

Katarzyna Walentynowicz-Moryl*

UTRATA CIĄŻY JAKO WYZWANIE DLA KOBIECOŚCI – ANALIZA DOŚWIADCZEŃ KOBIEŃ ZNAJDUJĄCYCH SIĘ W SYTUACJI UTRUDNIONEJ PROKREACJI

Wprowadzenie

Płeć jest kategorią, którą współcześnie rozważa się na wielu poziomach: poziomie biologicznym (*sex*), społecznym (*gender*) i osobowościowym (*gender identity*) (Sekuła-Kwaśniewicz 2000). W artykule główna uwaga zostanie skoncentrowana na tożsamości płciowej kobiet. Przyjmując perspektywę konstruktywizmu społecznego należy stwierdzić za Simone de Beauvoir, że „nikt nie rodzi się kobietą, a raczej się nią staje” (de Beauvoir 2003, s. 299). Stawanie się kobietą jest złożonym procesem, który z jednej strony uwarunkowany jest społecznie i kulturowo (Miluska, Boski 1999): jednostki w procesie socjalizacji uczą się tego, co zgodnie z dominującą kulturą i ich pozycją społeczną powinno oznaczać dla nich bycie kobietą, poznają modele kobiecości. Z drugiej strony podkreśla się, że dla poczucia kobiecości istotne wydają się być także doświadczenia indywidualne człowieka. Kobiecość w wymiarze jednostkowym należy zatem traktować także jako rezultat „uprzednich warunków i sytuacji, swoiste odbicie zmieniających się okoliczności i doświadczeń” (Paprzycka 2009, s. 79-80). Analizując miejsce macierzyństwa w odpowiedzi na pytanie – kim jestem jako kobieta? – należy zwrócić uwagę na treść jednostkowych doświadczeń prokreacyjnych kobiet.

W rozważaniach podjętych w tym artykule przeanalizowane zostanie poczucie tożsamości płciowej kobiet, które w trakcie swoich utrudnionych działań prokreacyjnych doświadczyły niepowodzenia prokreacyjnego – poronienia samoistnego. W literaturze przedmiotu omawiana jest zależność pomiędzy funkcjonowaniem kobiet w sytuacji niepłodności a ich poczuciem kobiecości. Badacze wskazują między innymi na niski poziom akceptacji siebie w roli kobiety oraz zaniżone poczucie własnej wartości (por.: Bielawska-

*Katarzyna Walentynowicz-Moryl – magister socjologii oraz opieki i profilaktyki niedostosowania społecznego, Uniwersytet Zielonogórski; zainteresowania naukowe: socjologia zdrowia, choroby i medycyny, metodologia badań społecznych; e-mail: K.Walentynowicz-Moryl@gmail.com

Batorowicz 2006, Bidzan 2010). W wypowiedziach badanych kobiet pojawiają się stwierdzenia wskazujące na poczucie okaleczenia, niepełnowartościowości, niekompletności (Greil 1991, Makara-Studzińska, Wdowiak 2009). Część autorów utożsamia podejmowanie przez te kobiety działań prokreacyjnych nakierowanych na realizację potrzeby macierzyństwa z walką o odzyskanie kobiecości. Alicja Kalus (1999) pisze o „upragnionym macierzyństwie”, Dorota Kornas-Biela (1999a) o „zdobywanym macierzyństwie”, Małgorzata Lesińska-Sawicka (2008) o „wywalczonym rodzicielstwie”, a Iwona Przybył (2012) o „macierzyństwie mimo wszystko”. Poronienie samoistne najczęściej rozpatrywane jest jako kryzys psychologiczny (Bielan, Machaj, Stankowska 2010), którego przebieg „jest opisywany w kategoriach kolejnych etapów procesu żałoby” (Murlikiewicz, Sieroszewski 2013, s. 93).

Badacze tej problematyki wiele miejsca poświęcają rozważaniom dotyczącym zarówno niepłodności, jak i różnego rodzaju niepowodzeniom prokreacyjnym, w tym poronieniom. Jednak bardzo rzadko analizuje się biografie prokreacyjne kobiet, które doświadczyły jednocześnie tych dwóch trudnych sytuacji. Autorzy analizujący sytuacje poronienia sygnalizują tylko, że do czynników modyfikujących przeżycia matek po poronieniu samoistnym należą intensywność pragnienia dziecka, znaczenie zerwanej więzi oraz długość oczekiwania na poczęcie (Kornas-Biela 1999b, Libera 2009). Celem proponowanych w artykule analiz jest spojrzenie na poczucie kobiecości jako na pojęcie, którego treść zmienia się pod wpływem doświadczeń jednostki. Dla analizowanej grupy kobiet takimi doświadczeniami będą ich działania prokreacyjne, naznaczone trudnościami i niepowodzeniem prokreacyjnym – poronieniem samoistnym.

Założenia metodologiczne, charakterystyka badanych

Analizy prezentowane w niniejszym artykule przygotowane zostały na podstawie materiału empirycznego zebranego podczas badań w ramach projektu badawczego *Od zdrowia uwarunkowanego społecznie do zdrowia społecznego: badania nad radzeniem sobie z utrudnioną prokreacją*. Celem projektu było m.in. scharakteryzowanie trajektorii doświadczania przez kobiety problemów z prokreacją, ze szczególnym uwzględnieniem ich społecznego funkcjonowania. Przedmiotem badań przygotowanych w oparciu o strategię jakościową były doświadczenia kobiet samodefiniujących się jako osoby, które znalazły się w sytuacji utrudnionej prokreacji. Projekt zrealizowałam przy użyciu techniki wywiadu opartego na dyspozycjach z wydzielonymi obszarami tematycznymi. Rozmówczynie były pacjentkami Poradni Diagnostyki Niepłodności w mieście wojewódzkim oraz użytkowniczkami forów internetowych poświęconych zagadnieniom związanym z trudnościami prokreacyj-

nymi.

Celem głównym analiz będzie ustalenie, w jaki sposób doświadczenia trudności prokreacyjnych i poronienia samoistnego wpływają na zmiany w postrzeganiu przez badane ich własnej kobiecości. Aby zrealizować ten zamiar badawczy, w trakcie analizy doświadczeń kobiet sformułowane zostaną odpowiedzi na następujące pytania badawcze: (1) Jak rozmówczynie definiowały swoją kobiecość przed podjęciem działań prokreacyjnych? (2) W jaki sposób w trakcie starań o dziecko, procesu diagnostycznego i leczenia zmieniło się podejście badanych do ich macierzyństwa? (3) Jak doświadczenie poronienia samoistnego wpłynęło na ich poczucie kobiecości?

Na potrzeby analiz z próby badawczej utworzonej podczas realizacji projektu, przy wykorzystaniu logiki doboru teoretycznego, wybrałam dwadzieścia kobiet, które podczas swoich utrudnionych starań o dziecko doświadczyły utraty ciąży w wyniku poronienia samoistnego. Badane kobiety w momencie uczestnictwa w projekcie badawczym były w wieku od dwudziestu czterech do czterdziestu czterech lat. Najliczniejszą grupę stanowiły rozmówczynie w wieku dwudziestu dziewięciu i trzydziestu lat. Piętnaście kobiet legitymowało się wyższym wykształceniem, pięć wykształceniem średnim. Większość badanych pochodziło z miast powyżej 100 tys. mieszkańców. Tylko dwie zamieszkiwały na wsi. Wszystkie rozmówczynie w czasie realizacji wywiadów były w długotrwałych związkach uczuciowych. Tylko jedna z nich była panną. Większość kobiet pracowała zawodowo, pięć z nich zadeklarowało, że zajmuje się domem.

Kobiecość i macierzyństwo – przed rozpoczęciem starań o dziecko

Badane kobiety poproszone zostały o scharakteryzowanie tego, co dla nich oznaczało bycie kobietą w czasie, kiedy jeszcze nie zdecydowały się na rozpoczęcie starań o dziecko. W wypowiedziach rozmówczyń pojawiało się wiele stwierdzeń wpisujących się w egalitarny model kobiecości. Rozmówczynie mówiły o tym, że były świadome złożonych wymagań, które kierowane są w stronę kobiet – *Wiedziałam, że od współczesnej kobiety wiele się wymaga* (K1); *Przed kobietami stawia się bardzo wiele oczekiwań i wymaga, aby się one do nich stosowały* (K13). Mówiąc o tych oczekiwaniach kobiety wskazywały przede wszystkim na łączenie obowiązków rodzinnych i zawodowych – *Kobieta powinna być matką, żoną i oczywiście powinna pracować zawodowo* (K4). *Wiedziałam, że kobieta to taki robot wielofunkcyjny, który dobrze radzi sobie w każdej roli: matki, partnerki, szefowej, pracownicy* (K9). Bardzo często w wypowiedziach rozmówczyń pojawiały się także stwierdzenia, że właśnie poprzez to łączenie ról społecznych kobiety mają szansę być „szczęśliwe”, „zrealizowane”, „spełnione”. Jedna z badanych tak podsu-

mowała społeczne oczekiwania kierowane w stronę kobiet – *W dzisiejszym pojęciu kobieta powinna być piękna, inteligentna, pracowita. Najlepiej, żeby była tak zwaną kobietą sukcesu, a do tego oczywiście powinna mieć silny instynkt macierzyński i najlepiej, aby po pełnym dniu pracy wracała do domu z zakupami, następnie przygotowywała pyszny rodzinny obiad i spełniała się jako żona oraz matka* (K17).

Kobiety, opowiadając o swoim życiu przed rozpoczęciem starań o dziecko wskazywały, że chciały realizować właśnie taki współczesny model kobiecości. Widziały swoje życie jako swoistą listę celów do zrealizowania. Na początek chciały zdobyć wykształcenie – *Zawsze wiedziałam, że chcę skończyć studia* (K5). *[...] studia zawsze były częścią mojego plany na życie* (K8). W dalszej kolejności pracę: *[...] zawsze byłam ambitną osobą, chciałam znaleźć ciekawą pracę* (K11). *Być spełnioną zawodowo, to było dla mnie bardzo ważne wtedy* (K2). W większości przypadków rozmówczynie utożsamiały pracę z szansą na rozwój – *[...] praca, czyli sposób, by nie zamykać, tylko otwierać drogę do własnego rozwoju* (K8). *Dzięki pracy nie stałam w miejscu, ciągle uczyłam się czegoś nowego* (K15). Bardzo istotną kwestią dla badanych było także stworzenie szczęśliwego związku uczuciowego, najczęściej sformalizowanego – *Chciałam znaleźć osobę, z którą będę chciała dzielić życie* (K12); *Od zawsze chciałam być żoną człowieka, z którym będę szczęśliwa* (K18).

Macierzyństwo jako cel do zrealizowania wymieniany był przez badane na końcu listy z zastrzeżeniem, że powinno się ono pojawić po osiągnięciu innych istotnych celów – *Instynkt macierzyński zawsze miałam bardzo silny od nastoletnich lat, ale rozum podpowiadał, aby najpierw zrobić istotniejsze rzeczy, a nie od razu łądować się w pieluchy* (K16); *Dziecko zgodnie z planem miało się pojawić po zaliczeniu wcześniejszych etapów* (K6). Takie podejście wynikało z tego, w jaki sposób rozmówczynie myślały o macierzyństwie przed rozpoczęciem starań o dziecko. Dla badanych kobiet to, że zostaną w przyszłości matkami było oczywistym faktem – *Oczywiste dla mnie było to, że kiedyś będę matką* (K2); *To, że kiedyś będę matką, zanim jeszcze planowałam posiadanie malucha, było jedną z oczywistych spraw* (K18). Dodatkowo, większość z nich mówiąc o swoim przyszłym macierzyństwie wskazywała na naturalność tego faktu – *[...] wydawało mi się to naturalne i oczywiste, że ludzie mają dzieci, i wiedziałam że ja będę je miała* (K5). *[...] w końcu macierzyństwo wydawało mi się takim naturalnym elementem życia* (K7). Część badanych podkreślała, że była przekonana o tym, że zostanie matką jest prostym zadaniem do zrealizowania – *Wydawało mi się to proste – ludzie biorą ślub, a potem po prostu mają dziecko/dzieci. I dla mnie wydawało się to oczywiste. W ogóle nie przyszło mi do głowy,*

że akurat u nas będą kłopoty (K4). W związku z takim sposobem myślenia o macierzyństwie rozmówczynie uważały, że mogą je spokojnie odłożyć w czasie. Macierzyństwo badane traktowały jako refleksyjny projekt (Slany, Szczepaniak-Wiecha 2003).

Macierzyństwo – starania o dziecko, diagnostyka, leczenie

Podejście badanych kobiet do macierzyństwa przed rozpoczęciem starań o dziecko sprawiło, że ich początkowy okres działań prokreacyjnych określany był przez nie jako czas spokojnych starań przepełnionych nadzieją na szybki sukces prokreacyjny – *Na początku towarzyszyła nam duża nadzieja, że się uda* (K3). *[...] starania na luzie, z uczuciem, że zaraz się uda i wkrótce będę mamą* (K4). *[...] bezproblemowe pierwsze próby z nadziejami na bezproblemowy sukces* (K14). Jednak z wraz z upływającym czasem rozmówczynie coraz częściej stawały przed koniecznością konfrontacji przyjętych założeń z rzeczywistością, która warunkowana była przez ich zdolności prokreacyjne. Z czasem centralnym elementem organizującym doświadczenie badanych stało się ich ciało i sposób, w jaki funkcjonowało. Koncentracja na ciele postępowała wraz z kolejnymi etapami trajektorii trudności prokreacyjnych kobiet – staraniami przed rozpoczęciem diagnostyki, diagnostyką i leczeniem. Każde kolejne doświadczenie sprawiło, że badane coraz bardziej zmieniały swój stosunek do macierzyństwa.

Powtarzające się niepowodzenia prokreacyjne stawały się dla kobiet coraz trudniejszymi doświadczeniami – *Ta ciągła walka ze łzami gdy dostawałam kolejny okres* (K9). *Z każdym końcem cyklu mieliśmy nadzieję, że to już, że się udało, ale widok jednej kreski na teście ciążowym był coraz gorszy* (K12). Dlatego jeszcze przed rozpoczęciem procesu diagnostycznego większość kobiet zaczęła stosowanie naturalne metody obserwacji swojej płodności – *Po kilku nieudanych cyklach pomyślałam o obserwacji* (K1). *Rozpoczęłam prowadzenie kalendarzyka* (K19). Badane regularnie mierzyły podstawową temperaturę swojego ciała, część dodatkowo zaczęła stosować testy owulacyjne. Rozmówczynie chciały poznać swoje ciało, chciały zrozumieć jego funkcjonowanie. Skutkowało to podporządkowywaniem współżycia seksualnego rytmowi cykli miesięcznych – *Zaczęliśmy celować z seksem w dni płodne* (K2). *[...] seks „bo trzeba”* (K4), *[...] ciągle kłótnie o seks w dni płodne* (K9). Każda z kobiet z niecierpliwością oczekiwała na moment zakończenia cyklu. Typowym zachowaniem stawało się wykonywanie wielu testów ciążowych – *Poza tym robienie po 5 testów ciążowych co miesiąc i gapienie się na nie długo po przepisowych 5 minutach* (K4). *Robiąc test czułam nadzieję, a że ciągle wierzyłam, robiłam ich wiele* (K12). *Wciąż mijały miesiące i było coraz gorzej. Wydaliśmy chyba majątek na testy ciążowe*

(K13). Część badanych już w tym okresie zaczęła zauważać zmiany w swoim stosunku do macierzyństwa – *Zajście w ciążę z miesiąca na miesiąc stawało się dla mnie coraz ważniejsze (K3). Zaczynałam łapać się na tym, że myślę tylko o ciąży (K5).*

W momencie rozpoczęcia procesu diagnostycznego do działań badanych, polegających na kontrolowaniu przez nie cyklu miesięczkowego oraz sprawdzaniu pojawienia się ewentualnej ciąży, dołączyły działania lekarzy. Rozmówczynie musiały zgodzić się, że od tego momentu nie tylko one będą obserwować ich ciało. Wszystkie kobiety miały kontrolowaną owulację, sprawdzane poziomy poszczególnych hormonów płciowych oraz tarczycy, ich mężowie/partnerzy przeszli badania nasienia. Część z nich miała wykonane bardziej inwazyjne procedury diagnostyczne, takie jak histeroskopia diagnostyczną i/lub laparoskopię diagnostyczną. Dla większości z nich było to trudne doświadczenie – *Te badania były takie krępujące (K12). Nie czułam się dobrze, gdy kolejny lekarz mnie badał (K13). Musieliśmy wpuścić lekarza z butami do naszej sypialni. On chciał wiedzieć wszystko, a to były przecież takie intymne sprawy (K18).* Rozpoczęcie diagnostyki dawało badanym nadzieję, że dzięki niej uda im się zajść w ciążę – *Wizyty i branie leku były budujące, bo dawały nadzieję na powodzenie i stwarzały wrażenie, że coś się dzieje w tym kierunku (K3). Byliśmy w rękach specjalistów i to dawało nadzieję, że teraz już będziemy rodzicami (K18).* Ta nadzieja sprawiała, że bez zastanowienia rozmówczynie godziły się na oddanie kontroli nad ciałem w ręce lekarza.

Czternaście kobiet po serii badań otrzymało diagnozę niepłodności kobiecej, czyli w ich przypadku lekarze wskazali na domniemaną przyczynę trudności prokreacyjnych. Sześć kobiet jeszcze przed poronieniem otrzymało diagnozę niepłodności nieznanego pochodzenia (idiopatycznej). Postawienie diagnozy wiązało się z wdrożeniem odpowiedniego planu leczenia. Każdy aspekt działań prokreacyjnych badanych został dokładnie ustalony z lekarzem – *Wszystko według rozpiski. Kiedy monitoring, kiedy leki, kiedy seks (K7). Lekarz mówił nam, co będzie się działo po kolei, a my musieliśmy robić to, co nam kazał (K12).* Wraz z postawieniem diagnozy pojawiała się nowa nadzieja na sukces prokreacyjny. Kobiety poddały się leczeniu, które nie przyniosło od razu pozytywnego rezultatu. Oczekiwanie trwało najczęściej kilka cykli. U każdej z rozmówczyń w tym czasie miał miejsce intensywny monitoring rezultatów leczenia. Ich działania prokreacyjne w tym czasie znajdowały się pod całkowitą kontrolą lekarzy.

Wysiłki podejmowane, aby zajść w ciążę powodowały, że badane zaczynały koncentrować swoją całą uwagę na pragnieniu zostania matkami. Myślenie o macierzyństwie jako jednym z elementów życia zastępowane zostało

przez podporządkowanie jemu całego życia – *Starania o dziecko wypełniły już całe moje życie, miałam wrażenie, że nic innego nie robię* (K8). *Nie było dnia, żebym nie myślała o tym, kiedy będę w ciąży* (K18). Jedna z badanych tak podsumowała przemiany jakie zauważyła w sobie w trakcie działań prokreacyjnych – *Kierunek myślenia zmienia się z biegiem czasu i zdarzeń. Zaczyna się od myślenia „fajnie by było mieć dziecko”, a kończy na obsesyjnym myśleniu tylko o tym* (K5). Wszystkie inne aspekty funkcjonowania, które przed rozpoczęciem starań o dziecko były dla badanych istotne, straciły niemal całkowicie na znaczeniu. Szczególnie widoczne było to w przypadku pracy. Jedna z badanych stwierdziła – *W pracy pojawiały się nowe możliwości, szkolenia, ale ja z nich rezygnowałam. Przecież już za chwilę będę w ciąży. Nic innego wtedy się dla mnie nie liczyło przecież. A praca stała się tylko sposobem na zarabianie pieniędzy, bo pieniądze były nam wtedy bardzo potrzebne przecież* (K8). Żadna z biorących udział w badaniach kobiet do czasu zajścia w ciążę, opowiadając o swoich doświadczeniach nie odwoływała się bezpośrednio do swojego poczucia kobiecości. Można było odnieść wrażenie, że badane były skoncentrowane tylko na działaniach, które miały doprowadzić do realizowania zamierzonego celu – *Badania, clo, monitoring i dalej kolejne zalecenie do zaliczenia* (K5). *Działać, działać, tylko to było wtedy ważne* (K14). Niezmiernie istotna wtedy dla kobiet była także nadzieja na sukces, która dawała im siłę do podejmowania kolejnego wysiłku – *Pomimo narastającej frustracji z powodu braku diagnozy ciągle była nadzieja* (K1). *Ciągle nowe nadzieje się pojawiały, że tym razem się już na pewno uda* (K20).

Upragniona ciąża i jej utrata

Jedenaście rozmówczyń od momentu rozpoczęcia starań oczekiwało na pojawianie się ciąży dwa lata. W przypadku sześciu pozytywny wynik testu ciążowego został uzyskany po półtora roku. U trzech badanych stwierdzono ciążę po raz pierwszy po trzech latach od rozpoczęcia działań prokreacyjnych. Kobiety opowiadając o momencie, w którym dowiedziały się o ciąży używały takich słów jak – „nareszcie”, „w końcu”. Fakt zajścia w ciążę w większości traktowały jako nagrodę za ich dotychczasowy wysiłek, jakimi włożyły w działania prokreacyjne – *Tyle przeszłam, te badania, leki, ale w końcu byłam w tej ciąży* (K6). *Pomyślałam wtedy, że to jest taka nagroda za ten cały trud* (K16). Każdej z badanych towarzyszyła radość – *Moja radość nie miała granic* (K2). *Przeogromna radość. W ciągu jednego dnia z tej radości zdążyliśmy wszystkim powiedzieć, że będziemy rodzicami* (K13). *Radość, bo ciąża się pojawiła* (K17).

W związku z tym, że badane przeze mnie kobiety były od dłuższego

czasu pod opieką lekarzy, dokładnie wiedziały, że po pozytywnym teście ciążowym należy w odpowiednim momencie udać się do lekarza na pierwsze badanie ultrasonograficzne, które potwierdzi prawidłowy rozwój ciąży – *Nie mogłam się już doczekać pierwszego usg, tak bardzo chciałam zobaczyć nasze maleństwo* (K7). *Początek był cudowny i oczekiwałam pierwszego usg* (K20). W trakcie oczekiwania na badanie rozmówczynie doświadczały wielu różnych stanów emocjonalnych, od euforii do niepokoju. Sposobem na radzenie sobie z niepokojem było na przykład systematyczne badanie krwi, mające na celu określenie przyrostu hormonu beta htc, który świadczy o prawidłowym rozwoju ciąży. Większość kobiet otrzymywała prawidłowe wyniki, więc spokojnie oczekiwała na wizytę lekarską – *Beta przyrastała prawidłowo, ciąża rozwijała się dobrze* (K16). *Beta przyrastała dobrze, nie było powodów do niepokoju. Cieszyliśmy się ogromnie* (K18).

Kobiety w różnych okolicznościach dowiadywały się o utracie ciąży. Część badanych wiedziała o tym fakcie dzięki wynikom kolejnych testów ciążowych wykonywanych z krwi – *Z badania dowiedziałam, że nie utrzymam ciąży, beta zamiast rosnąć spadała* (K5). Część doświadczyła płamienia, które po badaniu ginekologicznym okazywało się symptomem utraty wczesnej ciąży. Jedna z kobiet tak opisała tę sytuację – *Jestem w pracy około godz. 11 idę do toalety – plamię – strach, płacz. Zadzwoiłam do męża, przyjechał za jakieś 20 minut. Jadę do szpitala. Zostaję na oddziale przez 5 dni. Gdy mój lekarz robił mi usg, jego słowa utkwiły mi w pamięci „bardzo mi przykro Pani E.” – poronienie samoistne. Nie miałam robionego zabiegu, gdyż była to bardzo wczesna ciąża* (K13). Inne rozmówczynie podczas pierwszego badania usg dowiadywały się, że ich ciąża nie rozwija się – *I wreszcie to usg. Wiadomość o tym, że ciąża się nie rozwija było dla nas strasznym ciosem. Cały świat usunął się nam spod nóg* (K3). *[...] przy badaniu bicia serca płodu okazało się, że, niestety, zarodek się nie rozwija* (K17). Tylko trzy rozmówczynie doświadczyły sytuacji, w której miały możliwość podjęcia walki o utrzymanie ciąży – *Walczyliśmy o nasze maleństwo, leżałam, brałam leki* (K19). *[...] zaczęła się walka o ciążę, tabletki itp.* (K20).

Utrata ciąży dla moich rozmówczyń bez względu na moment i okoliczności, w jakich miała ona miejsce, była traumatycznym wydarzeniem. Badane opisując je używały takich określeń jak – „największa tragedia”, „dramat życiowy”, „najtrudniejszy dzień”. W ich wypowiedziach pojawiają się odwołania do wysiłku, jaki musiały włożyć w to, aby zająć w ciążę. W związku z tym czuły, że zostały podwójnie oszukane przez naturę. Raz dlatego, że musiały walczyć o poczęcie. Drugi raz, że tak wyczekiwana przez nich ciąża została im odebrana. Taki sposób myślenia obrazuje wypowiedź jednej z badanych – *Czułam ogromny żal. Dlaczego to spotkało mnie? Mnie, która*

tylę czasu i łoż poświęciła żeby zobaczyć te dwie kreski na teście? (K19).

Utrata ciąży – od kwestionowania do nadziei dla kobiecości

Poronienie samoistne było dla każdej z rozmówczyń wydarzeniem, które zmusiło je do skonfrontowania się z narastającym w trakcie ich starań o dziecko pragnieniem macierzyństwa – *Wtedy chyba pierwszy raz od dawna zatrzymałam się i uświadomiłam, że pragnienie dziecka mną zawładnęło* (K2). *Chciałam coraz bardziej, ale póki walczyłam, jakoś o tym nie myślałam* (K9). Bycie w ciąży i następnie jej utrata spowodowała, że badane poczuły, że to właśnie bycie matką stanowi dla nich esencję kobiecości – *Naprawdę kobietą poczułam się kiedy zaszłam w ciążę* (K6). *Ciąża dała mi to, o co tak walczyłam, czułam się wtedy prawdziwą kobietą* (K9). Gdy zapytano je o to, co po utracie ciąży oznacza dla nich kobiecość, wszystkie mówiły o tym, że przede wszystkim jest to dla nich bycie matką – *Kobiecość kojarzy mi się teraz tylko z macierzyństwem* (K16). *[...] być kobietą znaczy móc odczuwać szczęście macierzyństwa* (K20). Badane same stwierdzały, że po utracie dziecka nie potrafią myśleć o kobiecości poprzez pryzmat innych aspektów funkcjonowania niż macierzyństwo – *Dla mnie potem bycie kobietą oznaczało tylko bycie matką, nic innego się już nie liczyło* (K4). *Po utracie ciąży nastąpił etap obsesyjnego myślenia o tym, żeby znów być w niej. Tylko macierzyństwo wtedy oznaczało dla mnie bycie kobietą* (K17). Część z kobiet relacjonowała wprost, że miała wrażenie, że wraz z ciążą utraciła kobiecość – *Razem z naszą kruszynką straciłam swoją kobiecość* (K2). *Moje poczucie bycia kobietą w jednej chwili wyparowało* (K7). Jedna z kobiet tak podsumowała swoje odczucia – *[...] bo co ze mnie za kobieta, skoro nie jestem w stanie utrzymać tak wymarzonej i wywalczonej ciąży* (K15).

Po poronieniu, które spowodowało utratę wyczekanej ciąży, badane musiały zmierzyć się z trwaniem w przymusowym okresie zawieszenia starań o dziecko. Kobiety najczęściej otrzymywały zalecenie od lekarza prowadzącego, aby wstrzymać się z działaniami prokreacyjnymi około pół roku. Z ich relacji wynika, że po okresie, w którym stopniowo zaczynały radzić sobie z typowymi negatywnymi emocjami związanymi ze stratą opisywanymi w literaturze, takimi jak m.in. żal, złość, smutek, strach (Kornas-Biela 1999b), wracały do nich myśli o jak najszybszym wznowieniu starań o dziecko – *Chciałam jak najszybciej znów wrócić do działania* (K13). *Dość szybko się podniosłam i wiedziałam, że będę walczyć dalej* (K17). Brak możliwości rozpoczęcia od razu starań był bardzo trudnym doświadczeniem dla większości badanych – *To czekanie było bardzo trudne* (K2). *W sumie nic nie mogliśmy robić, tylko czekać, chyba nie było nic gorszego* (K12).

W okresie oczekiwania na wznowienie starań o dziecko kobiety stopnio-

wo przechodziły od traktowania utraty ciąży jako zdarzenia kwestionującego ich kobiecość do doświadczenia, które mimo wszystko daje im nadzieję – *Zaczęłam myśleć, że w sumie byłam przecież w ciąży, po takim czasie udało się, więc znów musi się udać* (K5). *Widziałam serduszka kruszynek, ta ciąża, krótka, ale jednak ciąża dawała mi potem nadzieję* (K15). Część wprost mówiła o tym, że przez tyle miesięcy nie udawało im się zajść w ciążę, więc pomimo tego, że utrata jej była trudnym doświadczeniem, to sam fakt jej pojawiania się był przełomem – *Zajście w ciążę, choć niedaną, ale jednak, było ważnym dla mnie sygnałem, że jesteśmy na dobrej drodze* (K8). *Mimo tego bólu coś się jednak w końcu ruszyło* (K14). Moment ponownego rozpoczęcia działań prokreacyjnych był dla nich bardzo istotnym wydarzeniem, z którym wiązały znów wielkie nadzieje – *[...] myślałam, że teraz to już na pewno się uda* (K6). *Wiedzieliśmy, co robić, więc kolejny sukces, tym razem na dłużej musiał się szybko pojawić* (K10). Jedna z badanych wspominając moment wznowienia starań powiedziała – *Gdy dostaliśmy zielone światło, przeczytałam w internecie że poronione dziecko nie umiera – ono tylko zmienia datę swoich narodzin* (K12).

Podsumowanie

Badane w czasie, kiedy jeszcze nie rozpoczęły działań prokreacyjnych, opowiadały o kobiecości odwołując się do współczesnego, egalitarnego modelu. Projektując swoje życie myślały o tym, aby móc realizować się w wielu różnych rolach społecznych. Dążyły do zdobycia wykształcenia, dobrej pracy i funkcjonowania w szczęśliwym związku uczuciowym. Macierzyństwo stanowiło dla nich jeden z celów, które chcą osiągnąć w życiu. Jednak w ich opinii ze względu na to, że realizacja tego celu będzie oczywista, pewna i prosta, może zostać przesunięta w czasie, aż do momentu, gdy zrealizują one inne cele, które znajdowały się wyżej na ich liście priorytetów.

W momencie, gdy rozmówczynie zamierzały już zostać matkami, zmuszone zostały zmienić swoje podejście do macierzyństwa. Tę zmianę wymusiła na nich biologia ich własnego ciała. W czasie starań o dziecko przed podjęciem diagnostyki, w trakcie diagnostyki i następnie leczenia, badane nieustannie coraz bardziej koncentrowały swoją uwagę na funkcjonowaniu ciała. Wraz z upływem czasu i podejmowaniem kolejnych działań, aby zajść w ciążę, ich pragnienie posiadania dzieci stawało się coraz silniejsze. Stanowiło ono dla tych kobiet dążenie, które dało im siłę do dalszej walki o dziecko. Do momentu poronienia kobiety skoncentrowane były na staraniach o dziecko, nie rozmawiały o swojej kobiecości. Utrata ciąży, która była dla nich synonimem nagrody za włożony w starania wysiłek, uruchomiła pokłady dotychczas skrywanych pod maską walki o dziecko emocji. Dopiero

ona stała się dla wszystkich badanych kobiet doświadczeniem, które doprowadziło do konieczności ponownego udzielenia odpowiedzi na pytanie – co dla mnie oznacza być kobietą? Odpowiedź na to pytanie była już inna niż przed rozpoczęciem starań o dziecko. Centralną jej treść stanowiło bowiem bycie matką. Inne aspekty funkcjonowania zdecydowanie straciły dla rozmówczyń znaczenie.

Doświadczenie poronienia spowodowało u badanych, w pierwszym okresie po jego wystąpieniu, zakwestionowanie ich kobiecości. Jednak, paradoksalnie, ta sama utrata ciąży z czasem zaczęła stanowić dla nich nadzieję na to, że uda im się zostać matkami. Powrót nadziei na możliwość realizacji pragnienia macierzyństwa był elementem, który pozwolił badanym poradzić sobie z trudnym doświadczeniem, jakie je spotkało. Wznowienie starań o dziecko stało się dla rozmówczyń synonimem walki o odzyskanie kobiecości.

Literatura

- BEAUVOIR S., DE (2003), *Druga płeć*, tłum. G. Mycielska, M. Leśniewska, Wydawnictwo Jacek Santorski & CO, Warszawa.
- BIDZAN M. (2010), *Niepłodność w ujęciu bio-psycho-społecznym*, Wydawnictwo Impuls, Kraków.
- BIELAN Z., MACHAJ A., STANKOWSKA I. (2010), Psychoseksualne konsekwencje straty dziecka w okresie ciąży i porodu, „Seksuologia Polska”, Tom 8, Numer 1, s. 41-46.
- BIELAWSKA-BATOROWICZ E. (2006), *Psychologiczne aspekty prokreacji*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice.
- GREIL A. L. (1991), *Not Yet Pregnant. Infertility Couples in Contemporary America*, Brunswick, London.
- KALUS A. (1999), Upragnione macierzyństwo: doświadczenie sytuacji niepłodności, [w:] *Oblicza macierzyństwa*, red. D. Kornas-Biela, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin.
- KORNAS-BIELA D. (1999a), Zdobywane macierzyństwo: doświadczenia matek związane ze wspomaganą prokreacją, [w:] *Oblicza macierzyństwa*, red. D. Kornas-Biela, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin.
- KORNAS-BIELA D. (1999b), Niespełnione macierzyństwo: psychologiczna sytuacja matek po poronieniu, [w:] *Oblicza macierzyństwa*, red. D. Kornas-Biela, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin.

- LESIŃSKA-SAWICKA M. (2008), *Późne macierzyństwo: studium socjomedyczne*, Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków.
- LIBERA A. (2009), *Psychologiczne aspekty poronień*, [w:] *Psychologia w położnictwie i ginekologii*, red. M. Makara-Studzińska, G. Iwanowicz-Palus, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- MAKARA-STUDZIŃSKA M., WADOWIAK A. (2009), *Psychologiczna sytuacja kobiety niepłodnej*, [w:] *Psychologia w położnictwie i ginekologii*, red. M. Makara-Studzińska, G. Iwanowicz-Palus, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- MILUSKA J., BOSKI P. (1999), *Męskość-kobiecość. Zarys i poziom analizy problematyki*, [w:] *Męskość-kobiecość w perspektywie indywidualnej i kulturowej*, red. J. Miluska, P. Boski, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa.
- MURLIKIEWICZ M., SIEROSZEWSKI P. (2013), *Poziom depresji, lęku i objawów zaburzenia po stresie pourazowym w następstwie poronienia samoistnego*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia”, Tom 6, Zeszyt 2, s. 93-98.
- PAPRZYCKA E. (2008), *Kobiety żyjące w pojedynkę. Między wyborem a przymusem*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa.
- PRZYBYŁ I. (2012), *Zostać rodzicem mimo wszystko: uwarunkowania działań prokreacyjnych małżonków niepłodnych*, [w:] *Między nakazem a wyborem*, red. J. Baniak, Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków.
- SEKUŁA-KWAŚNIEWICZ H. (2000), *hasło: Płeć*, [w:] *Encyklopedia Socjologii*, Tom III, red. W. Kwaśniewicz, Oficyna Wydawnicza, Warszawa.
- SLANY K., SZCZEPANIAK-WIECHA I. (2003), *Bezdzielnosc – czy nowa wartosc we wspolczesnym swiecie*, [w:] *Systemy wartosci a procesy demograficzne*, red. K. Slany, A. Malej, I. Szczepaniak-Wiecha, Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków.

Katarzyna Walentynowicz-Moryl

**MISCARRIAGE AS A CHALLENGE FOR FEMININITY – ANALYSIS
OF EXPERIENCES OF WOMEN WITH CONSTRICTED
PROCREATION**

Keywords: constricted procreation, miscarriage, femininity.

The aim of this article is to establish in what way the experience of constricted procreation and miscarriage influence the perception of one's own femininity. The author uses the statements of twenty women, obtained by her in qualitative interviews based on dispositions in selected thematic areas. The respondents were patients of an Infertility Diagnostic Centre in a city district or users of Internet Forums dedicated to problems of constricted procreation. The analysis of different experiences of constricted procreation makes it possible to identify changes occurring in respondents' attitudes towards maternity – from the time they were not even planning to have a baby, through the time of procreation activities, up to the period of diagnosis and treatment. These changes went from treating maternity as one of the assumed contingents and obvious elements of future plans, to increasing concentration on reaching this aim. Miscarriage was a challenge for many women who, at first, questioned their own femininity. Nevertheless, after some time, the respondents started to treat it as hope for their femininity. Resuming attempts to have a baby become for them a synonym for the struggle to regain femininity.