą skupiać swoje życie wokół choroby, nadbudowując wokół niej swoją biografię. Podczas gdy inne będą starały się w pewnym stopniu zintegrować chorobę z biografią (Uramowska-Żyto 1992:112–113). Powiązania między chorobą a biografią jednostki pokazuje również biograficzna koncepcja ciała sformułowana przez Straussa. W jej ramach autor wyróżnia trzy kategorie: biograficzny czas, koncepcja samego siebie oraz ciało. Elementy te są współzależne od siebie i tworzą tzw. łańcuch BBC (*biographical body concept*) (Uramowska-Żyto 1992:113).

Schemat 1. Łańcuch BBC

Źródło: Uramowska-Żyto (1992:113)

Czynniki wpływające na przerwanie łańcucha BBC dotyczą nie tylko przebiegu choroby, ale też biografii. Czynniki dotyczące przebiegu choroby to: typ przebiegu choroby (powrotny, prowadzący do upadku, stabilny), fazę przebiegu choroby w ramach wymienionych typów, ostrość choroby, możliwość kontrolowania występujących symptomów. Natomiast czynniki dotyczące biografii to: etap życia, zaistnienie aspektów utraty „ja” oraz szansa nauczenia się nowych sposobów życia w związku z ograniczeniami wywołanymi dotknięciem ciała przez chorobę (Uramowska-Żyto 1992:114).

Aby możliwe było złożenie zerwanego łańcucha BBC, jednostka dotknięta chorobą sama musi wykonać tzw. biograficzną pracę (*trajectory work*). Strauss wyróżnił cztery typy biograficznej pracy: „1. włączenie przebiegu choroby do biografii (...); 2. zrozumienie kontekstu terminów (...); 3. rekonstrukcja tożsamości (...); 4. przekształcenie biografii” (Uramowska-Żyto 1992:115). Włączenie choroby do biografii jest stopniowalne. Jednostka chora może w ogóle nie zintegrować choroby i starać się ją

oddzielić od pozostałych elementów biografii. Oznacza to, że w danej biografii doszło do zerwania z przeszłością, a zarazem teraźniejszość i przyszłość będzie postrzegana przed chorego jako gorsza. Z drugiej strony, jednostka może całkowicie włączyć chorobę do swojej biografii i uznać, że wpływa ona na jej tożsamość zmieniając ją. Przy czym, nie oznacza to akceptacji choroby, a jedynie uczynienie z niej fragmentu tożsamości umożliwiającego zabezpieczenie fizycznego i psychicznego przeżycia.

Proces włączania przebiegu choroby do biografii jest dynamiczny. Wymaga ciągłej weryfikacji podejmowanych działań i wykształcenia umiejętności przystosowania się do zmieniających się warunków. Proces ten narzuca również konieczność autoanalizy. Chory analizuje, które aspekty jego „ja” uległy zmianie, jak trwale są to zmiany, jak ustosunkować się do swojej przeszłości i jak myśleć o przyszłości. Strauss nazywa to „spojrzeniem na życie z perspektywy przeszłości i przyszłości” (Uramowska-Żyto 1992:115).

Zrozumienie kontekstu, podobnie jak włączanie choroby do biografii, jest procesem stopniowym. Proces ten polega na próbie zrozumienia występującej choroby oraz zaakceptowania biograficznych konsekwencji, jakie ona niesie dla życia osoby nią dotkniętej (Uramowska-Żyto 1992:116). Rekonstrukcja tożsamości pozwala na przededefiniowanie obrazu tego, kim się jest, a następnie przyłączenie do niego tych aspektów „ja”, które są związane z chorobą. Może to wiązać się ze skoncentrowaniem uwagi na innej płaszczyźnie obrazu siebie niż dotychczas, np. położenie większego nacisku na umysł, jeśli ciało nie spełnia oczekiwań. Rekonstrukcja tożsamości jest ważna o tyle, że jej dezintegracja następuje już w momencie usłyszenia diagnozy i może postępować przez dłuższy okres czasu. Stąd też jej rekonstrukcja także może być procesem długotrwałym (Uramowska-Żyto 1992:116).

Przekształcanie biografii jest związane z tym, że chory odnajduje, wypracowuje taki schemat biograficzny, który umożliwia obranie nowego kierunku w jego przyszłym życiu. Konieczne do tego, według Straussa, jest spełnienie dwóch warunków. Pierwszym z nich jest krystalizacja, czyli uświadomieniu sobie, co znaczy dla biografii schorzenie ciała. I tak, w pierwszej fazie procesu krystalizacji następuje moment zrozumienia przez jednostkę, jakie działania nie będą możliwe ze względu na chorobę. W drugiej fazie jednostka projektuje własną biografię w perspektywie rozpoznanych ograniczeń. Drugim warunkiem przekształcenia biografii jest posiadanie w pewnym stopniu kontroli nad przebiegiem choroby. Jeśli takiej kontroli nie ma choć w niewielkim zakresie, nie jest możliwe planowanie przyszłości w kategoriach biografii (Uramowska-Żyto 1992:117). W przypadku pracy biograficznej autor zwraca uwagę na to, że taki rodzaj pracy dotyczy poziomu życia

codziennego z chorobą. Stąd tak istotne jest, jak praca biograficzna jest zorganizowana. Tak samo ważne jest przeanalizowanie, które elementy biografii ułatwiają, a które utrudniają jednostce organizowanie jej życia z chorobą (Uramowska-Żyto 1992:118).

W łańcuchu BBC bardzo ważnym pojęciem jest biograficzny czas. Według Straussa choroba powoduje załamanie się strumienia biograficznego czasu. Powoduje to, że działania podejmowane przez osobę w przeszłości będą się różniły od tego, co będzie robić w teraźniejszości i przyszłości z powody przebiegu jej choroby. Co prawda, nawet bez pojawienia się choroby w biografii przeszłe i przyszłe działania mogą się od siebie różnić. Ale z punktu widzenia koncepcji przerwania biograficznego czasu przez chorobę, istotne są te działania w biografii jednostki, które są modyfikowane przez chorobę (Uramowska-Żyto 1992:118).

Podsumowując, istnieje związek między chorobą a biografią jednostki. A przez to choroba wpływa na tożsamość chorego, ponieważ przemiana tożsamości pod wpływem choroby jest jednym z etapów biografii osoby chorej. W związku z wpływem, jaki wywiera doświadczenie choroby na tożsamość i biografie jednostki, można mówić o tzw. narracjach choroby (*illness narrative*) (Uramowska-Żyto 1992:114). Na narrację choroby składają się znaczenie, jakie przypisywane jest chorobie przez osoby chore oraz interpretacja doświadczenia bycia chorym. To wszystko zostaje wplecione w biografie jednostki chorej i staje się jej częścią (Uramowska-Żyto 1992:84).

Arthur Kleinman opisuje doświadczenie choroby, jako odbicie osobistego doświadczenia życia. Z tej perspektywy, narracja choroby to historia, którą pacjent opowiada oraz którą interpretują i opowiadają z własnego punktu widzenia inni. Ma to służyć nadaniu spójności wyróżniającemu się wydarzeniu, jakim jest choroba oraz nadanie sensu długotrwale utrzymującemu się doświadczeniu cierpienia. Linie fabuły, metaforyczny rdzeń i urządzenie struktury narracji choroby zależy od modeli kulturowych i osobistych – odpowiadających za zorganizowanie doświadczeń w sposób znaczący oraz za adekwatne przekazywanie tych znaczeń. Narracje osobiste nie tylko odzwierciedlają doświadczenie choroby, ale także przyczyniają się do odczuwania i przeżywania symptomów, skutków wywołanych przez chorobę (Uramowska-Żyto 1992:81).

Podczas swoich badań dotyczących doświadczenia artretyzmu, G. Williams zauważył, że pytanie dotyczące przyczyn choroby, jego respondenci interpretowali jako pytanie odnoszące się do całości biografii i odpowiadali adekwatnie do tego. To pomogło badaczowi wysnuć wniosek, że przekonania na temat przyczyn choroby muszą być rozumiane jako część większego procesu interpretacyjnego, który wymaga przebudowy narracji. Proces ten nazywa się narracyjną rekonstrukcją. Jest to rutynowy sposób, w jaki

nadawany jest sens wydarzeniom w życiu jednostki. Przypisywanie znaczeń w kontekście biografii nie dzieje się, według Williamsa, w oderwaniu od wpływu wartości istotnych dla społeczeństwa, w jakim żyje posiadacz narracji. Narracje choroby przyczyniają się do zrozumienia samego doświadczenia choroby. Są one szczególnie pomocne przy zrozumieniu, jak ludzie doświadczają choroby, jakie znaczenie jej nadają, a także w jaki sposób wprowadzają chorobę do swojej tożsamości. Hyden wyróżnia pięć zastosowań narracji choroby:

1. Przekształcenie wydarzeń związanych z chorobą i zbudowanie świata choroby,
2. Odbudowanie swojej historii życia w przypadku chorób przewlekłych,
3. Wyjaśnienie i zrozumienie choroby,
4. Forma interakcji strategicznych w nawiązaniu do dochodzenia lub projektowania swojej tożsamości,
5. Przekształcenie choroby ze zjawiska osobistego do zjawiska społecznego (Uramowska-Żyto 1992:81–82).

Arthur W. Frank wymienia trzy typy narracji choroby, opierające się na ogólnych jej punktach lub jej przebiegu. A są to: narracja zwrotu (*restitution narrative*), narracja poszukiwania (*quest narrative*) i narracja chaosu (*chaos narrative*) (Uramowska-Żyto 1992:82–83). Narracja zwrotu wyróżnia się cechami podobnymi do tych, jakie posiada Parsonowska rola chorego: osoba zaczyna chorować, zostaje zdiagnozowana, szuka pomocy i otrzymuje ją, by powrócić do zdrowia. Przy czym, empiryczna adekwatność jest mniej istotna niż siła tej narracji, co czyni ją przewodnią. Wiąże się ona z oczekiwaniami społecznymi. Przez co wydaje się ona jednostce chorej bardziej pasująca, wygodna, a dany sposób leczenia czy otrzymywania pomocy uznaje ona za najwłaściwszy z punktu widzenia społecznego. Narracja poszukiwania jest zdefiniowana przez wiarę osoby chorej, że poprzez doświadczenie choroby może ona zyskać. Choroba może stać się metaforyczną podróżą, podczas której jednostka zyskuje samoświadomość lub zdolność pomocy innym. Może o tym świadczyć wzrastająca liczba historii zmagających z chorobą, jaka pojawia się w mediach, na forach. Narracja chaosu jest zaprzeczeniem dwóch poprzednich narracji. Brak w niej jasno określonego początku i trudno wyobrazić sobie jej zakończenie. Nie posiada ona struktury czy fabuły. Nie przypomina podróży, w której można wyszczególnić pewne etapy. Narracja chaosu jest najtrudniejsza do opowiedzenia, ale też wysłuchania i zinterpretowania. Istnienie choroby trudnej do wyleczenia lub nieuleczalnej, może w słuchaczu wywoływać niepokój o własną słabość w zetknięciu z chorobą (Uramowska-Żyto 1992:82–83).

Osobnym problemem jest narracja osób posiadających niewyjaśnione medycznie symptomy, które nie mogą być przez to prawidłowo zdiagnozowane. Niemożność przypisania osobom chorym klinicznej diagnozy powoduje, że stają się one „medycznymi sierotami” (Uramowska-Żyto 1992:83). Chodzi tu o status jednostki cierpiącej, ale na nieokreśloną medycznie przypadłość i skutki tego dla jej narracji. Susan Nettleton sugeruje, że narracja takiej jednostki przypomina narrację chaosu wyodrębnioną przez Franka. Chory nie może podjąć stosownych rozwiązań mających mu umożliwić powrót do zdrowia (Nettleton 2006:83–84). Eksperci nie potrafią przyjąć odpowiedniego sposobu leczenia, jako że nie ma skonkretyzowanego problemu. Działaniem chorego rządzi przypadek, towarzyszy mu niepewność (Uramowska-Żyto 1992:84). Zostaje mu odebrana możliwość włączenia choroby do własnej tożsamości, a także prawdopodobnie nie zostanie mu przyznana społeczna zgoda na bycie chorym.

Przyjmując definicję tożsamości jako tworu przekształcającego się pod wpływem zmieniających się warunków, można znaleźć punkt wyjścia do obrony hipotezy, że doświadczenie takie jak choroba, pociąga za sobą przemianę tożsamości osoby chorej. Dotyczy to zarówno tożsamości osobistej jak i społecznej. Co więcej, wystąpienie choroby może stać się znaczącym zakłóceniem w biografii jednostki i zmusić ją do jej weryfikacji. Wymusza ponowne poszukiwanie odpowiedzi na to, kim się jest i kim będzie. Powoduje inne rozumienie czasu. Osoba chora inaczej zaczyna patrzeć na przeszłość, teraźniejszość czy przyszłość w porównaniu z okresem przed diagnozą. Doświadczenie choroby dotyka również ciała, wpływając na sposób jego postrzegania i odbierania przez osobę chorą. Może pojawić się uczucie zawodu i żalu do własnego organizmu za zaistniałą sytuację. To wszystko powoduje, że jednostka zaczyna posługiwać się narracją choroby. Starając sobie poradzić z tą sytuacją i w obawie o reakcje otoczenia, będzie tworzyła strategie umożliwiające zachowanie jej minimum kontroli nad informacją dotyczącą jej choroby.

Metodologia i obszar badań

Obiektem zainteresowań badawczych był wpływ, jaki ma choroba przewlekła taka jak niepłodność na jednostkę nią dotkniętą. Przy czym, w badaniach skoncentrowano się głównie na wpływie choroby na jednostkę rozumianą nie jako wyłącznie organizm biologiczny, ale przede wszystkim jako osobowość psychospołeczna. Dlatego też, przedmiotem badań było ogólnie mówiąc środowisko kobiet zmagających się

z niepłodnością. Zaś celem badań, była próba określenia, jak doświadczenie niepłodności oddziałuje na osobę niepłodną i jej otoczenie. Wśród aspektów życia chorej, jakie poruszono podczas badań, znajdują się: postrzeganie samej siebie, postrzeganie innych, podejście do przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, postrzeganie własnego ciała, strategie radzenia sobie z chorobą. Poruszenie tych zagadnień umożliwiło mi przyjęcie się wpływowi doświadczenia niepłodności kobiety zmagające się z tą chorobą. Ma to związek z głównym problemem badawczym, jaki postawiono w swojej pracy, czyli zbadania wpływu niepłodności na życie kobiety niepłodnej.

Idąc za myślą Jana Lutyńskiego, który stwierdza, że koncepcja badawcza powinna ujmować problem badawczy na dwóch poziomach szczegółowości: w postaci pytania naczelnego i pytań podporządkowanych, stworzono również pytania szczegółowe (Lutyński 2000:77–109). Stawiane przeze mnie szczegółowe pytania badawcze to: Czy pod wpływem doświadczenia niepłodności zmienia się sposób postrzegania chorej przez samą siebie?; Czy zmieniają się jej relacje z otoczeniem?; Czy niepłodność wpływa na jej postrzeganie własnego ciała?; Czy osoba niepłodna czuje się napiętnowana ze względu na swoją chorobę?; Czy zmienia się jej podejście do czasu (przeszłość, teraźniejszość, przyszłość) w wyniku doświadczenia choroby?; Jakie strategie radzenia sobie z chorobą wypracowuje osoba niepłodna? I wreszcie: W jaki sposób niepłodność wpływa na biografię osoby niepłodnej? I czy wpływa na jej tożsamość?

Biorąc pod uwagę powyższe wskazania, postawiono następującą hipotezę odnoszącą się do głównego problemu badawczego: doświadczenie niepłodności znacząco wpływa na kobietę chorą na tę chorobę. Postawiono także następujące szczegółowe hipotezy: doświadczenie niepłodności zmienia sposób postrzegania samej siebie przez osobę niepłodną; doświadczenie niepłodności wpływa na relacje jednostki chorej z otoczeniem. Doświadczenie niepłodności może nabrać cech piętna społecznego. Niepłodność powoduje zmianę podejścia do czasu osoby chorej. Osoba niepłodna tworzy strategie radzenia sobie z chorobą. Niepłodność zmienia biografię jednostki nią dotkniętej. Niepłodność ma wpływ na tożsamość chorej.

W badaniach zastosowano metodę jakościową. W ramach metody jakościowej zdecydowano się na technikę wywiadu. Przeprowadzane wywiady miały charakter indywidualny, jawny i nieformalny. Część z przeprowadzanych wywiadów była pisemna, reszta ustna w formie rozmowy (Sztumski 2005:160–162). Postanowiłam przyjąć możliwość przeprowadzania wywiadów pisemnych z dwóch powodów. Po pierwsze, dotyczyły one jedynie trzech wywiadów z dziewięciu przeprowadzonych przeze mnie. Po drugie, była to forma mniej obciążająca dla badanych,

co było istotne, ze względu na specyfikę zagadnienia. Wywiady z badanymi miały charakter swobodny, częściowo skategoryzowany (Sztumski 2005:160). Stworzono listę zagadnień, na której znalazły się zagadnienia dotyczące: 1) znaczenia diagnozy dla chorej, 2) wpływu doświadczenia niepłodności na relacje chorej z otoczeniem, 3) postrzegania samej siebie pod wpływem choroby, 4) postrzegania czasu w chorobie, 5) wpływu choroby na rozkład dnia i życie zawodowe, 6) podejścia do choroby i wypracowania sposobów radzenia sobie z nią.

Poszukiwania respondentek do wywiadów rozpoczęto w lutym 2011 r. Skontaktowano się z redakcją portalu naszbocian.pl z prośbą o pomoc w znalezieniu chętnych do wzięcia udziału w moich badaniach. 23 lutego 2011 r. informacja została opublikowana na głównej stronie portalu. Badania trwały od lutego do kwietnia 2011 r. W tym czasie przeprowadzono dziewięć wywiadów, z czego: jeden spotykając się z osobą badaną, cztery przez skype'a, jeden za pomocą gadugadu i trzy pozostałe drogą mailową. Warto podkreślić, że osoby badane rekrutowały się spośród użytkowników portalu naszbocian.pl. Badanym sugerowano istotność kontaktu „twarzą w twarz”, ale wybór ostatecznej formy komunikacji pozostawiono im samym. Powody, dla których wybierano inne sposoby rozmowy niż bezpośrednie spotkania, były różne. W jednym przypadku wynikało to z tego, że respondentka przebywała za granicą w czasie, kiedy badanie było przeprowadzane. W większości przypadków jednak dominowała obawa przed utratą anonimowości, zwrócenie uwagi badanych na drażliwość tematu.

Wyniki badań i wnioski

Badania pozwoliły na potwierdzenie tezy, że doświadczenie niepłodności znacząco wpływa na życie kobiet niepłodnych – dotyczy wielu aspektów życia jednocześnie. Wśród nich można wymienić: postrzeganie samej siebie, relacje z otoczeniem, pracę zawodową, harmonogram dnia oraz sposób myślenia o przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, a także staniecie przed koniecznością wypracowania sobie strategii radzenia z chorobą.

W przypadku postrzegania siebie przez respondentki problem jest złożony. W ramach niego można wyróżnić kilka elementów. Postrzeganie własnej osoby przez kobietę niepłodną dotyczyło przede wszystkim poczucia dużej zmiany wewnętrznej pod wpływem choroby oraz patrzenie na siebie w pierwszej kolejności jako na kogoś niepłodnego. Ale to nie wyczerpuje złożoności problemu postrzegania siebie przez kobiety

zmagające się z niepłodnością. Dochodzi jeszcze aspekt postrzegania własnego ciała oraz siebie jako kobiety. W wyniku wystąpienia niepłodności i jej leczenia ciało staje się nagle czymś wystawionym na przyszłowiowy pierwszy plan. I jeśli zdrowy człowiek zwykł przypominać sobie o ciele dopiero, gdy to go zawiedzie, to kobieta niepłodna jest zmuszona cały czas kontrolować, obserwować i analizować reakcje swojego ciała, jeśli leczenie ma mieć jakikolwiek szansę na powodzenie. Obserwując to ciało zauważa także jak zmienia się ono pod wpływem intensywnych procedur medycznych, jakim jest poddawane. Uważnie śledzi zmiany, jakie powstają w wyniku wystąpienia skutków ubocznych. To sprzyja obniżeniu poczucia własnej atrakcyjności. Do tego jeszcze dochodzi uczucie, że ciało nie potrafi spełnić swojej roli, czyli urodzić zdrowego dziecka. Obydwa elementy powodują wyklarowaniu się negatywnego obrazu własnego ciała. Co więcej, w trakcie leczenia jej ciało jest wystawiane nieustannie na widok innych osób – członków personelu medycznego. W ten sposób musi się ona zmagać z sytuacjami społecznie uznawanymi za intymne czy wstydlive.

Niepłodność jest chorobą, która nie pozwala na zrealizowanie jednej z naturalnych dla organizmu kobiety funkcji. Przez to kobieta niepłodna nie może wypełnić jednej z ról uznawanych społecznie za posiadającą dużą wartość – roli matki. Z racji tego postrzega samą siebie jako kobietę niepełnowartościową, gorszą w stosunku do kobiet, które nie mają problemów z zajściem w ciążę i urodzeniem dziecka.

Doświadczenie niepłodności spowodowało, że kobiety cierpiące na nią patrzyły na relacje z innymi ludźmi przez pryzmat choroby. Dotyczyło to zarówno postrzegania partnera, rodziny, przyjaciół, znajomych, lekarzy jak i ludzi w ogóle. Zmierzenie się z chorobą było próbą dla związku i wpływało, pozytywnie lub negatywnie, na obraz partnera. Silnej zmianie były poddane także relacje z rodziną. Nacechowane były one w większości niechęcią do udzielania najbliższym informacji o swoim stanie, obawą przed reakcją rodziny na wieść o chorobie, strachem przed wystąpieniem przykrych sytuacji czy komentarzy. Co ciekawe, często obawy te były bardziej wzmocnione w stosunku do członków rodziny niż do przyjaciół, współpracowników oraz znajomych. Efektem refleksji na ten temat było założenie, że większe emocje związane z poinformowaniem rodziny wiązały się ze świadomością, iż w przypadku braku akceptacji czy zrozumienia, kobiety te dalej będą musiały stykać się na co dzień z nieakceptującymi ich wyborów członkami rodziny. Potencjalne zerwanie kontaktów z rodziną czy ich pogorszenie jawiło się dla kobiet niepłodnych jako niebezpieczeństwo o dużych skutkach emocjonalnych. Znacznie łatwiej w tym względzie jest dokonać ewentualnej selekcji przyjaciół czy znajomych. Ci z nich, którzy mogą narazić na

sytuacje odbierane jako przykre ze względu na chorobę, są przez kobiety niepłodne izolowani. Izolowanie się od ludzi, ograniczanie kontaktów z nimi jest tą kwestią, która dotyczy kobiet zmagających się z niepłodnością. Wolą one zerwać daną relację, niż podjąć ryzyko narażenia się na dodatkowy stres z powodu narażenia się na sytuację odbieraną przez nie jako nieprzyjemną.

Niepłodność jest chorobą w sposób znaczny dezorganizującą dotychczasowy rozkład dnia. Plan dni, tygodni czy miesięcy kobiety leczącej się na niepłodność zostaje ułożony pod kolejne etapy procedury bardzo intensywnego leczenia. Leczenie staje się głównym priorytetem, któremu zostaje podporządkowane tak życie osobiste jak i zawodowe. Zmagania z niepłodnością doprowadzają kobiety niepłodne do dokonywania dogłębnej analizy swojego przeszłego, obecnego i przyszłego życia. Doświadczenie choroby przewlekłej, takiej jak niepłodność właśnie, wpływa na ocenę sytuacji, które miały, mają lub będą dopiero mieć miejsce. To, co ulega największej zmianie, to hierarchia priorytetów życiowych. Na pierwsze miejsce wysuwa się cel w postaci urodzenia zdrowego dziecka.

Walka z niepłodnością powoduje również wypracowanie strategii radzenia sobie z nią. Są one bardzo różne, od pogodzenia się z chorobą, poprzez skupienie się na celu, jakim jest zajście w ciążę i urodzenie dziecka, aż po zagospodarowanie sobie czasu przez podjęcie się dodatkowych zajęć – w czasie pracy, ale też w czasie wolnym. Sposobem na radzenie sobie z doświadczeniem niepłodności jest również silna potrzeba wyszukiwania wszelkich informacji na temat choroby. Wtedy niepłodność może wydawać się lepiej poznana, bardziej oswojona. Pewną strategią obronną jest także izolacja od ludzi, o czym wspomniano już wcześniej. Tym samym, można zaryzykować stwierdzenie, że potwierdziła się zdecydowana część postawionych hipotez badawczych. Pewna wątpliwość pojawiła się w przypadku hipotezy o tym, że doświadczenie niepłodności może nabrać cech piętna społecznego. Będę skłonna odpowiedzieć twierdząco również na tą hipotezę, jeśli przyjmie się *goffmanowskie rozumienie* tego zjawiska. Wtedy niepłodność stanie się rodzajem piętna ukrytego, gdzie szczególne znaczenie ma utrzymanie dużej kontroli nad dyskredytującą dla nosiciela piętna informacją. Utrzymaniu takiej kontroli zostaje podporządkowany także rozkład dnia, jak w przypadku kobiet niepłodnych. Kobiety zmagające się z niepłodnością dokonują również selekcji osób, którym mogą powierzyć swój sekret – tak jak nosiciel piętna według Goffmana.

Biorąc pod uwagę wcześniejsze hipotezy, które zostały potwierdzone, można przejść do dwóch nadrzędnych hipotez: o wpływie doświadczenia niepłodności na biografię oraz o wpływie tej choroby na tożsamość.

W przypadku hipotezy, że niepłodność wpływa na biografię jednostki, wydaje się ona potwierdzać. Wskazuje na to szczególnie potwierdzona już hipoteza o wpływie doświadczenia niepłodności na postrzeganie czasu (kobieta niepłodna będzie postrzegać inaczej zdarzenia przeszłe, teraźniejsze i przyszłe z racji choroby), zmianie harmonogramu dnia (konieczność wykonania biograficznej pracy polegającej na włączeniu choroby w przebieg biografii). Przejawem takiego włączenia jest moment, kiedy kobiety zmagające się z niepłodnością zaczynają ujmować siebie w kategoriach osoby niepłodnej. Ale nie są to jedyne argumenty za potwierdzeniem hipotezy o wpływie niepłodności na biografię kobiety niepłodnej. Choroba ta, kiedy się pojawia, jest odbierana jako zakłócenie dotychczasowej ciągłości biograficznej. Jednak z czasem jest ona przekształcana w jej główny element, na którym osoba niepłodna opiera swoją biografię. Aby ten proces się powiódł, wymagana jest systematyczna autoanaliza całego życia danej jednostki. Takiej analizie poddają swoje życie kobiety niepłodne.

Obiekcje budzi postawiona hipoteza o wpływie doświadczenia niepłodności na tożsamość kobiety niepłodnej. Można odpowiedzieć twierdząco, jeśli uznamy tożsamość za zjawisko będące procesem, które zmienia się pod wpływem zmieniających się sytuacji życiowych – czyli przyjmie się założenia o tych właściwościach tożsamości, które przyjęto na początku pracy. Również można obronić tę hipotezę, jeśli uzna się, że częściami składowymi tożsamości są: biografia, obraz samego siebie, obraz innych, postrzeganie przez innych danej osoby. Jednak pojawia się za dużo dodatkowych założeń, które wymagałyby weryfikacji, zwłaszcza, że łatwo o zbyt pochopne uproszczenie w przypadku wyrokowania o tak skomplikowanym zjawisku jak tożsamość. Dlatego niniejsze badania poświęcone zagadnieniu relacji między niepłodnością a tożsamością osoby niepłodnej mogą stanowić jedynie przyczółek do dalszych badań w tym obszarze.

Jednak dwa zagadnienia, które pojawiły się w badaniach, uznać należy za szczególnie ciekawe i warte przytoczenia, mimo że nie są powiązane z żadną hipotezą badawczą. Te dwa zagadnienia to: znaczenie diagnozy dla kobiet niepłodnych oraz podejście do samego leczenia. W przypadku diagnozy można zaryzykować postawienie hipotezy, że jest ona ważna dla kobiet niepłodnych. Dzieje się tak z dwóch powodów. Po pierwsze, postawienie diagnozy stanowi pewnego rodzaju linię graniczną pomiędzy życiem bez świadomości choroby, a życiem, kiedy choroba staje się jego elementarną częścią. Po drugie, dopiero postawienie trafnej diagnozy umożliwia obranie właściwego sposobu leczenia. W przypadku, gdy postawienie diagnozy nie jest możliwe, pacjentka odczuwa brak kontroli nad swoją chorobą i życiem. Interesujące jest

także podejście do samego leczenia kobiet zmagających się z niepłodnością. Chcą one jak najwięcej wiedzieć o metodach leczenia, szansach, jakie one dają na urodzenie upragnionego dziecka, specjalistach, którzy uznawani są za najlepszych. Jednocześnie ponadprzeciętny poziom wiedzy o własne przypadłości powoduje chęć sprawdzania i weryfikowania decyzji lekarza. Inną kwestią jest stosunek kobiet niepłodnych do samych lekarzy. Specjalista potrafi wywoływać w kobietach leczących się na niepłodność bardzo sprzeczne uczucia: od poczucia wysokiej zażyłości, przez poczucie wstydu ze względu na intymność sytuacji związanych z leczeniem, aż po frustrację i lęk przed lekarzem.

Podsumowanie

Reasumując, przeprowadzone badania potwierdziły większość hipotez badawczych, jakie postawiono na początku pracy. Główny problem badawczy skonstruowany w tej pracy można uznać za rozwiązany częściowo ze względu na opisowo-eksploracyjny charakter całej pracy. Można uznać, że doświadczenie niepłodności ma znaczący wpływ na życie kobiet niepłodnych, jeśli mamy na myśli te aspekty, które udało się choć w niewielkim stopniu zarysować w pracy. Dokładniejsze badania pozwoliłyby być może odkryć inne sfery, które warto byłoby zanalizować z punktu widzenia tematu. Przy czym, nawet zagadnienia poruszane w niniejszej pracy, wymagają dokładniejszej analizy, co nie było możliwe w tym miejscu.

Bibliografia

- Goffman E. (2005), *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot.
- Lutyński J. (2000), *Koncepcja badawcza. Pojęcie, główne składniki i problemy*, [w:] J. Lutyński, *Metody badań społecznych. Wybrane zagadnienia*, Łódzkie Towarzystwo Naukowe, Łódź.
- Nettleton S. (2006), *The Sociology of Health and Illness*, Polity Press, Malden.
- Sztumski J. (2005), *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Wydawnictwo Śląskie, Katowice.
- Uramowska-Żyto B. (1992), *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*, IFiS PAN, Warszawa.

The impact of the experience of infertility on women affected

In this paper I intend to present the results of their qualitative research experience covering the issue of the impact of infertility on the lives of women affected by this disease. Allowed me to conclude that infertility is a condition affecting the individual not only in biology, but also socially, meaning that infertility is associated with the experience for them also social consequences. Among the areas that are affected by infertility are: perception of self by the sick, the relationship with the environment, attitude towards work, changes in the schedule of everyday life, a way of thinking about the past, present and future. These and other factors make a person infertile generate their own strategies for dealing with the social and psychological implications that are associated with the experience of infertility.

Key words: infertility, disease, biography, identity, narrative, stigma, treatment.