

Tomasz Kandzia

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

ORCID: 0000-0002-5502-2886; e-mail: tomaszkandzia@centrumfamilia.pl

<https://doi.org/10.4467/25443283SYM.21.020.14700>

NAPROTECHNOLOGIA – SZANSA NA POTOMSTWO CZY OSZUSTWO?

NAPROTECHNOLOGY – A CHANCE FOR OFFSPRING OR FRAUD?

Abstrakt

W przestrzeni medialnej w Polsce można spotkać pojęcie Naprotechnologii jako alternatywy dla procedury in vitro. Często w dyskusji pojawia się wiele mitów i nieprawdy dotyczących takiego sposobu leczenia. Naprotechnologia, stworzona przez prof. Thomasa Hilgersa, jest nowym spojrzeniem na zdrowie kobiety i mężczyzny. Uwzględnia ona naturalne biomarkery płodności dzięki obserwacji za pomocą Modelu Creighton bazującego na kobiecym śluzie. Na każdym etapie diagnostyki i leczenia Naprotechnologia szanuje ludzkie życie od samego poczęcia oraz wzajemną godność małżonków. Nie stosuje ona też procedur wspomaganego rozrodu z powodów etycznych. Naprotechnologia jest częścią szerszej dyscypliny naukowej, jaką jest przyczynowe leczenie niepłodności. Dzięki dokładnej diagnostyce i obserwacji cyklu możliwe jest postawienie prawidłowej diagnozy dotyczącej przyczyny niepłodności. Właściwa diagnoza jest punktem wyjścia dla wdrożenia specjalistycznego leczenia farmakologicznego i chirurgicznego zarówno wobec kobiety, jak i mężczyzny. Prawidłowo stosowana

Naprotechnologia i przyczynowe leczenie niepłodności cechują się wysoką skutecznością leczenia niepłodności małżeńskiej.

Słowa kluczowe: Naprotechnologia, przyczynowe leczenie niepłodności, niepłodność

Abstract

In the media space in Poland, you can meet the concept of Naprotechnology as an alternative to the in vitro procedure. Often, many myths and untruths appear in the discussion regarding this method of treatment. Naprotechnology is a new look at the health of women and men created by prof. Thomas Hilgers. It takes into account natural fertility biomarkers thanks to observation with the Creighton Model based on the female mucus. At every stage of diagnosis and treatment, Naprotechnology respects human life from the moment of conception and the mutual dignity of the spouses. It also does not use assisted reproductive procedures for ethical reasons. Naprotechnology is part of the broader scientific discipline of restorative medicine in infertility. Thanks to the accurate diagnosis and observation of the cycle, it is possible to correctly diagnose the cause of infertility. A proper diagnosis is the starting point for the implementation of specialized pharmacological and surgical treatment for both women and men. Properly used Naprotechnology and restorative medicine are highly effective in treating marital infertility.

Keywords: NaProTECHNOLOGY, restorative reproductive medicine, infertility

Jestem ginekologiem-położnikiem zajmującym się przyczynowym leczeniem niepłodności, której częścią jest szeroko pojęta Naprotechnologia. Dość często z racji wybranego obszaru badań i leczenia spotykam się z pytaniem, zarówno w środowisku medycznym, jak i wśród osób wierzących, czy Naprotechnologia działa, czy jest tylko sloganem stosowanym przez środowisko nieakceptujące in vitro z pobudek etycznych jako pewien typ obrony. Niejednokrotnie słyszę, że to metoda niesprawdzona, bazująca na wierze pacjentów, lub że leczenie odbywa się jedynie za pomocą preparatów ziołowych i wody święconej. O ile można w pewien

sposób zrozumieć niewiedzę lub nawet celową ignorancję osób ideologicznie niechętnych alternatywom dla metod wspomaganego rozrodu, to brak rzetelnej wiedzy wśród osób wierzących poszukujących takiej alternatywy jest szczególnie bolesny. Warto więc określić, co rozumiemy pod terminem niepłodność i czym właściwie jest Naprotechnologia.

Niepłodność – cicha epidemia

Niepłodność definiowana jako rok starań o ciążę przy regularnym współżyciu małżonków dotyka dzisiaj ok. 10-15% par¹. W skali kraju daje to ogromną ilość par, które muszą zmagać się nie tylko z wyczerpującym i angażującym leczeniem, ale też bardzo dużym stresem i obciążeniem psychicznym. Częstość występowania niepłodności wśród par narasta m.in. z powodu coraz późniejszego wieku rozpoczęcia starań o ciążę. Obecnie średni wiek urodzenia pierwszego dziecka w Polsce wynosi 27,8 lat, gdy jeszcze w 1990 roku było to 22,7 lat². Wraz ze wzrostem wieku małżonków maleje też szansa na posiadanie naturalnego potomstwa. Inne przyczyny coraz częstszych problemów z poczęciem wśród par to niezdrowy styl życia oraz różnego rodzaju choroby upośledzające ludzką płodność, których częstość występowania znacząco narasta w ostatnim czasie.

Trudności w diagnozowaniu i leczeniu niepłodności wynikają często z faktu, że jest to w zasadzie zbiór bardzo wielu różnorodnych chorób występujących zarówno po stronie żeńskiej, jak i męskiej, które istniejąc samodzielnie lub nakładając się na siebie, powodują efekt w postaci bezskutecznych starań o potomstwo. Sprawia to, że diagnostyka i leczenie niepłodności wymaga szerokiej wiedzy medycznej i wielodyscyplinarnego podejścia angażującego ginekologów, endokrynologów, andrologów i internistów.

¹ Por. B. HANSON, E. JOHNSTONE, J. DORAIS, B. SILVER, C. M. PETERSON, J. HOTALING, *Female infertility, infertility-associated diagnoses, and comorbidities: a review*, „Journal of Assisted Reproduction and Genetics” 2(34) (2017), s. 167-177, doi: 10.1007/s10815-016-0836-8.

² Por. EUROSTAT, *Fertility statistics*, 2021, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fertility_statistics (odczyt z dn. 10.09.2021 r.).

Jednym z mitów dotyczących niepłodności jest przekonanie, że niepłodność to sprawa kobiety. Prawdą jest, że nowe życie ludzkie rozwija się w organizmie kobiety i to właśnie tam dochodzi do wszystkich kluczowych procesów dla początków życia: zapłodnienia, zagnieżdżenia i wzrostu dziecka w macicy. Przez to leczenie czynnika kobiecego jest bardziej skomplikowane niż męskiego. Jednak przyczyny niepłodności procentowo rozkładają się mniej więcej po równo pomiędzy mężczyzn i kobiety. Do najczęstszych przyczyn niepłodności kobiecej należą:

- zaburzenia owulacji, w tym zespół policystycznych jajników (ok. 40%),
- endometrioza (30-40%),
- niedrożność jajowodów (ok. 10%),
- wady macicy,
- zaburzenia immunologiczne,
- wiek,
- inne.

Dane dotyczące procentowego udziału poszczególnych schorzeń w całościowym obrazie niepłodności są często sprzeczne^{3 4}. Istnieje jednak pewien konsensus, że najczęstsze przyczyny niepłodności to endometrioza i zespół policystycznych jajników. Oba te schorzenia dotyczą milionów kobiet na świecie. Naprotechnologia oferuje zgodne z najnowszą wiedzą medyczną, oparte na dowodach naukowych leczenie tych dwóch dolegliwości.

Zespół policystycznych jajników jest wieloczynnikowym zaburzeniem endokrynnym związanym najczęściej z insulinoopornością i brakiem owulacji u pacjentki. Nazwa zespołu pochodzi od charakterystycznego obrazu jajników w badaniu ultrasonograficznym, gdzie jajniki są znacząco powiększone oraz posiadają liczne pęcherzyki dookoła ich zewnętrznego obwodu, co daje obraz wielotorbielowatości⁵. Już pierwsze tygodnie szczegółowych obserwacji za pomocą Modelu Creighton mogą

³ Por. T. TANBO, P. FEDORCSAK, *Endometriosis-associated infertility: aspects of pathophysiological mechanisms and treatment options*, „Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica” 6(96) (2017), s. 659-667, doi: 10.1111/aogs.13082.

⁴ Por. A. B. JOSE-MILLER, J. W. BOYDEN, K. A. FREY, *Infertility*, „American Family Physician” 6(75) (2007), s. 849-856.

⁵ Por. R. S. LEGRO, *Obesity and PCOS: implications for diagnosis and treatment*, „Seminars in Reproductive Medicine” 6(30) (2012), s. 496-506, doi: 10.1055/s-0032-1328878.

postawić przypuszczenie braku owulacji i rozpoznania zespołu policystycznych jajników. Dzięki skorelowanemu z cyklem oznaczaniu hormonów płciowych możliwe jest potwierdzenie diagnozy. Następnie wdrożenie protokołów leczniczych bazujących na zmianach stylu życia oraz leczeniu farmakologicznym, a jeżeli to konieczne chirurgicznym, umożliwia uzyskanie prawidłowych, owulacyjnych cykli.

Kolejną częstą przyczyną niepłodności jest endometrioza. Schorzenie to polega na występowaniu błony śluzowej jamy macicy (*endometrium*) poza jamą macicy. Endometrium zamiast być miejscem zagnieżdżenia się zarodka, staje się inwazyjną tkanką niszczącą struktury miednicy mniejszej. Przyczyna endometriozy nie jest dokładnie poznana i istnieje wiele teorii próbujących wyjaśnić jej pochodzenie. Ogniska endometriozy pojawiają się w różnych lokalizacjach, takich jak otrzewna miednicy mniejszej, jajniki, jajowody, pęcherz moczowy czy jelita. Stan zapalny wytwarzany przez ogniska endometriozy powoduje zrosty, które niszczą prawidłową anatomię narządów rozrodczych. Ponadto mediatory stanu zapalnego wydzielane przez ogniska endometrialne utrudniają proces zapłodnienia. Wieloletnia, nasilona endometrioza prowadzi w wyniku zniszczenia jajowodów i jajników do trwałej niepłodności. Właśnie w przypadku endometriozy Naprotechnologia stosuje specjalny protokół operacyjny opracowany przez prof. Hilgersa, nazywany laparoskopią bliskiego kontaktu. W czasie tejże operacji dokonuje się bardzo dokładnej oceny miednicy mniejszej, gdzie pod powiększeniem laparoskopu poszukuje się nawet najmniejszych ognisk endometriozy. Następnie ogniska te są usuwane, co przywraca prawidłową anatomię w obszarze miednicy mniejszej. Usunięcie nawet najmniejszego ogniska endometriozy może przywrócić również prawidłowe poziomy mediatorów stanu zapalnego (cytokin, interleukin) i umożliwić zajście w ciążę pacjentce. Jako prewencje wytworzenia zrostów otrzewnowych w miednicy mniejszej stosowane są substancje przeciwzrostowe podawane do wnętrza jamy brzusznej w czasie operacji⁶.

⁶ Por. Y. CHEONG, S. BAILEY, J. FORBES, *Randomized Controlled Trial of Hyalobarrier(®) Versus No Hyalobarrier(®) on the Ovulatory Status of Women with Periovarian Adhesions: A Pilot Study*, „Advances in Therapy” 1(34) (2017), s. 199-206, doi: 10.1007/s12325-016-0453-z.

Istnieje jeszcze wiele innych przyczyn niepłodności kobiecej. Mogą to być chociażby mięśniaki macicy modelujące jamę macicy, które trzeba usunąć, aby możliwe było zapłodnienie. Często są też przyczyny immunologiczne niepłodności. W zapłodnieniu i zagnieżdżeniu uczestniczą liczne reakcje immunologiczne. Wszelkie zaburzenia tego procesu oraz zaburzenia homeostazy po zagnieżdżeniu zarodka w jamie macicy będą skutkowały niepłodnością i poronieniami. Dzięki nowym badaniom wiemy coraz więcej o tym aspekcie przyczynowego leczenia niepłodności, chociaż wciąż jest to wiedza niedostateczna w stosunku do obserwowanych zaburzeń. Jednak nieustannie pojawiają się nowe terapie mogące leczyć i modulować ludzką immunologię, co daje nadzieję na wprowadzenie nowych terapii do leczenia immunologicznego.

Niemniej jednak prawie połowa przyczyn niepłodności małżeńskiej jest związana z czynnikiem męskim. Dzisiaj coraz częściej jest to oczywiste dla współmałżonków, że badaniom tak samo musi podlegać kobieta, jak i mężczyzna, jednak wciąż zdarzają się mężczyźni przerzucający całą odpowiedzialność za niepłodność na kobietę i odmawiający badań po swojej stronie. Na szczęście jest to obecnie zjawisko marginalne. Wśród męskich przyczyn niepłodności do najczęstszych należą:

- żylaki powrózka nasiennego,
- infekcje w obrębie układu moczowo-płciowego,
- wnetrostwo,
- czynniki środowiskowe (nieprawidłowy styl życia, przegrzewanie jąder, otyłość, cukrzyca),
- czynniki genetyczne,
- czynniki idiopatyczne (o nieznanym przyczynie).

Pierwszym etapem diagnostyki czynnika męskiego jest badanie nasienia. Najbardziej powszechnym sposobem pozyskania nasienia męskiego jest masturbacja. Natomiast wciąż stosunkowo niewiele osób wie, że nasienie może zostać pobrane w czasie stosunku małżeńskiego do specjalnego zbiorniczka i dostarczone w krótkim czasie do laboratorium. Umożliwia to nie oddzielanie badania od normalnego współżycia małżeńskiego i nie powoduje dylematów moralnych. Na podstawie oceny mikroskopowej nasienia jesteśmy w stanie określić wiele parametrów dotyczących plemników, takich jak ilość, żywotność czy ilość form pra-

widlowych. W razie nieprawidłowości często konieczne są dalsze badania, jak ocena jakości materiału DNA zawartego w plemnikach, posiewy w kierunku infekcji bakteryjnych czy badanie USG jąder i moszny.

W przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń zgodnie z zasadami przyczynowego leczenia niepłodności koryguje się właśnie te aspekty wymagające leczenia. W przypadku żyłaków powrózka nasienno wykonuje się operację usunięcia żyłaków. Stosujemy też odpowiednią suplementację witaminową, a w razie konieczności stymulację spermatogenezy.

Naprotechnologia – szansa na dziecko

W odpowiedzi na coraz bardziej palący problem niepłodności małżeńskiej w obiegu medialnym pojawia się pojęcie Naprotechnologii jako szansy na potomstwo dla niepłodnych par. Termin „Naprotechnologia” używany w Polsce jest spolszczeniem angielskiej nazwy metody leczenia niepłodności oraz pewnego nowego spojrzenia na całość zdrowia kobiety o nazwie „Naprotechnology”. Metoda ta została stworzona przez prof. Thomasa Hilgersa ze Stanów Zjednoczonych Ameryki. Profesor Hilgers, będąc ginekologiem-położnikiem, a jednocześnie osobą mocno wierzącą, nie akceptował panującego podejścia do zdrowia kobiety. Podejście to zakładało uznanie tabletki antykoncepcyjnej (hormonalnej) za największe osiągnięcie w ginekologii dla zdrowia prokreacyjnego kobiety. Wyłączenie naturalnego cyklu kobiecego i zastąpienie go sztucznym miało być remedium na większość problemów kobiet. Natomiast leczenie niepłodności małżeńskiej miało bazować na procedurach wspomaganego rozrodu, takich jak *in vitro*. Pierwsze lata pracy Thomasa Hilgersa jako ginekologa-położnika zbiegły się z publikacją przez św. Pawła VI encykliki *Humanae vitae*, która definitywnie określiła antykoncepcję hormonalną jako nieetyczną. Thomas Hilgers był zafascynowany właśnie tą encykliką w przeciwieństwie do większości katolików, z jakimi spotykał się w latach 60. i 70. XX wieku w Stanach Zjednoczonych Ameryki⁷. Święty

⁷ Por. T. P. TERLIKOWSKI, T. W. HILGERS, *Nadzieja na dziecko, czyli cała prawda o naprotechnologii*, Warszawa 2015.

Paweł VI również wiedział, że jego encyklika wzbudzi duży opór w wielu grupach katolików uważających antykoncepcję i *in vitro* za etyczne opcje dla małżonków. Dlatego papież zwrócił się w encyklice w punkcie 24. w szczególny sposób do naukowców: „wiele mogą oddać usługom dobremu małżeństwu i rodzinie oraz spokojowi sumień, jeśli przez wspólny wkład swych badań będą się gorliwie starać wszechstronnie wyjaśnić różne warunki sprzyjające właściwemu regulowaniu ludzkiej rozrodczości”⁸. Było to prorocze stwierdzenie papieża. Profesor Thomas Hilgers postanowił odpowiedzieć właśnie na to wezwanie i poświęcić swoje życie i pracę badaniom nad kobiecą i męską płodnością oraz cyklem.

Owocem wieloletnich badań prowadzonych w stworzonym przez niego Instytucie Papieża Pawła VI było stworzenie Modelu Creighton i nauki nazwanej przez niego Naprotechnology. Model Creighton polega na szczegółowej obserwacji cyklu kobiety i bazuje na cyklicznie produkowanym i ulegającym naturalnym zmianom śluzie szyjkowym. Certyfikowane instruktorki w trakcie cyklicznych spotkań z parą nauczają, w jaki sposób korzystać z tego modelu. Dzięki niemu kobieta uczy się rozpoznawać swój cykl, okresy płodności i niepłodności. Kobieta, a właściwie to para, spotyka się w regularnych odstępach czasu z instruktorką Modelu Creighton, co umożliwia weryfikację i skorygowanie obserwacji wykonanych przez pacjentkę. Metoda ta angażuje również mężczyznę, który jest odpowiedzialny za zapisywanie obserwacji odnotowanych przez swoją żonę. Informacje pozyskane dzięki tym obserwacjom umożliwiają następnie zdiagnozowanie przez lekarza ewentualnych zaburzeń i stanów chorobowych oraz wdrożenie leczenia właściwego dla danego stanu chorobowego. Nauka Modelu Creighton jest prosta i intuicyjna. Potwierdza to rzeczywista skuteczność w odkładaniu poczęcia potwierdzona w badaniach naukowych, która wynosi 96%. Nie odbiega to od skuteczności metod antykoncepcji hormonalnej, a przewyższa skuteczność antykoncepcji barierowej, takiej jak prezerwatywa. Bez Modelu Creighton i obserwacji biomarkerów płodności nie możemy mówić o pełnej skuteczności leczenia za pomocą Naprotechnologii. Stworze-

⁸ PAWEŁ VI, Encyklika *Humanae vitae*, Rzym 1968, 24.

nie Modelu Creighton bazującego na obserwacjach kilkunastu tysięcy pacjentek jest niewątpliwie jednym z największych osiągnięć prof. Hilgersa. Niestety, wiedza o naturalnych biomarkerach płodności, takich jak śluz i temperatura, nawet w ośrodkach wspomagane go rozrodu, jest bardzo mała, a brak standaryzowanych metod obserwacji powoduje utratę wielu cennych informacji dotyczących cyklu i możliwych jego zaburzeń. Wielokrotnie zdarza się, że sama obserwacja za pomocą Modelu Creighton kończy się uzyskaniem poczęcia przez parę, która stara się o ciążę i dalsze leczenie nie jest już konieczne⁹.

Drugim wielkim osiągnięciem prof. Hilgersa było stworzenie metody leczenia Naprotechnologii nazywanej w Polsce Naprotechnologią. W dużym uproszczeniu, Naprotechnologia polega na szczegółowej diagnostyce obojga małżonków z uwzględnieniem naturalnych biomarkerów płodności obserwowanych przez parę (Model Creighton) i zastosowanie najnowocześniejszego dostępnego aktualnie leczenia zdiagnozowanych schorzeń¹⁰. Naprotechnologia jest częścią większej dziedziny medycyny, jaką jest przyczynowe leczenie niepłodności. Leczenie to uwzględnia leczenie farmakologiczne i chirurgiczne obojga małżonków i wymaga szerokiej wiedzy z zakresu wielu dziedzin, takich jak ginekologia, endokrynologia, andrologia czy immunologia. Całe leczenie odbywa się z poszanowaniem godności małżonków oraz życia od samego poczęcia. Leczenie to nie używa metod wspomagane go rozrodu jako nieakceptowalnych z etycznego punktu widzenia. Tego typu przyczynowe leczenie odnosi bardzo dobre wyniki przy leczeniu takich chorób jak zespół policystycznych jajników, endometrioza, zaburzenia owulacji, żylaki powrózka nasiennego oraz wielu innych. Leczenie za pomocą Naprotechnologii jest bezpieczne i skuteczność zdecydowanie nie ustępuje innym metodom leczenia niepłodności.

Prace naukowe potwierdzają skuteczność Naprotechnologii. Oczywiście, ze względu na nowość tej dziedziny medycznej, ilość prac naukowych dostępnych do wglądu jest niższa niż przy procedurach wspoma-

⁹ Por. T. W. HILGERS, *The Medical & Surgical Practice of NaProTechnology*, Omaha 2004.

¹⁰ Por. TENŻE, *The NaProTechnology Revolution: Unleashing the Power in a Woman's Cycle*, New York, NY, 2010.

ganego rozrodu. Znaczenie ma tutaj też pewna niechęć środowiska do zastosowania tego typu terapii w leczeniu niepłodności małżeńskiej. Nie zmienia to jednak wartości posiadanych prac naukowych dotyczących Naprotechnologii, a potwierdzających jej skuteczność w leczeniu niepłodności. W pracy wykonanej przez dr. Phila Boyle'a stwierdzono skuteczność Naprotechnologii na poziomie 52,8% w procesie leczniczym, który trwał 24 miesiące. Ponad 33% par próbowało wcześniej bezskutecznie leczenia za pomocą procedur wspomaganego rozrodu¹¹. Wyniki te nie ustępują w skuteczności metodom wspomaganego rozrodu nawet w porównaniu z parami, u których stosowano wielokrotnie zapłodnienia in vitro. W innej pracy dr Boyle pokazuje skuteczność przyczynowego leczenia niepłodności u par, u których wcześniej metody wspomaganego rozrodu nie przyniosły rezultatu w postaci żywego urodzenia. W tej grupie udało się doprowadzić do urodzenia żywego dziecka aż 32% par¹². Sam prof. Hilgers pokazuje w swoich badaniach, że skuteczność Naprotechnologii waha się w zakresie 30-90% w zależności od diagnozy dotyczącej przyczyny niepłodności¹³. Te i inne prace pokazują, że Naprotechnologia i przyczynowe leczenie niepłodności są skutecznymi odpowiedziami na kryzys niepłodności. Fałszywym jest zatem stwierdzenie, że Naprotechnologia to metoda zacofana, nieskuteczna, w której leczy się wątpliwymi metodami, a do poczęcia dochodzi przypadkiem. Takie poglądy są skutecznie rozpowszechniane w pewnych środowiskach. Nie mają one jednak oparcia w faktach.

¹¹ Por. J. B. STANFORD, T. A. PARNELL, P. C. BOYLE, *Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general practice*, „Journal of the American Board of Family Medicine”, 5(21) (2008), s. 375-384, doi: 10.3122/jabfm.2008.05.070239.

¹² Por. P. C. BOYLE, T. DE GROOT, K. M. ANDRALOJC, T. A. PARNELL, *Healthy Singleton Pregnancies From Restorative Reproductive Medicine (RRM) After Failed IVF*, „Frontiers in Medicine” 5 (2018), s. 210, doi: 10.3389/fmed.2018.00210.

¹³ Por. T. W. HILGERS, *The Medical & Surgical Practice of NaProTechnology*, dz. cyt.

Psychologiczne i duszpasterskie implikacje niepłodności małżeńskiej

Niepłodność jest jednym z największych kryzysów, jaki może dotknąć małżonków. Często małżonkowie wstydzą się tego problemu, nie dzieląc się wiedzą o zaistniałej sytuacji nawet z najbliższą rodziną czy przyjaciółmi. Czasami wycofują się z relacji z osobami posiadającymi dzieci jako przypominającymi im o zaistniałej w ich życiu stracie, którą bez wątpienia jest niepłodność. Badania pokazują, że u par dotkniętych niepłodnością zdecydowanie częściej występują depresja i zaburzenia lękowe. Częściej pojawiają się też uzależnienia jako forma odreagowania stresu związanego z niepłodnością¹⁴. Zauważalne jest, że mechanizmy przeżywania niepłodności są zbliżone do żałoby przeżywanej po stracie ukochanej osoby. Dlatego tak ważna jest rola kapłanów, siostr zakonnych i świeckich liderów w towarzyszeniu tym osobom i pokazywaniu im możliwych rozwiązań oraz miejsc, w których mogą otrzymać pomoc psychologiczną i duchową. Nie wystarczy oczekiwanie z założonymi rękami, aż para sama zwróci się po pomoc. Często pary są zbyt skrupowane swoim problemem lub boją się przyznać do niego przed innymi ludźmi. Kiedy dostrzegamy takie pary w swoim środowisku, warto samemu taką pomoc delikatnie zaproponować. To może być rozmowa, czas poświęcony na wysłuchanie takiej osoby, ale też wskazanie konkretnych miejsc, gdzie para może uzyskać właściwą pomoc, a czasami też pomoc finansowa. Niestety wiele par rozpoczyna leczenie dopiero po wielu latach starań o ciążę. Czasami ta zwłoka w rozpoczęciu leczenia jest już zbyt duża i uzyskanie poczęcia metodami naturalnymi nie jest już możliwe. Często też pary kierują swoje kroki do niewłaściwych miejsc niemających doświadczenia w leczeniu niepłodności lub rozpoczynają leczenie metodami wspomaganego rozrodu bez wcześniejszej diagnostyki i leczenia schorzeń towarzyszących. Warto też zauważyć, że ciężar finansowy leczenia niepłodności, licznych badań i procedur w większości nie jest refundowany przez państwo i stanowi kolejne obciążenie i tak już borykającego się z trudnościami małżeństwa.

¹⁴ Por. B. HANSON, E. JOHNSTONE, J. DORAIS, B. SILVER, C. M. PETERSON, J. HOTALING, *Female infertility, infertility-associated diagnoses, and comorbidities: a review*, dz. cyt.

W otoczeniu opieką parę borykającą się z niepłodnością ogromną rolę do spełnienia mają osoby z otoczenia danej pary. Jeżeli będziemy zamykać oczy na te osoby, sami staniemy się współwinni zaniedbania opieki nad taką parą. Wciąż istnieje bardzo duże pole zaniedbań duszpasterskich tej właśnie grupy wiernych. Bardzo ważne jest w tym wsparcie lokalnych ośrodków zajmujących się przyczynowym leczeniem niepłodności. Obecnie w Polsce istnieje wiele miejsc, w których lekarze o różnych specjalnościach starają się diagnozować i leczyć pacjentów czy to metodą Naprotechnologii, czy też w inny sposób, stosując przyczynowe leczenie niepłodności. Wielu z nich pracuje w ten sposób, wierząc, że jedynie dokładne poznanie przyczyny niepłodności i jej usunięcie jest właściwą drogą w leczeniu niepłodności i w niej upatrują przyszłości medycyny. Często jest to okupione licznymi przeciwnościami natury ludzkiej, ale też i finansowej, z którymi ci lekarze muszą się mierzyć, będąc pozostawieni bez istotnego wsparcia osób duchownych i świeckich.

Podsumowując, Naprotechnologia jest etyczną metodą diagnostyki i leczenia niepłodności małżeńskiej. Od nas samych zależy, jak bardzo metoda ta będzie rozpowszechniona. Wciąż bardzo wiele par nie ma świadomości istnienia takiej metody. Przez wielu jest też postrzegana z perspektywy fałszywych informacji o jej nieskuteczności lub prymitywnych metodach leczenia. Szczególnie dużą rolę do odegrania w rozpowszechnianiu informacji o Naprotechnologii mają kapłani, świeccy i poradnie życia rodzinnego. Wydaje się celowe przygotowywanie odpowiednich szkoleń dla nich, aby mogli przekazywać rzetelne i sprawdzone informacje dotyczące Naprotechnologii oraz wskazywać miejsca, gdzie małżonkowie mogą liczyć na taką specjalistyczną pomoc. Słuszną ideą jest też tworzenie lokalnych ośrodków przyczynowego leczenia niepłodności oraz wspieranie ich, tak aby każda para miała taką możliwość.

Bibliografia

- Boyle P. C., Groot T. de, Andralojc K. M., Parnell T. A., *Healthy Singleton Pregnancies From Restorative Reproductive Medicine (RRM) After Failed IVF*, „Frontiers in Medicine” 5 (2018), s. 210, doi: 10.3389/fmed.2018.00210.
- Cheong Y., Bailey S., Forbes J., *Randomized Controlled Trial of Hyalobarrier(®) Versus No Hyalobarrier(®) on the Ovulatory Status of Women with Periovarian Adhesions: A Pilot Study*, „Advances in Therapy” 1(34) (2017), s. 199-206, doi: 10.1007/s12325-016-0453-z.
- Eurostat, *Fertility statistics*, 2021, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fertility_statistics (odczyt z dn. 10.09.2021 r.).
- Hanson B., Johnstone E., Dorais J., Silver B., Peterson C. M., Hotaling J., *Female infertility, infertility-associated diagnoses, and comorbidities: a review*, „Journal of Assisted Reproduction and Genetics” 2(34) (2017), s. 167-177, doi: 10.1007/s10815-016-0836-8.
- Hilgers T. W., *The Medical & Surgical Practice of NaProTechnology*, Omaha 2004.
- Hilgers T. W., *The NaProTechnology Revolution: Unleashing the Power in a Woman's Cycle*, New York, NY, 2010.
- Jose-Miller A. B., Boyden J. W., Frey K. A., *Infertility*, „American Family Physician” 6(75) (2007), s. 849-856.
- Legro R. S., *Obesity and PCOS: implications for diagnosis and treatment*, „Seminars in Reproductive Medicine” 6(30) (2012), s. 496-506, doi: 10.1055/s-0032-1328878.
- Paweł VI, Encyklika *Humanae vitae*, Rzym 1968, 24.
- Stanford J. B., Parnell T. A., Boyle P. C., *Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general practice*, „Journal of the American Board of Family Medicine” 5(21) (2008), s. 375-384, doi: 10.3122/jabfm.2008.05.070239.
- Tanbo T., Fedorcsak P., *Endometriosis-associated infertility: aspects of pathophysiological mechanisms and treatment options*, „Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica” 6(96) (2017), s. 659-667, doi: 10.1111/aogs.13082.

Terlikowski T. P., Hilgers T. W., *Nadzieja na dziecko, czyli cała prawda o napro-
technologii*, Warszawa 2015.

Dr n. med. Tomasz Kandzia – specjalista ginekologii i położnictwa, certyfikowany konsultant medyczny FertilityCare CFCMC, specjalista NaProTechnology.