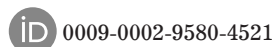


Sebastian Kondzior

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

DOI: 10.15290/std.2023.09.06



NIEPŁODNOŚĆ – EPIDEMIOLOGIA, ETIOPATOGENEZA, DIAGNOSTYKA

INFERTILITY – EPIDEMIOLOGY, ETIOPATHOGENESIS, DIAGNOSTICS

Infertility is a disease of the male or female reproductive system defined by the failure to achieve a pregnancy after 12 months or more of regular unprotected sexual intercourse. Infertility affects millions of people and has an impact on their families and communities. In the female reproductive system, infertility may be caused by a range of abnormalities of the ovaries, uterus, fallopian tubes, and the endocrine system, among others. In the male reproductive system, infertility is most commonly caused by problems with the ejection of semen, absence or low sperm count, or abnormal shape and movement of the sperm. Fertility care encompasses the prevention, diagnosis and treatment of infertility. Equal and equitable access to fertility care remains a challenge in most countries.

Key words: infertility, prevention, diagnosis.

Niepłodność (łac. *sterilitas*, ang. *infertility*) przez wiele lat definiowana była jako objaw towarzyszący chorobom ogólnoustrojowym mężczyzny i kobiety bądź jako stan, w którym kobieta nie jest zdolna zająć w ciążę pomimo osiągnięcia dojrzałości płciowej, czy też jako fakt nieposiadania potomstwa. W dobie obecnego postępu medycyny wymienione definicje okazały się niewystarczające. Współcześnie Światowa Organizacja Zdrowia definiuje ją jako indywidualną niezdolność kobiety do zajścia w ciążę i wydania na świat potomstwa pomimo

normalnego, regularnego (3-4 razy w tygodniu) współżycia ze zdrowym mężczyzną w ciągu jednego roku bez zastosowania żadnej z metod antykoncepcyjnych¹. Definicja wskazuje na ważny element. Niepłodność dotyczy pary. Mężczyzna i kobieta, żyjąc oddzielnie, mogą cieszyć się dobrym stanem zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego. Dopiero po podjęciu współżycia ukierunkowanego na zrodzenie potomstwa i niemożliwości jego realizacji mężczyzna i kobieta stwierdzają, że bez pomocy lekarskiej nie są w stanie doprowadzić do poczęcia dziecka. Jednak nie na wszystkie oferowane metody prokreacyjne aprobatę wyraża Kościół, który przy użyciu dostępnych narzędzi ocenia, czy ich zastosowanie nie sprzeciwia się moralnej, chrześcijańskiej wizji życia ludzkiego. Bioetyka katolicka jest przecież integralną częścią teologii moralnej, która swoje badania opiera na Objawieniu, tradycji i Magisterium Kościoła.

W encyklice *Humane vitae* papież Paweł VI apelował o odpowiedzialność w procesach przekazywania życia. W tym celu Kościół stoi na straży uniwersalnych i niezmiennych norm moralnych. Ich przestrzeganie gwarantuje człowiekowi pełne potwierdzenie swojej osobowej godności. Stąd też posługa Kościoła w odkrywaniu człowieka i moralnego prawa naturalnego jest skierowana do wszystkich. Z perspektywy chrześcijańskiej przekazanie życia nie odnosi się tylko do praw biologii i zastosowanych technik medycznych. Według antropologii chrześcijańskiej każdy człowiek jest przez Boga wezwany do istnienia i powołany do życia wiecznego. W kwestii leczenia niepłodności Kościół, przy pomocy dostępnych narzędzi badawczych stosowanych na polu bioetyki zanurzonej w nurcie chrześcijańskim, ma za zadanie określenie, które z wielu dostępnych metod poddane ocenie w świetle wartości i zasad moralnych nie sprzeciwiają się wartości życia. Ta zasada w bioetyce katolickiej stanowi centrum refleksji dotyczącej problemów moralnych w zakresie prowadzonych procedur medycznych między innymi w stosunku do początków życia i procesu jego przekazywania.

Epidemiologia niepłodności

Niepłodność jest poważnym problemem zdrowotnym i społecznym, dotyczy 10-15% par w wieku rozrodczym, co stanowi 70-80 milionów par, z czego 40,5 miliona poszukuje pomocy, przy czym dane epidemiologiczne pochodzące z różnych źródeł są niespójne². Ocenia się, że w USA 14% par nie może począć dziecka, we Francji – 18,4%, a w Wielkiej Brytanii – 16,8%. W Polsce nie

¹ Por. S. Gurunath i in., *Defining Infertility—a Systematic Review of Prevalence Studies*, „Human Reproduction Update” 17 (2011), nr 5, s. 575.

² Por. M. Szamatowicz, *Niepłodność*, [w:] *Poloźnictwo i ginekologia*, red. G.H. Bręborowicz, t. 2, Warszawa 2015, s. 141.

są prowadzone badania epidemiologiczne dotyczące tego problemu, niemniej szacuje się, że dotyczy on 18-20% par. W krajach rozwijających się współczynnik występowania niepłodności pierwotnej utrzymuje się na poziomie 3%. Ten relatywnie niski współczynnik tłumaczy się młodym wiekiem, w którym zawiera się związki małżeńskie oraz podejmuje się decyzje o pierwszej ciąży. Natomiast te kraje mierzą się z wysokim wskaźnikiem niepłodności wtórnej. W Zimbabwie problem dotyczy 62% populacji, w Indiach, Indonezji, Nepalu powyżej 25%, w Bangladeszu – 25%, w Egipcie, Turcji, Boliwii i Peru jest na poziomie 15-20%. Najistotniejszymi czynnikami prowadzącymi do tak wysokiego wskaźnika niepłodności wtórnej w Krajach Trzeciego Świata są choroby przenoszone drogą płciową, zabiegi chirurgiczne przeprowadzane u kobiet w okresie poporodowym w warunkach pozbawionych standardów sanitarno-epidemiologicznych. Ponadto dostęp do pomocy specjalistycznej jest ograniczony czynnikami ekonomicznymi³.

Co roku na świecie przybywa około 2 milionów nowych niepłodnych par. Biorąc pod uwagę wielkość problemu, Światowa Organizacja Zdrowia postanowiła uznać niepłodność za chorobę społeczną⁴, ponadto została ona opisana w *Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych* (ICD – International Classification of Diseases) i podzielona na niepłodność męską z rozszerzeniami przyczynowymi pod numerami N 46.0 jako niepłodność wynikająca z azoospermii; N 46.1 jako niepłodność wynikająca z oligospermii; N 46.8 jako niepłodność innego pochodzenia; N 46.9 jako niepłodność męską nieokreśloną i kobiecą z rozszerzeniami przyczynowymi pod numerami N 97.0 jako niepłodność związaną z brakiem jajczkowania; N 97.1 jako niepłodność pochodzenia jajowodowego; N 97.2 jako niepłodność pochodzenia macicznego; N 97.3 jako niepłodność pochodzenia szyjkowego; N 97.4 jako niepłodność powiązaną z czynnikami męskimi; N 97.8 jako niepłodność innego pochodzenia; N 97.9 jako niepłodność żeńską nieokreśloną⁵.

Literatura medyczna niepłodność różnicuje na tzw. bezpłodność (*sterilitas*), oznaczającą trwały i nieodwracalny brak możliwości poczęcia dziecka determinowany wadami wrodzonymi lub nabytymi oraz (*infertilitas*) jako niemożność poczęcia i urodzenia dziecka spowodowaną przyczynami występującymi jedynie

³ Por. A. Drosdzol i in., *Standard postępowania diagnostycznego w niepłodności*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 60 (2006), nr 5, s. 434.

⁴ Por. T. Opala i in., *Epidemiologia i metody diagnostyczne*, [w:] *Ginekologia. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów*, red. idem, Warszawa 2006, s. 133.

⁵ Por. J. Smyczyńska, *Diagnostyka i leczenie zaburzeń hormonalnych jako wyraz troski o zdrowie prokreacyjne i profilaktyka niepłodności. Czy metody rozpoznawania płodności mogą być pomocne?*, „Fides et Ratio” 39 (2019), nr 3, s. 45; Por. B. Graham, *Buck's 2020 ICD-10-CM for Hospital Edition*, Riverport Lane 2020, s. 1107-1108; 1116.

czasowo i podlegającymi leczeniu⁶. W piśmiennictwie naukowym można spotkać angielski termin na określenie niepłodności (*infertility*) oraz (*hypofertility*) jako obniżoną zdolność poczęcia. Nomenklatura proponuje podział na niepłodność: okresową, odnoszącą się do kobiet, które są w niepłodnych dniach cyklu, podczas ciąży, porodu, znajdującą się w okresie przed pokwitaniem; dobrowolną, spowodowaną przez dobrowolne i celowe działanie poprzez stosowanie antykoncepcji lub poddania się zabiegowi sterylizacji; czynnościową, spowodowaną przez zaburzenia w prawidłowym funkcjonowaniu narządów płciowych; mechaniczną, wynikającą z braków anatomicznych; immunologiczną, spowodowaną obecnością przeciwciał atakujących komórki rozrodcze; idiopatyczną, której pochodzenie jest niewyjaśnione; pierwotną, będącą wrodzoną niemożnością doprowadzenia do zapłodnienia; wtórną, dotyczącą kobiet mających problem z ponownym zajściem w ciążę pomimo posiadania już dziecka; genetyczną, spowodowaną występującymi zmianami genetycznymi⁷.

Etiopatogeneza niepłodności

U około 10-20% par małżeńskich nie udaje się ustalić podłoża niepłodności, u pozostałych par przyczyną jest albo tzw. czynnik męski (ok. 40%), albo tzw. czynnik żeński (30-40%), albo współlistnienie uwarunkowań u obu współmałżonków (ok. 30%). W złożonej patogenezie niepłodności uwzględnia się rolę czynników populacyjnych, do których należy: wiek, nadwaga, niedowaga, niewłaściwy sposób odżywiania, nieprawidłowo zbilansowany jadłospis, konserwacja żywności, alkohol, papierosy, narkotyki, nadmierne spożywanie leków, kawy, napojów energetyzujących, brak wypoczynku, stres związany z nadmiarem obowiązków w życiu; czynników środowiskowych: zanieczyszczenia powietrza, gleby, wody metalami ciężkimi, środkami ochrony roślin, promieniowaniem jonizującym, oraz czynników społecznych w postaci: sytuacji ekonomicznej, długiego przebywania w pracy, rozwoju telefonii komórkowej, trudności w relacjach rodzinnych, problemów mieszkaniowych, noszeniu obcisłej bielizny i ubrań z tworzyw sztucznych⁸.

Nie należy zapominać, że płodność kobiety jest ograniczona. Można ją określić przy pomocy miesięcznych wskaźników płodności. Największym odnotowanym wskaźnikiem płodności były 34 ciąży na 100 par na 1 cykl (34), natomiast przeciętny wskaźnik to 20-25 ciąż. Należy zaznaczyć, że dotyczy to

⁶ Por. B. Miernik, *Mężczyzna wobec niepowodzeń prokreacyjnych. Psychopedagogiczne aspekty doświadczenia przez mężczyzn trudności w prokreacji*, „Fides et Ratio” 39 (2019), nr 3, s. 95.

⁷ Por. B. Męczekalski, A. Warenik-Szymankiewicz, *Rola komórki jajowej w genetycznych uwarunkowaniach płodności i niepłodności*, „Endokrynologia Polska” 56 (2005), nr 3, s. 356.

⁸ Por. M. Szamatowicz, *Niepłodność...*, s. 133-134.

kobiet poniżej 30 roku życia, a wskaźnik ten drastycznie spada wraz z wiekiem. Tylko 10% kobiet po przekroczeniu 40 roku życia jest zdolna do prokreacji. Wraz z rosnącym wiekiem coraz częściej pojawiają się zaburzenia hormonalne, zmniejsza się jakość i liczba komórek jajowych oraz czynność jajników. U starszych pacjentek wzrasta ryzyko samoistnych poronień, niepowodzenia fazy implantacji i nieprawidłowego bruzdkowania, zaburzenia hormonalne, mniejsza podatność endometrium, większy odsetek występowania stanów patologicznych macicy, zarówno w komórkach, jajowych, jak i w plemnikach identyfikuje się nawet do 65% defektów genetycznych, które sprawiają, że częstość zagnieżdżenia zarodka w błonie śluzowej macicy ocenia się na 25-30%, przeciętnie 15% ciąż kończy się poronieniem, często spotyka się tzw. puste jajo płodowe, a u około 2,5% występują wady wrodzone⁹.

Do głównych przyczyn niepłodności żeńskiej należą zaburzenia owulacji (40%), patologia jajowodów i miednicy mniejszej (40%), niepłodność idiopatyczna (10%) oraz niepłodność spowodowana innymi czynnikami (10%). Literatura medyczna wyróżnia patologię w niepłodności małżeńskiej w następujących proporcjach: niepłodność męska (35%), patologia jajowodów i miednicy mniejszej (35%), zaburzenia owulacji (15%), niepłodność idiopatyczna (10%) oraz niepłodność spowodowana innymi czynnikami (5%)¹⁰.

W podziale etiopatologicznym niepłodności żeńskiej wyróżnia się: zaburzenia jajeczkowania, przyczyny anatomiczne, czynnik jajowodowy, szyjkowy, immunologiczny oraz endometriozę. Wśród przyczyn zaburzeń owulacji należy uwzględnić: dysfunkcję układu podwzgórzowo-przysadkowego, hiperprolaktynemię, zaburzenia czynności jajników, hiperandrogenizm, wrodzony przerost nadnerczy, choroby tarczycy, zaburzenia związane z jedzeniem.

Do anatomicznych przyczyn niepłodności należą nieprawidłowości w obrębie narządów płodnych: brak pochwy lub macicy, macica podwójna bez lub z podwójną pochwą, macica częściowo lub całkowicie przegrodzona, macica dwuuściowa, agenezja szyjki macicy, agenezja pochwy, pochwa częściowo lub całkowicie przegrodzona¹¹.

⁹ W podręczniku *Ginekologia ilustrowana* przedstawiony jest podział niepłodności na pięć grup. Takie zestawienie uwarunkowane jest czynnikami warunkującymi prowadzenie naukowych badań nad niepłodnością. Pierwszą grupą są czynniki hormonalne, kontrolujące proces owulacji, stanowią one 41% nieprawidłowości związanych z płodnością, kolejnym czynnikiem są nieprawidłowości dotyczące jajowodów, co stanowi 32%, następnymi są czynniki maciczne stanowiące 16%, czynniki szyjkowe stanowiące 4,7%, czynniki, których w żaden sposób nie da się potwierdzić 5% (por. M. Szamatowicz, *Niepłodność...*, s. 142; R. Callander i in., *Ginekologia ilustrowana*, tłum. M. Bińkowska i in., Gdańsk 1995, s. 449-451.

¹⁰ Por. A. Droszdol i in., *Standard postępowania diagnostycznego...*, s. 434.

¹¹ Por. ibidem, s. 435.

Kolejnym z czynników ryzyka wystąpienia niepłodności są przebyte zakażenia. Infekcja jest podstawową przyczyną niepłodności mechanicznej i od początku lat 80. jej występowanie wzrosło dwukrotnie. We Francji dochodzi do około 680 tysięcy zachorowań przenoszonych drogami płciowymi wywołanych najczęściej *Chlamydia*, która u około 25% prowadzi do stanu zapalnego jajowodów, co w konsekwencji u 17% przechodzi w niedrożność. Prowadzone dalsze badania naukowe skupione na jajowodach dowodzą, że niedrożność jajowodu w przypadku przebytej choroby przenoszonej drogą płciową jest 7,5-krotnie większa w niepłodności pierwotnej i 5,7-krotnie większa w niepłodności wtórnej. Po operacji w okolicach miednicy małej, włączając operacje wyrostka robaczkowego, prawdopodobieństwo jest zwiększone 4,7-krotnie u kobiet z niepłodnością pierwotną i 7,1-krotnie u kobiet z niepłodnością wtórną. Przebyta operacja z uprzednią patologią stanu zapalnego jajowodu zwiększa ryzyko wystąpienia niepłodności u kobiet z niepłodnością pierwotną o 32,1 razy oraz wtórną o 22 razy.

Naturalna płodność męczyzny zależy od prawidłowej spermatogenezy, prawidłowo działającego mechanizmu transportu gamet, działających gruczołów dodatkowych oraz złożenia spermy w pochwie podczas stosunku płciowego. W podziale etiopatologicznym niepłodności męskiej wyróżnia się przyczyny przedjądrowe, jądrowe i pozajądrowe. W przyczynach przedjądrowych wyróżnia się nieprawidłowości genetyczne oraz zaburzenia seksualne. Przyczyny jądrowe dzieli się na: wrodzone, zapalne, naczyniowe, immunologiczne, idiopatyczne. Przyczyny jądrowe to nadjądrowe, nasieniowodowe, infekcyjne i immunologiczne. W prowadzonym rozpoznaniu pod uwagę należy wziąć występowanie chorób ogólnoustrojowych, m.in. chorób układu krążenia, cukrzycę, chorób tarczycy, wątroby, nerek, chorób jąder, zapalenie gruczołu krokowego, spodziectwo, ejakulację wsteczną, impotencję, zaburzenia genetyczne, urazy jąder, braki anatomiczne, zaburzenia rozwoju plemników. Ważnym w postępowaniu diagnostycznym jest dokonanie oceny nasienia. Badania przeprowadzone przez Światową Organizację Zdrowia dowodzą udziału męczyzn w niepłodności u 51% par, który w głównej mierze wywołany jest anomaliami nasienia. U męczyzn z przebyłym stanem zapalnym narządów płciowych prawdopodobieństwo wystąpienia oligoastenoteratospermii jest 2,4-krotnie większe w niepłodności pierwotnej i 2,8-krotnie większe w niepłodności wtórnej, natomiast występowanie azoospermii jest 6,6-krotnie większe u tych męczyzn z niepłodnością wtórną, którzy byli wystawieni na działanie środków toksycznych, np. na pochodne benzenu, pestycydów, promieniowania rentgenowskiego, oraz 5,4-krotnie częstszą u męczyzn z niepłodnością pierwotną, których dotknęło skręcenie szypuły jądra, wnetrostwo, urazy jąder. Mało natomiast jest informacji odnośnie zależności pomiędzy parametrami nasienia a potrzebnym czasem

do zajścia w ciążę. Jedynymi aktualnymi badaniami jest wykonana próba nad ponad 900 parami z Kopenhagi, Paryża, Turku, Edynburga, w której ustalono, że zwiększająca się gęstość nasienia wpływa na czas uzyskania ciąży tylko w przypadku gęstości nasienia do $55 \times 10^6/\text{ml}$. Powyżej tej gęstości odsetek morfologicznie prawidłowych plemników miał znaczenie tylko w 39% sytuacji. Co do liczby plemników proponowany jest limit do $5 \times 10^6/\text{ml}$. Dokonano porównania anomalii morfologicznych plemników, na podstawie którego stwierdzono, że anomaliami występującymi znacznie częściej przy niepłodności są: mikro główki, podwójne główki, nieregularne główki, nieprawidłowości części pośredniczących, zwichnięcie witki. Badania prowadzone wykazały, że przyczynami niepłodności męskiej w 34% jest oligoastenospermia (mała liczba plemników o zmniejszonej ruchliwości), 29% astenospermia (zmniejszona ruchliwość plemników), 18% teratospermia (niska ilość plemników o prawidłowej budowie), 9% azospermia (całkowity brak plemników), 5% oligospermia (mała liczba plemników), 4% azospermia pozasekrecyjna, 1% stanowi czynnik immunologiczny¹².

Plodność małżeńska jest zawsze wynikiem interakcji pomiędzy oboma partnerami. W przypadku mężczyzny z całkowitym brakiem plemników udział czynnika zależnego od mężczyzny jest pewny i jest często wyłączną przyczyną niepłodności. Natomiast w przypadku oligospermii na niepłodność wpływa również czynnik zależny od kobiety. Dlatego w prowadzeniu diagnozy, leczenia ważne jest, aby procedurom zostali poddawani obydwój partnerzy. Tendencja odraczania ciąży powoduje, że wiek kobiety staje się istotnym czynnikiem niepłodności pary.

Szybki rozwój, szeroka dostępność i świadomość dotycząca różnorodnych metod leczenia niepłodności daje współczesnym kobietom złudną pewność kontrolowania własnej płodności, co w konsekwencji, przy zmianie ich pozycji społecznej, spowodowało opóźnienie wieku macierzyństwa. W ubiegłym stuleciu najważniejszą rolą społeczną kobiety była rola matki i opiekunki, natomiast mężczyzny – opieka finansowa nad rodziną. Współczesna kobieta decyduje o małżeństwie i urodzeniu dziecka uzależnia od poziomu i czasu trwania edukacji, rozwoju kariery zawodowej, stanowiska pracy, dochodów, samorealizacji. Współczesne kobiety dorównują mężczyznom w aspekcie statusu społecznego, a coraz częściej przedkładają karierę zawodową nad macierzyństwem. Niestety, późne małżeństwo jest jednym z ważniejszych niekorzystnych czynników, mających wpływ na płodność, uzależnionych od dobrowolnej decyzji.

Diagnostyka niepłodności nie jest prosta. Wymaga czasu i często wysublimowanych metod diagnostycznych, przeprowadzonych w oparciu o wysokie

¹² Por. J. Radwan, *Epidemiologia niepłodności*, [w:] *Niepłodność i rozród wspomagany*, red. idem, S. Wołczyński, Poznań 2011, s. 11-14.

standardy medyczne¹³. Do stosunkowo prostych należy monitorowanie owulacji przy użyciu głowicy dopochwowej w badaniu ultrasonograficznym [=USG] oraz przy badaniu parametrów nasienia mężczyzny. Potwierdzenie nieprawidłowości powoduje podjęcie dalszej diagnostyki laboratoryjnej, radiologicznej, inwazyjnej z zastosowaniem endoskopii¹⁴. Niestety, pomimo stosowania wyrafinowanych metod, medycyna nie zawsze jest w stanie zaradzić każdemu przypadkowi, ze względu na występowanie grup niepłodności o niewyjaśnionej etiologii.

Proces diagnostyczno-terapeutyczny niepłodności

Celem procesu diagnostyczno-terapeutycznego niepłodności jest powrót do pełni zdrowia, rozumianego jako przywrócenie równowagi w funkcjonowaniu wszystkich narządów organizmu, pozwalającej na poczęcie drogami naturalnymi i urodzenie zdrowego dziecka. W roku 1946 Światowa Organizacja Zdrowia wydała pierwszą definicję zdrowia, przedstawiając je jako „stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, a nie tylko całkowity brak choroby czy niepłodności”¹⁵. Osiągnięciu tego celu służy umiejętne wykorzystanie wiedzy z wielu dziedzin nauki, m.in. biologii, medycyny, psychologii, antropologii, teologii, ekonomii.

W drugiej połowie XX wieku powyższa definicja ulega rozbudowaniu o elementy społeczne, edukacyjne, żywieniowe, wypoczynku, przyzwyczajzeń. W ten sposób zdrowie zostało zdefiniowane jako dobrostan psychiczny, społeczny i fizyczny, który osiąga się przez promocję zdrowego trybu życia. Idea zdrowia jako dobrostanu została skrytykowana zarówno przez środowiska medyczne jak i etyczno-filozoficzne. Nie można pozwolić, aby luksusowy charakter prowadzenia życia oparty na dobrobycie fizycznym, psychicznym, społecznym z pominięciem medycyny był wyznacznikiem pełni zdrowia¹⁶. W rzeczywistości nigdy nim nie jest, a dobrobyt nigdy nie zagwarantuje niepłodnym parom poczęcia i urodzenia dziecka w ramach ich związku.

Z medycznego punktu widzenia w przywróceniu zdrowia, a w sposób szczególny omawianego w pracy zdrowia prokreacyjnego, potrzebna jest profesjonalna i sumienna praca specjalistów z wielu dziedzin medycyny, którzy,

¹³ Por. M. Szamatowicz, *Niepłodność...*, s. 137-138.

¹⁴ Por. N. Cybulska, M. Tomala, W. Niemczyk, *Współczesna diagnostyka i leczenie niepłodności*, [w:] *Niepłodność – zagadnienia interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski, Kraków 2009, s. 52.

¹⁵ D. Callahan, *The WHO Definition of Health*, „Hastings Center Studies”, 1 (1973), nr 3, s. 77.

¹⁶ Por. *ibidem*, s. 77.

przy wykorzystaniu wiedzy, umiejętności i dostępnych narzędzi, podejmują się diagnostyki i leczenia chorób współtowarzyszących niepłodności. W ten sposób przywracają równowagę w pracy całego organizmu, co przekłada się na dobre samopoczucie społeczne, psychiczne i biologiczne¹⁷.

Potwierdza to obserwacje czynione przez Platona, który mawiał, że choroba jest utratą równowagi, nie tylko na przestrzeni medyczo-biologicznej, ale również osobistej i społecznej, natomiast medycyna powinna posiadać wiedzę i mechanizmy, w jaki sposób przywrócić tę równowagę w życiu człowieka. Sugestywna jest definicja zdrowia podana przez Gadamera, który stwierdza, że jesteśmy świadomi pustoszącego oddziaływania na organizm chorób, które poprzez systematyczne działanie doprowadzają do zaburzenia prawidłowych funkcji komórek. Jest to fenomen, który za pomocą dostępnych metod, technik w sposób obiektywny można zbadać oraz poddać ocenie klinicznej. Natomiast zdrowiem jest to, czego nie można poddać ocenie, to czego nie można wykryć. W odróżnieniu od choroby, zdrowie nie jest przyczyną do przejmowania się, a nawet prawie nigdy nikt nie ma pewności odnośnie do bycia zdrowym¹⁸. Podobną refleksją dzieli się filozof, lekarz Georges Canguilhem (1904-1995), który stwierdza, że zdrowie jest mocą życia, natomiast choroba jego słabością¹⁹.

Niemiecki współtwórca XX-wiecznej hermeneutyki filozoficznej Hans Georg Gadamer (1900-2002) w opisanu problematyki zdrowia inspirował się myślą Platona, bazującą na koncepcji medycyny według Hipokratesa, który wyznaje teorię złotego środka, tzn. *nie za dużo, nie za mało*, ale według potrzeby. Stwierdzenia *nie za dużo, nie za mało* są wyrazem miary, proporcji, które znajdują zastosowanie w opisie wartości, jaką jest zdrowie. Zadaniem lekarza jest przywrócenie zachwianych przez chorobę *proporcji*. W czasie posiadania zdrowia natura sama decyduje o prawidłowych proporcjach. Zdrowie jest prawidłową równowagą sił organizmu, *proporcji* i *symetrii*. Pojęcia *proporcji* i *symetrii* podobnie jak *mniej* i *więcej*, wyrażają koncepcję *prawidłowej miary*, która jest kluczowym pojęciem platońskiej metafizyki. Zdrowie jest uzależnione od *prawidłowej miary*, która u Platona odnosi się nie do wartości arytmetycznych i ilościowych, ale ontologiczno-aksjologicznych²⁰. W ten sposób zdrowie nie jest jedynie faktem technicznym – *prawidłowych miar*, ale jest faktem osobistym,

¹⁷ Por. H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, tłum. M. Donti, M.E. Ponzio, Milano 1993, s. 122.

¹⁸ Por. H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute...*, s. 107.

¹⁹ Por. L. Nordenfelt, *La natura della salute. L'approccio della teoria dell'azione*, Milano 2003, s. 254.

²⁰ Por. G. Reale, *Corpo anima e salute. Il concetto di uomo da Omero a Platone*, Milano 1999, s. 225.

wyrażającym się w prawidłowej pracy organizmu, wewnętrznego pokoju, zgody z samym sobą, innymi ludźmi i środowiskiem, w którym żyje człowiek.

Rozumienie zdrowia jako braku choroby prowadzi do błędnego postępowania, w którym medycyna interesuje się nim dopiero, gdy po przeprowadzonych badaniach dostrzega się nieprawidłowości, będące oznaką choroby. W praktyce powinna prowadzić prewencję, dbać o zdrowie jeszcze przed nadejściem choroby i przeciwdziałać symptomom, które są sygnałami jego utraty. W sytuacji niezauważenia, zignorowania symptomów choroby bądź świadomego działania na szkodę własnego zdrowia, daje się przyzwolenie chorobie na rozwój, który zostanie zatrzymany poprzez poprawnie postawioną diagnozę, trafną prognozę i rozpoczęcie odpowiedniego leczenia, będącego procesem mającym na celu wyeliminowanie choroby i przywrócenie w sposób stały i nieodwracalny zdrowia, w tym zdrowia prokreacyjnego.

W procesie leczenia niezastąpiona jest wiedza medyczna co do prawidłowej budowy ciała i jego czynności, powstawania chorób i ich przyczyn, rozpoznawania chorób i ich leczenia, utrzymywania warunków ochrony zdrowia, przewyższania skutków chorób. Wiedza ta pozwala na analizę, a następnie, przy wykorzystaniu odpowiednich narzędzi, podjęcie właściwych czynności praktycznych²¹. Podobne stanowisko prezentuje Jan Tatoń, stwierdzając, że medycyna w procesie leczenia chorób powinna bazować na trzech elementach. Pierwszym są nauki przyrodnicze, które zakresem dysponowanej wiedzy ułatwiają wyjaśnianie fizycznych i chemicznych podstaw procesów zachodzących w organizmie. Drugim są nauki kliniczne, które wyjaśniają zmiany fizyczne i psychiczne u konkretnego pacjenta. Trzecim składnikiem jest praktyka medyczna, w której lekarz, przy pomocy posiadanej wiedzy, aplikuje odpowiednie środki umożliwiające ustąpienie choroby i przywrócenie pełni zdrowia²². Prowadzone w ten sposób leczenie służy człowiekowi. Odpowiada jego naturze, celom, dążeniom, możliwościom, wartościom, przestrzeganym prawom. Dotyczy człowieka nie tylko jako przedmiotu stosowanych zabiegów medycznych, ale także jako określonej osobowości, która rozumuje, czuje i żyje w określonej strukturze społecznej²³.

Medycyna nie rozwija się w próżni, lecz na tle przemian zachodzących w kulturze i cywilizacji. Wśród tych przemian duże znaczenie ma postęp nauki i techniki, zmiany polityczne i społeczne oraz wiodące kierunki filozoficzne i koncepcje człowieka²⁴.

²¹ Por. A. Nawrocka, *Etos w zawodach medycznych*, Kraków 2008, s. 23.

²² Por. J. Tatoń, *Filozofia w medycynie*, Warszawa 2003, s. 61.

²³ Por. A. Nawrocka, *Etos w zawodach medycznych...*, s. 28-29.

²⁴ K. Imieliński, C. Imieliński, A. Imieliński, *Humanistyczne aspekty medycyny*, Warszawa 1997, s. 9.

Zakończenie

Lekarz prowadzący małżonków w procesie leczenia niepłodności posługuje się zdobytą wiedzą, sumieniem oraz nowoczesnymi narzędziami. Jego sposób postępowania nie ogranicza się do sfery biologicznej małżonków, ale przestrzega również ich jedności duchowo-cieleśnej²⁵. Celem leczenia jest przywrócenie prawidłowej pracy układu rozrodczego, układów współzależnych, przywrócenie stanu równowagi psychicznej i duchowej, poczęcie dziecka, prawidłowy przebieg ciąży i szczęśliwy poród. W ten sposób nauka i wiara nie przeciwstawiają się sobie, ale, jak wskazuje nauczanie Soboru Watykańskiego II, ze sobą współpracują, aby wymiar etyczny w procesie przekazywania życia nie był pominięty. W ten sposób osoba, posiadając w sobie wymiar boski i ludzki, jest jedna i niepodzielona, a natura ludzka, uzdalniając człowieka do rozwoju, dopiero we współpracy z Bogiem osiąga pełnię.

Słowa kluczowe: niepłodność, prewencja, diagnostyka.

Bibliografia:

1. Callahan D., *The WHO Definition of Health*, „Hastings Center Studies” 1 (1973), nr 3, s. 77-87.
2. Callander R. i in., *Ginekologia ilustrowana*, tłum. M. Bińkowska i in., Gdańsk 1995.
3. Cybulska N., Tomala M., Niemczyk W., *Współczesna diagnostyka i leczenie niepłodności*, [w:] *Niepłodność – zagadnienia interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski, Kraków 2009, s. 51-57.
4. Drosdzol A. i in., *Standard postępowania diagnostycznego w niepłodności*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 60 (2006), nr 5, s. 433-437.
5. Gadamer H.G., *Dove si nasconde la salute*, tłum. M. Donti, M.E. Ponzo, Milano 1993.
6. Graham B., *Buck's 2020 ICD-10-CM for Hospital Edition*, Riverport Lane 2020.
7. Gurunath S. i in., *Defining Infertility – a Systematic Review of Prevalence Studies*, „Human Reproduction Update” 17 (2011), nr 5, s. 575-588.
8. Imieliński K., Imieliński C., Imieliński A., *Humanistyczne aspekty medycyny*, Warszawa 1997.
9. Jan Paweł II, *Człowiek – obraz Boży istotą duchowo-cieleśną* (16.04.1986), [w:] *Katechezy Ojca Świętego Jana Pawła II. Bóg Ojciec*, red. W. Zega, Kraków – Ząbki 1999, s. 151-154.
10. Męczałski B., Warenik-Szymankiewicz A., *Rola komórki jajowej w genetycznych uwarunkowaniach płodności i niepłodności*, „Endokrynologia Polska” 56 (2005), nr 3, s. 356-358.

²⁵ Por. Jan Paweł II, *Człowiek – obraz Boży istotą duchowo-cieleśną* (16.04.1986), [w:] W. Zega (red.), *Katechezy Ojca Świętego Jana Pawła II. Bóg Ojciec*, Kraków – Ząbki 1999, s. 153.

11. Miernik B., *Mężczyzna wobec niepowodzeń prokreacyjnych. Psychopedagogiczne aspekty doświadczenia przez mężczyzn trudności w prokreacji*, „Fides et Ratio” 39 (2019), nr 3, s. 94-106.
12. Nawrocka A., *Etos w zawodach medycznych*, Kraków 2008.
13. Nordenfelt L., *La natura della salute. L'approccio della teoria dell'azione*, Milano 2003.
14. Opala T. i in., *Epidemiologia i metody diagnostyczne*, [w:] *Ginekologia. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów*, red. idem, Warszawa 2006, s. 133-136.
15. Radwan J., *Epidemiologia niepłodności*, [w:] *Niepłodność i rozród wspomagany*, red. idem, S. Wołczyński, Poznań 2011, s. 11-14.
16. Reale G., *Corpo anima e salute. Il concetto di uomo da Omero a Platone*, Milano 1999.
17. Smyczyńska J., *Diagnostyka i leczenie zaburzeń hormonalnych jako wyraz troski o zdrowie prokreacyjne i profilaktyka niepłodności. Czy metody rozpoznawania płodności mogą być pomocne?*, „Fides et Ratio” 39 (2019), nr 3, s. 45-57.
18. Szamatowicz M., *Niepłodność*, [w:] *Położnictwo i ginekologia*, red. G.H. Bręborowicz, t. 2, Warszawa 2015, s. 141-165.
19. Tatoń J., *Filozofia w medycynie*, Warszawa 2003.