

Uniwersytet Zielonogórski
Wydział Pedagogiki, Psychologii i Socjologii

Katarzyna Walentynowicz-Moryl

Utrudniona prokreacja
– socjologiczna analiza doświadczenia choroby

AUTOREFERAT

Promotor

dr hab. Ewa Narkiewicz-Niedbalec, prof. UZ

Promotor pomocniczy

dr Emilia Paprzycka

Recenzenci

dr hab. Iwona Taranowicz, prof. UW

dr hab. Włodzimierz Piątkowski, prof. UMCS

Zielona Góra 2018

UZASADNIENIE WYBORU PRZEDMIOTU ROZPRAWY

Punktem wyjścia przy wyborze tematu rozprawy doktorskiej było zainteresowanie autorki zjawiskiem niepłodności¹. Zainteresowanie to wynikało, po pierwsze z przeświadczenia autorki o dominacji w socjologii narracji koncentrującej się na „normatywnej ludzkiej reprodukcji”, w ramach której „reprodukcja przyjmowana jest jako pewnik” (van Balen, Inhorn 2002, s. 3). Takie podejście wiąże się ze społeczną istotnością rodzicielstwa jako wydarzenia, które wpisane jest w cykl życia rodziny. Stanowi ono jedno z zadań rozwojowych, którego realizacja jest oczekiwana społecznie, szczególnie gdy jednostka znajduje się w określonej fazie swojego życia (Ostoja-Zawadzka 1999). Większość dorosłych osób traktuje jako pewną oczywistość to, że w określonym momencie w ich życiu zostaną rodzicami (Earle, Letherby 2002, Danieluk 2005). Drugim powodem zainteresowania autorki niepłodnością była skala występowania tego zjawiska. W medycznych opracowaniach dotyczących tematyki niepłodności podkreśla się, że w Polsce nie przeprowadzono do tej pory badań epidemiologicznych, które pozwoliłyby na określenie skali zjawiska niepłodności. Z danych szacunkowych wynika, że w Polsce problem niepłodności może dotyczyć 15% (Szamatowicz 2007b) lub nawet około 20% par w wieku rozrodczym (Kuczyński i inni, 2012). Najczęściej pojawiają się informacje, że w Polsce jest około 1 miliona niepłodnych par (m. in. Szamatowicz 2007a, Skrzypczak, Putowski 2011).

Zainteresowanie zjawiskiem niepłodności skłoniło autorkę do dokonania przeglądu badań dotyczących tej problematyki. Na jego podstawie stwierdziła ona, że większość badaczy społecznych zajmujących się zjawiskiem niepłodności, określając przedmiot swoich dociekań, przyjmuje medyczną definicję pojęcia niepłodności (zob. m.in. Zegers-Hochschild i inni 2009, Gurunath 2011, Moura-Ramos i inni 2012). Arthur L. Greil (1997) pisał, że większość autorów traktuje niepłodność jako problem medyczny, który ma psychospołeczne konsekwencje. Dodatkowo najczęściej wykorzystywaną przestrzenią, w ramach której rekrutuje się uczestników tych badań, jest system medyczny. Greil wraz ze współpracownikami podkreślają, że w większości badań niepłodne jednostki operacyjnie są definiowane jako „osoby, które zgłosiły się do leczenia niepłodności” (Greil i inni 2010, s. 144). Do badań najczęściej włączani są pacjenci klinik leczenia niepłodności, czyli osoby, które nie tylko uzyskały diagnozę medyczną niepłodności, ale także decydują się na specjalistyczne leczenie tej choroby (zob. m.in. Ogawa i inni 2011, Talarczyk i inni 2012).

¹ Z medycznego punktu widzenia niepłodność definiowana jest jako sytuacja braku poczęcia przez parę, która współżyje regularnie bez stosowania środków antykoncepcyjnych od dwunastu miesięcy (m.in. Szamatowicz 2007b, Radwan 2011a, Kuczyński i inni 2012)

Wśród pacjentów klinik niepłodności dominują badania nad tymi z nich, którzy korzystają z zaawansowanych technologii reprodukcyjnych, w szczególności z zapłodnienia in vitro (zob. m.in. Holter i inni 2006, Liberty i inni 2013). Taka sytuacja powoduje, że najczęściej „współczesne rozumienie niepłodności jest takie, że jest to problem medyczny, przedmiot definicji i oddziaływania autorytetu lekarzy” (Johnson i inni 2014, s. 25).

Jednocześnie należy odnotować, że w pracach dotyczących problematyki niepłodności coraz częściej pojawiają się stanowiska, w ramach których autorzy krytykują medykocentryczne podejście do zjawiska niepłodności. Poprzez dobór jednostek do badań na obraz osób niepłodnych składają się głównie portrety bohaterów, których charakteryzuje jednocześnie „silne pragnienie uzyskania ciąży i posiadanie społecznych i materialnych zasobów, które pozwalają im zrobić <<co trzeba>> aby mieć dziecko” (Greil i inni 2011, s. 739). Takie podejście sprawia, że niewiele miejsca poświęca się doświadczeniom osób, które z różnych powodów nie mogą skorzystać z zaawansowanych technologii reprodukcyjnych lub w ogóle nie korzystają z leczenia niepłodności. Greil podkreśla, że nadmierne poleganie na próbach pacjentów klinik leczenia niepłodności sprawia, że „pozwalamy wybranej grupie osób niepłodnych, która prawie na pewno nie jest reprezentatywna dla niepłodnej populacji jako całości, przemawiać za całą grupę” (Greil 1997, s. 1699). Przyjęcie medycznej definicji niepłodności i systemu medycznego, jako głównego kontekstu badań, sprawia, że „świat klinik niepłodności często służy jako tło dla większości tego, co myślimy, że wiemy o niepłodności” (Greil i inni 2010, s. 150).

Badacze krytykujący medykocentryczne podejście do niepłodności wskazują, że różni się ona istotnie od chorób definiowanych przy użyciu założeń modelu biomedycznego:

- Niepłodność definiowana jest poprzez nieobecność pożądanego stanu, wynika zatem z braku zdarzeń jakimi jest poczęcie i urodzenie dziecka (Sandelowski i inni 1990, Greil 1991). W definicji nie ma odniesienia do konieczności występowania w organizmie jednostki nieprawidłowości strukturalnych lub funkcjonalnych.
- Niepłodność stanowi sytuacyjny problem zdrowotny. Aby można było mówić o jej występowaniu konieczne jest pojawienie się u jednostki pragnienia poczęcia dziecka (m.in. Sandelowski i inni 1990, Greil i inni 2010). Gay Becker i Robert D. Nachtigall (1992) wskazują na fakt, że osoby doświadczające niechcianej bezdzietności mogą przez lata funkcjonować w sytuacji tzn. „obecności pozornego zdrowia”.

W związku z tym jednostka, dla której rodzicielstwo nie stanowi pożądanej roli społecznej może nigdy nie dowiedzieć się o tym, że dotyczą jej trudności prokreacyjne.

- Niepłodność jest problemem zdrowotnym, który zawsze dotyczy pary. Inne choroby bezpośrednio wpływają na jednostkę. W przypadku niepłodności proces definiowania siebie jako osoby doświadczającej trudności prokreacyjnych nie polega tylko na negocjacji pomiędzy jednostką i przedstawicielami systemu medycznego, ale także wymaga uzgodnienia w parze. Bez względu na jednostkowy poziom możliwości realizacji zdolności prokreacyjnych osoby tworzące parę dzielą wspólnie doświadczenie niemożności realizowania roli rodzica.
- Niepłodność w medycznej definicji powiązana jest z czasem trwania doświadczenia. W związku z tym zakłada się, że para, która poniżej jednego roku współżyje w celach prokreacyjnych bez poczęcia dziecka jest parą płodną, czyli taką która jest w stanie począć dziecko bez ingerencji medycznej. W związku z takim podejściem mamy do czynienia z sytuacją gdy upływ czasu powoduje zmianę w sposobie definiowania jednostek jako płodnych (zdrowych) oraz jako niepłodnych (chorych).

Przetoczone argumenty wskazujące na specyfikę niepłodności na tle chorób definiowanych biomedycznie ukazują złożoność sytuacji, w jakich znajdują się jednostki, które wraz z partnerem/ką nie mogą doprowadzić do uzyskania ciąży, niezależnie czy system medyczny określił je, czy też nie, jako osoby niepłodne. Takie podejście skłania do przyjrzenia się perspektywie jednostek, które doświadczają trudności prokreacyjnych. Omówiona specyfika niepłodności pokazuje bowiem, że bardzo często ważniejsze od interpretacji biomedycznych wydają się interpretacje osób, które znalazły się w określonej sytuacji. To one w pierwszej kolejności muszą pragnąć poczęcia dziecka, zdefiniować jego brak jako niepożądany stan oraz określić, w którym momencie sytuacja, w jakiej się znalazły staje się dla nich problematyczna.

Dla lekarzy kryterium okresu współżycia jest podstawowym wskazaniem do rozpoczęcia diagnostyki w kierunku poznania przyczyn nieskutecznych prób poczęcia dziecka. Dopiero po upływie roku² stwierdza się, że para jest niepłodna. Jednak kryterium dwunastu miesięcy działań prokreacyjnych nie musi być powiązane ze sposobem podejścia jednostek do ich własnej sytuacji prokreacyjnej. W literaturze przedmiotu część autorów wskazuje, że można

² Istnieją wskazania do rozpoczęcia wcześniejszej diagnostyki (wiek kobiety powyżej 35 roku życia, występowanie u kobiety rzadkich, nieregularnych lub nieobecnych cykli miesięczkowych, badania ginekologiczne wskazujące na możliwość występowania patologii macicy, jajowodów lub endometriozę, możliwość występowania męskiego czynnika niepłodności (Radwan 2011b).

spotkać pary, które pomimo że podejmują nieskuteczne działania prokreacyjne przez krócej niż rok, to myślą o sobie jako o osobach, które doświadczają trudności prokreacyjnych (zob. m.in. Marino i inni 2011, Jacobson i inni 2017). Greil pisze, że takie pary „mogą czuć się niepełne [...], mogą doświadczać takich samych myśli, emocji i definicji własnych jak pary, które są reprodukcyjnie upośledzone” (Greil 1991, s. 6). Z kolei Margarete Sandelowski wraz z zespołem stwierdziła, że sytuację tych osób charakteryzuje się „doświadczeniem choroby (illness) w poszukiwaniu choroby (disease)” (Sandelowski i inni 1990, s. 199).

W momencie przyjęcia medycznej definicji niepłodności należałoby stwierdzić, że jednostki, które podejmują działania prokreacyjne przez krótszy okres niż rok i w ich przypadku nie występują wskazania do rozpoczęcia wcześniejszej diagnostyki nie powinny niepokoić się sytuacją, w której nie udaje im się w tym czasie zająć w ciążę. Nie powinny także podejmować żadnych działań, które miałyby na celu uzyskanie pomocy w poczęciu dziecka. Dopiero w chwili spełnienia kryterium długości nieskutecznych starań w ich doświadczenie prokreacyjne włączają się lekarze. Jednak warto zadać pytanie o treść doświadczeń tych osób do momentu, w który uzyskują one legitymizację dla ich sposobu podejścia do własnej sytuacji prokreacyjnej od przedstawicieli systemu medycznego.

W ramach rozprawy doktorskiej autorka zdecydowała się przyjrzeć doświadczeniu prokreacyjnemu osób, które znalazły się w sytuacji, w której ich własna definicja sytuacji prokreacyjnej nie znajduje potwierdzenia przy zastosowaniu medycznej ramy odniesienia – definicji niepłodności. Przyjęła ona bowiem, że punktem wyjścia dla jednostki nie jest medyczna definicja niepłodności, ale jej własne interpretacja sytuacji prokreacyjnej. Zatem doświadczenie, które autorka uczyniła przedmiotem rozprawy doktorskiej, rozpoczyna się w momencie, w którym osoby podejmujące działania prokreacyjne zaczynają definiować swoją zdolność do posiadania biologicznego dziecka jako problem. Z kolei trwa do momentu, w którym jednostki te uzyskują legitymizację od lekarzy ginekologów dla takiego sposobu podejścia. Od tej chwili można bowiem przyjąć, że w doświadczeniu prokreacyjnym jednostek rozpoczyna się etap niepłodności. Po przeanalizowaniu materiału zebranego w trakcie realizacji wywiadów asynchronicznych online autorka zdecydowała, że doświadczenie, które stało się przedmiotem pracy będzie nazywać ***utrudnioną prokreacją***³.

³ Inspirację do stworzenia pojęcia utrudnionej prokreacji autorka zaczerpnęła z wypowiedzi badanych kobiet. Rozmówczynie opisując sytuację, w której się znalazły, bardzo często używały takich określeń jak: trudności, problemy, przeszkody. Dodatkowo autorka wybrała pojęcie prokreacji, które jest rozumiane jako wydawanie na świat potomstwa i najbardziej adekwatnie oddaje złożoną naturę tego działania, które jest uzależnione od procesów biologicznych, psychologicznych i społecznych (Bielawska-Batorowicz 2006).

PRZYJĘTA PERSPEKTYWA TEORETYCZNA

Subdyscypliną socjologiczną, która stanowi zaplecze teoretyczne dla rozważań w rozprawie doktorskiej jest socjologia medycyny. Perspektywa przyjęta w pracy jest zgodna z kierunkiem przemian, które od dłuższego czasu mają miejsce w ramach wskazanej subdyscypliny socjologicznej (Skrzypek 2011, Skrzypek 2012). Jedną z cech charakterystycznych tych przemian jest stopniowe odchodzenie od medykocentrycznego sposobu definiowania zjawiska choroby (m.in. korzystanie z medycznych definicji choroby, koncentrowanie się na perspektywie lekarza, analizowane choroby w kontekście systemu medycznego) na rzecz podejścia niemedykocentrycznego (podmiotowe aktywności jednostki, dla których kontekst stanowi życie codzienne, zasoby laickich sieci społecznych). Należy podkreślić, że współcześnie zaczyna dominować podejście, w którym odchodzi się od dogmatycznego traktowania postulatu niemedykocentrycznego podejścia do zjawiska choroby. Andrew Twaddle wskazuje, że formuła badań nad doświadczaniem choroby powinna, uwzględniać role wszystkich podmiotów zaangażowanych w to doświadczenie, a więc zarówno laików, jak i przedstawicieli systemu medycznego. Autor podkreśla jednak, że ranga tych poszczególnych podmiotów powinna być proporcjonalna do ich rzeczywistej roli w procesie chorowania (Twaddle 1982, s. 349-351).

Zgodnie z tym podejściem autorka w pracy nie przyjęła ani orientacji medykocentrycznej, ani orientacji niemedykocentrycznej. Przyjęła perspektywę skoncentrowaną na jednostce, której udziałem staje się doświadczenie choroby. Przy czym na tę osobę autorka patrzy z socjologicznego punktu widzenia jako na aktora społecznego, którego doświadczenie jest uwarunkowane poprzez kulturowo-społeczne konteksty, w których funkcjonuje. Zdaniem autorki nie powinno się wartościować kontekstów, w jakich przebiega doświadczenie choroby. To jednostka, która znajduje się w sytuacji choroby sama decyduje, które z kontekstów – medyczny czy niemedyczny – jest dla niej istotny w procesie kształtowania tego doświadczenia.

Z przyjęciem takiej perspektywy wiązała się konieczność podkreślenia rozróżniania pomiędzy dwoma sposobami rozumienia pojęcia choroby – jako *disease* i jako *illness*. Pojęcie choroby jako *disease* wiąże się z medycznym podejściem do tego zjawiska. Magdalena Sokołowska pisząc o medycznym rozumieniu choroby jako *disease* wskazywała, że jest ona „zjawiskiem obiektywnym, charakteryzującym się zmienionym funkcjonowaniem ciała jako organizmu biologicznego” (Sokołowska 1986, 15). Podmiotem stwierdzającą występowanie lub nie u jednostki choroby w tym rozumieniu jest lekarz, który dysponując Międzynarodową Klasyfikacją Chorób klasyfikuje ją jako osobę zdrową lub chorą (Uramowska-Żyto 2009).

Z kolei choroba jako *illness* „odzwierciedla [...] stwierdzenie laika, że „coś nie jest w porządku” [...] odnosi się przede wszystkim do subiektywnego doświadczenia ludzkiego, charakteryzującego się bólem lub złym samopoczuciem” (Sokołowska 1986, 14). W tym podejściu w centrum zainteresowania jest jednostka, która „czuje się chora”. W definicjach choroby jako *illness* podkreśla się, że termin ten odnosi się do subiektywnego doświadczenia jednostki, wyraża jej perspektywę osobistą. W ramach niniejszej rozprawy autorka stoi na stanowisku, że choroba rozumiana jako *illness* może być analizowana z perspektywy socjologicznej. Staje się o możliwe w momencie przyjęcia za Michałem Skrzypkim (2011), założenia że „przedmiotem zainteresowania socjologa są bowiem nie tyle subiektywne doznania jednostki chorującej, ile raczej jej aktywność interpretacyjna, wyrażająca się w nadawaniu znaczeń chorobie i jej konsekwencjom, a także ściśle z nią powiązane, podejmowane w chorobie działania” (Skrzypek 2011, 345). Istotne w tym kontekście wydaje się podkreślenie, że tak rozumiane doświadczenie choroby ma miejsce w kontekście kulturowym i społecznym.

Podjęcie decyzji o skoncentrowaniu uwagi na tak rozumianym doświadczeniu choroby skierowało uwagę autorki w stronę interakcjonizmu symbolicznego. Autorka zdecydowała się na przyjęcie założeń tego podejścia ze względu na fakt, że centralnym podmiotem w analizach prowadzonych w jego ramach jest jednostka, która obdarzona jest możliwością działania, które w odróżnieniu zachowania, czyli reakcji na bodźce, „zasadza się na zdolności aktora do refleksyjnego interpretowania rzeczywistości, czyli nadawania sensu i znaczenia różnego typu obiektom stanowiącym uniwersum jednostki i dopiero w tym kontekście podejmowanie przez nią określonych czynności (Dymarczyk 2012, s. 63-34).

W ramach interakcjonizmu symbolicznego autorka zdecydowała się na przyjęcie założeń negocjacyjnego modelu choroby. W tym modelu podejścia do choroby zakłada się, że jednostka ma możliwość aktywnego udziału w procesie stawania się osobą chorą. Dzieje się tak dlatego, że „istoty ludzkie są widziane jako jednostki posiadające zdolność do myślenia, definiowania swojej sytuacji i konstruowania swoich zachowań na podstawie własnych definicji i interpretacji” (Cockerham, Scambler 2010, s. 7). Chory w tym modelu może negocjować swoją sytuację podczas interakcji z otoczeniem społecznym, w tym z systemem medycznym. Ta wizja, zdaniem Uramowskiej-Żyto (1992), wpisuje się w modelowe stanowisko interakcjonizmu symbolicznego, w którym jednostka widziana jest jako racjonalny aktor, który zaangażowany jest w negocjację znaczeń. Przez proces negocjacji znaczeń interakcjonisci rozumieją „stałe kształtowanie i modyfikowanie znaczeń dokonywane w czasie interakcji” (Uramowska-Żyto 1992, s. 100). Jednostka w swoich działaniach bierze

pod uwagę punkt widzenia osób, z którymi wchodzi w interakcje. W modelu negocjacyjnym zwraca się uwagę na stopniowy proces wchodzenia jednostki w rolę chorego oraz działania podejmowane przez zaangażowane w niego osoby, które mają wpływ na ustalenie miejsca choroby w życiu jednostki.

W modelu negocjacyjnym chory i wszystkie osoby zaangażowane w proces jego choroby traktowane są jako jednostki o określonych konstrukcjach poznawczych, które starają się mieć wpływ na wszystkie etapy procesu chorowania. „Pojawiają się zatem kontrowersyjne interpretacje zaistniałej sytuacji, a następnie w procesie negocjacji obie strony dochodzą do porozumienia” (Uramowska-Żyto 1992, s. 127). W analizowanym modelu ważne jest założenie, że proces negocjacji występuje na każdym z etapów procesu chorowania. Jednostka zatem ma możliwość aktywnego wpływania na przebieg chorowania na każdym z jego etapów. Negocjacje mają miejsce już na etapie poprzedzającym kontakt osoby chorej z systemem medycznym, w określanym przez Eliota Freidsona „systemie lecznictwa laików” (Freidson 1970). Następnie w trakcie dochodzenia do diagnozy i leczenia. W tym modelu niezwykle ważne jest to, że mają one miejsce również w kontekście życia codziennego chorego.

Doświadczenie choroby rozumiane jest zatem przez autorkę jako aktywność interpretacyjna jednostki, która wyraża się w nadawaniu przez nią znaczenia chorobie i jej konsekwencjom oraz powiązane z tym podejmowanie przez nią działania. W centrum koncepcji znajduje się osoba, który interpretuje symptomy choroby. Ta interpretacja dzieje się zawsze w określonym kontekście kulturowym i społecznym. Jednostka korzysta zatem z własnego doświadczenia i wiedzy, odwołuje się także do wiedzy i doświadczeń osób z własnego otoczenia. Wchodzi w kontakt z innymi ludźmi po to, aby zrozumieć to co się z nim dzieje. Początek doświadczenia utrudnionej prokreacji wiąże się z aktywnością interpretacyjną jednostki, której skutkiem jest jej autodefinicja własnej sytuacji jako doświadczania trudności prokreacyjnych. To jednostka, która charakteryzuje się określonymi konstrukcjami poznawczymi definiuje swoją sytuację. Na to definiowanie mają także wpływ inne podmioty zaangażowane w jej sytuację. Ostateczna definicja sytuacji jest wynikiem procesu negocjacji.

PODMIOT(Y) BADANIA

Zgodnie z przyjętymi założeniami teoretycznymi w centrum zainteresowania autorski znalazła się jednostka, w której doświadczeniu prokreacyjnym można wyróżnić etap utrudnionej prokreacji. W przypadku analizowanego doświadczenia mamy zawsze do czynienia z dwiema jednostkami, które bezpośrednio doświadczają tej sytuacji – kobietą i mężczyzną. W rozprawie doktorskiej autorka podmiotem badań uczyniłam kobiety. Decyzja ta wynikała z dwóch przesłanek.

- Jak wynika z badań, kobiety zdecydowanie szybciej zaczynają definiować swoją sytuację jako problemową i częściej niż mężczyźni inicjują proces poszukiwania interpretacji tej sytuacji oraz potencjalnych rozwiązań trudności prokreacyjnych (zob. m.in. Galdas i inni 2005, Jacob i inni 2007). Poszukując odpowiedzi na pytanie dlaczego tak się dzieje, badacze wskazują, że wynika to z tego, że potrzeba macierzyństwa pełni w życiu kobiety istotniejszą rolę niż w życiu mężczyzny (zob. m.in. Cousineau, Domar 2007, Culley i inni 2013). W związku z tym kobiety zdecydowanie częściej niż mężczyźni są bardzo mocno zaangażowane w proces starania się o dziecko (Jacob i inni 2007). Dodatkowo, to kobiety bezpośrednio doświadczają braku poczęcia (White i inni 2006). To one muszą funkcjonować w sytuacji, w której ich organizm cyklicznie informuje je, że nie udało im się zajść w ciążę (Greil 1991).
- Kobiety są kategorią, która zdecydowanie częściej niż mężczyźni wyraża zgodę na udział w badaniach dotyczących ich trudności prokreacyjnych. Badacze wskazują na wysoki wskaźnik braku odpowiedzi w projektach poświęconych badaniu niepłodności męskiej (Lloyd 1996). Dodatkowo Barbara J. Berg i John F. Wilson (1990) sugerują, że niepłodni mężczyźni mają silniejszą tendencję niż niepłodne kobiety do przedstawiania naukowcom korzystnych wyobrażeń o sobie. Badacze odwołując się do własnych doświadczeń, podkreślają, że dla mężczyzn kontakt z mężczyzną badaczem jest trudnym doświadczeniem (Webb, Daniluk 1999). Problematyczność udziału mężczyzn niewątpliwie zwiększa się w sytuacji, gdy badaczem jest kobieta.

Należy podkreślić, że pomimo tego, że to kobiety stanowiły głowy podmiot zainteresowania badawczego autorki, to ze względu na przyjęty przez nią negocjacyjny model choroby należało przyjąć, że ich doświadczenie utrudnionej prokreacji kształtowane było przez wszystkie jednostki zaangażowane w jego proces negocjacji. Dlatego dzięki relacjom kobiet dodatkowo pośrednio podmiotami analizy autorki były wszystkie te osoby, które w opinii badanych brały udział w procesie nadawania znaczenia ich doświadczeniu utrudnionej prokreacji. W kontekście przyjętych założeń nie było bowiem istotne to, czy za

pomocą relacji badanych osób możliwe będzie ustalenie faktycznych zawartości konstrukcji poznawczych jednostek zaangażowanych w proces negocjacji doświadczenia utrudnionej prokreacji. Kluczowa bowiem nie była „obiektywna” treść interakcji, ale subiektywnie przypisane jej znaczenie, które sprawia, że stają się one ważne dla kształtowania doświadczenia jednostki (Flick 2011, s. 39).

CELE I PROBLEMY BADAWCZE

Głównym celem, jaki autorka zamierzała zrealizować w rozprawie doktorskiej było zrekonstruowanie przebiegu doświadczenia utrudnionej prokreacji badanych kobiet. W związku z przyjętymi założeniami teoretycznymi główną oś zainteresowania autorki stanowiła aktywność interpretacyjna, którą badane kobiety podejmowały w trakcie trwania w ich doświadczeniu prokreacyjnym etapu utrudnionej prokreacji. Tak zdefiniowany cel autorka uszczegółowiła poprzez następujące pytania badawcze:

1. W jaki sposób kobiety nadawały własnemu doświadczeniu prokreacyjnemu znaczenie utrudnionej prokreacji? Jakie konteksty do tego wykorzystywały?
2. Kiedy rozpoczął się w doświadczeniu prokreacyjnym kobiet etap utrudnionej prokreacji?
3. Jakie były fazy doświadczenia utrudnionej prokreacji? Przed jakimi wyzwaniem stanęły kobiety w każdej z faz doświadczenia utrudnionej prokreacji?
4. Jakie podmioty i konteksty miały znaczenie dla konstruowania przez kobiety przebiegu ich własnego doświadczenia utrudnionej prokreacji?
5. Na ile badane kobiety przyjęły perspektywy podmiotów, które zaangażowały we własne doświadczenie prokreacyjne?
6. Jakie strategie działania, w związku z przyjętymi definicjami własnej sytuacji, przyjęły badane kobiety?

Drugim celem, który autorka zamierzała zrealizować w pracy doktorskiej było skonstruowanie typologii doświadczenia utrudnionej prokreacji, która będzie uwzględniać charakterystyczne elementy przebiegu tego etapu w doświadczeniu prokreacyjnym badanych kobiet.

METODOLOGIA

Decyzja o wyborze interakcjonizmu symbolicznego, a w jego ramach negocyjnego modelu choroby i podejścia do choroby w rozumieniu illness jako ram teoretycznych, które określiły sposób podejścia do przedmiotu rozprawy – doświadczenia utrudnionej prokreacji – ulokowały rozważania metodologiczne w paradygmacie interpretatywnym. W ramach tego paradygmatu podkreśla się, że rzeczywistość społeczna nie jest czymś „danym” lub „gotowym”, ale jest nieustannie wytwarzana w toku interakcji społecznych, które mają podmiotowy charakter. Jednostki obdarzone podmiotowością działają zawsze ze względu na znaczenie, jakie przypisują danej sytuacji. „<<Obiektywne>> okoliczności życiowe (takie jak choroba) stają się ważne w świecie życia w dużej mierze poprzez przypisywane im subiektywne znaczenia” (Flick 2011, s. 38). W związku z tym w centrum zainteresowania nie powinny znajdować się zachowania jednostek i ich obiektywne okoliczności, ale ich znaczenia, sposób ich postrzegania i definiowania przez działające podmioty. W paradygmacie interpretatywnym działania badaczy powinny być zorientowane na „rozumienie rzeczywistości w takiej postaci, w jakiej jawi się jej uczestnikom (aktorom społecznym) (Sławecki 2012, s. 78). Dodatkowo w tym ujęciu postuluje się badanie rzeczywistości społecznej w jej naturalnym stanie, który nie jest zakłócony przez ingerencje badacza. Badacz ma za zadanie pokazanie badanej sytuacji w jej naturalnym kontekście, a nie jej sztuczne odwzorowanie. W konsekwencji w paradygmacie interpretatywnym „prymatem objęto wierność wobec analizowanego zjawiska, kosztem wierności wobec nienegocjowanych prawideł metodologicznych” (Chomczyński 2012, s. 212).

Takie podejście implikowało zastosowanie jakościowych strategii badań. Podstawowym celem prowadzenia badań jakościowych jest bowiem wydobycie znaczenia, jakie jednostki przypisują swoim działaniom i warunkom, w jakich one zachodzą. W ramach badań jakościowych autorka zdecydowała się na ich komunikacyjno-wyjaśniający (fenomenologiczno–interakcjonistyczny) wariant. W ramach tego podejścia zakłada się, że „jeżeli założeń i przesądów wpływających na postrzeganie rzeczywistości nie da się zlikwidować, to przystępując do organizacji badań, można starać się je wydobyć i zidentyfikować ich uwarunkowania” (Urbaniak-Zajac, Piekarski 2001, s. 27). Identyfikacji tych elementów sprzyja świadome przyjęcie przez badacza pozycji „obcego”, zarówno wobec badanej rzeczywistości, jak i wobec badanych. Taka postawa umożliwia wgląd w to, co nie jest identyfikowane przez badanych, ponieważ stanowi dla nich część ich naturalnego nastawienia, swoistą oczywistość. Dzięki takiemu podejściu możliwe staje się dotarcie nie

tylko do jednostkowych interpretacji, ale także do nieuświadomionych elementów, które mają wpływ na działania podejmowane przez badanych.

Podjęcie decyzji o skoncentrowaniu się na jednostce, która znalazła się w sytuacji choroby wiązało się dla autorki nie tylko z odejściem od medycznego sposobu definiowania sytuacji badanych osób. Dodatkowo wypłynęło na kolejne założenia, które w istotny sposób uwarunkowały przebieg zrealizowanego projektu badawczego: 1) odejście od wykorzystywania przestrzeni systemu medycznego w procesie rekrutacji uczestników do badania, 2) dążenie do maksymalizowania zróżnicowania treści doświadczenia osób, które potencjalnie mogą wziąć udział w badaniu, 3) dążenie do uwzględnienia perspektyw jednostek, które znajdują się w różnych punktach danego doświadczenia. Wyniki dostępnych badań wskazujących na to, że bardzo istotny odsetek kobiet doświadczających trudności prokreacyjnych korzysta w związku z tym doświadczeniem z Internetu (w badaniach Wiessman'a i zespołu (2000), poprzez 44,4% w badaniach Huang'a i innych (2003), 59% w badaniach Rawal i Haddad (2005), do 93% w badaniach Talarczyk i zespołu (2012)) przekonały autorkę do wyboru forów internetowych jako przestrzeni badawczej. Ta decyzja sprawiła, że w dalszej kolejności autorka zdecydowała się na wykorzystanie w projekcie badawczym indywidualnego wywiadu online (Morgan, Symon 2004, Bampton i inni 2013). W ramach metody wywiadu online autorka ze względu na trudny temat badania oraz potrzebę uzyskania wrażliwych i osobistych informacji wybrała jedną z technik tego wywiadu, technikę asynchronicznego wywiadu online (zob. m.in. Ratislavova, Ratislav 2014, Bowden, Galindo-Gonzalez 2015). Ze względu na specyfikę prowadzenia asynchronicznych wywiadów online autorka zdecydowała się na wykorzystanie wywiadu swobodnego ze standaryzowaną listą poszukiwanych informacji (Konecki 2000, s. 170).

W początkowej fazie prowadzenia wywiadu, po przekazaniu informacji wprowadzanych w tematykę projektu badawczego i tych związanych ze sposobem realizacji badania, autorka wykorzystwała krótki wystandaryzowany kwestionariusz dotyczący charakterystyki społeczno-demograficznej badanych. Właściwy scenariusz wywiadu z listą poszukiwanych informacji składał się z czterech części, odnoszących się do: 1) dotychczasowego przebiegu działań prokreacyjnych badanych kobiet, 2) etapu poprzedzającego rozpoczęcie przez rozmówczynie działań prokreacyjnych, 3) etapu początkowego działań prokreacyjnych kobiet, 4) etapu utrudnionej prokreacji. W ramach części scenariusza dotyczącej etapu utrudnionej prokreacji na liście poszukiwanych informacji znalazły się kwestie nawiązujące do: 1) treści perspektywy przyjętej przez badane kobiety w momencie rozpoczęcia utrudnionej prokreacji, 2) podmiotów i kontekstów zaangażowanych przez badane w ich aktywność interpretacyjną,

3) treści perspektyw, jakie przyjęły te podmioty, 4) efektów procesów negocjacji pomiędzy badanymi a podmiotami zaangażowanymi w proces negocjacji doświadczenia, 4) strategii działań podejmowanych przez kobiety w związku ze znaczeniem, jakie nadały swojemu doświadczeniu prokreacyjnemu.

PRZEBIEG BADAŃ

W projekcie badawczym autorka zdecydowała się na zastosowanie doboru celowego. Chcąc przeanalizować przebieg doświadczenia utrudnionej prokreacji – od jego początku w momencie, w którym badane zaczynają definiować swoją zdolność do posiadania biologicznego dziecka jako problem, do jego zakończenia, czyli chwili, w której kobiety te uzyskują legitymizację dla ich sposobu podejścia do dotychczasowego braku ciąży od lekarza ginekologa – autorka za podstawowe kryterium rekrutacji przyjęła posiadanie przez potencjalne rozmówczynie diagnozy medycznej niepłodności. Jednocześnie zależało jej na maksymalnym zróżnicowaniu badanych, jeżeli chodzi o dotychczasowy przebieg ich doświadczenia prokreacyjnego i rodzaj uzyskanej diagnozy medycznej ze względu na to, u którego z partnerów zdiagnozowano przyczynę niepłodności pary⁴. Autorka założyła bowiem, że te dwa elementy mogą mieć wpływ na treść doświadczenia utrudnionej prokreacji. Dodatkowo ze względu na podjęcie decyzji o prowadzeniu rekrutacji poprzez fora internetowe przyjęła, że kryterium rekrutacji będzie także moment rozpoczęcia korzystania przez potencjalne rozmówczynie z tych przestrzeni internetowych. Nie należy jednak zapominać, że ze względu na specyfikę projektów prowadzonych online ostatecznym kryterium rekrutacji było kryterium dostępności. To badane ostatecznie decydowały czy zgodzą się wziąć udział w projekcie badawczy.

Pierwszym krokiem w realizacji projektu badawczego stało się zidentyfikowanie forów internetowych poświęconych zagadnieniom szeroko powiązanim z prokreacją (szesnaście włączonych do badania forów internetowych). Kolejnym krokiem było poznanie ich specyfiki – wyszczególnienie trzech typów⁵ forów ze względu na miejsce zagadnień związanych z trudnościami prokreacyjnymi w ich strukturze: 1) typ ogólny – brak kategorii tematycznych bezpośrednio dedykowanym osobom z trudnością prokreacyjnym (dyskusje w kategoriach

⁴ Ze względu na to kryterium wyróżnia się cztery typy niepłodności: niepłodność kobiecą, niepłodność męską, niepłodność małżeńską i niepłodność idiopatyczną (nieznanego pochodzenia) (zob. m.in. Szamatowicz 2007a).

⁵ Stworzenie tej typologii wynikało z faktu, że każdy z tych rodzajów forów skupiał w swoich ramach różne grupy użytkowniczek, zróżnicowane pod względem dotychczasowego przebiegu ich doświadczenia prokreacyjnego.

dotyczących starań o dziecko), 2) typ działy specjalne – działy typowo dedykowane dla osób z trudnościami prokreacyjnymi, 3) typ specjalistyczny – fora w całości poświęcone tematyce trudności prokreacyjnych.

Po zidentyfikowaniu forów internetowych kolejnym krokiem było nawiązanie kontaktów z administracją tych przestrzeni w celu uzyskania zgody na prowadzenie badania. Rekrutacja rozmówczyń prowadzona była na dwa sposoby. Po pierwsze, poprzez zamieszczone informacje o badaniu w ramach specjalnie utworzonych przez autorkę wątków. W zależności od momentu rozpoczęcia poszczególnych wątków na forach internetowych tę formę rekrutacji prowadziłam od pięciu do sześciu miesięcy. Po drugie rekrutacja była prowadzona poprzez bezpośredni kontakt autorki z poszczególnymi użytkownikami forów. Próby rekrutacji podejmowałam w ten sposób, w zależności od liczby aktywnych kobiet na poszczególnych forach od około miesiąca do dwóch miesięcy. Na udział w wywiadzie po przeczytaniu wątków na forach internetowych zgodziło się trzydzieści sześć kobiet. Z kolei po otrzymaniu indywidualnych zaproszeń czterdzieści pięć kobiet.

Realizację wywiadów autorka rozpoczęła w momencie, w którym zgłosiła się do niej pierwsza kobieta, która zapoznała się z treścią wątku, założonego na potrzeby realizacji projektu badawczego. Etap realizacji wywiadów trwał dziesięć miesięcy. Kobiety zgłaszały chęć udziału w projekcie badawczym z różnym natężeniem podczas całego okresu realizacji badania. Przez cały okres realizacji autorka prowadziła jednocześnie więcej niż jeden wywiad. Maksymalnie w tym samym czasie realizowała symultanicznie wywiady z dziesięcioma rozmówczyniami. Kobiety, które zgadzały się na udział w projekcie badawczym były informowane o celu badania i sposobie jego przeprowadzania. Każda kobieta miała do wyboru jedno z dwóch narzędzi komunikacji w trakcie prowadzenia wywiadu – pocztę elektroniczną i system wymiany wiadomości wewnątrz danego forum. Badane z podobną częstotliwością wybierały te dwa sposoby prowadzenia wywiadu.

W trakcie trwania wywiadów zdarzały się niestety sytuacje, w których badane kobiety rezygnowały z dalszego udziału w badaniu. Z osiemdziesięciu jeden rozpoczętych wywiadów autorce udało mi się zrealizować do końca pięćdziesiąt. Dwadzieścia pięć kobiet poinformowało mnie o tym, że rezygnuje z dalszego udziału w projekcie badawczym. Dziesięć z nich napisało, że rozmawianie o ich trudnościach prokreacyjnych stanowi dla nich w tym momencie zbyt trudne doświadczenie. W trakcie prowadzenia wywiadów kobiety te były w procesie leczenia niepłodności. Najczęściej decyzja o zaprzestaniu udziału w badaniu wiązała się z otrzymaniem negatywnych informacji związanych z tymi procesami. Sześć rozmówczyń poroniło w trakcie realizacji wywiadu. Pięć zaszło w ciążę i nie chciało

w związku z tym wracać dalej myślami do trudnego dla nich okresu w ich doświadczeniu prokreacyjnym. W każdym z tych przypadków nie podejmowałam prób przekonania rozmówczyń do kontynuowania udziału w badaniu. Żadna z tych kobiet nie skontaktowała się ze mną w późniejszym czasie, aby dokończyć wywiad. Sześć badanych bez informowania mnie o tym przestało się ze mną kontaktować. Do każdej z nich autorka napisała zapytanie o to, czy nadal chcą uczestniczyć w badaniu. Nie otrzymała jednak żadnej odpowiedzi. Trzy z nich nadal kontynuowały swoją aktywność w ramach forum, trzy zaprzestały całkowicie takiej aktywności. Rezygnacja z udziału w projekcie pojawiała się na różnych etapach wywiadu, żadna z kobiet, która rozmawiała ze mną na temat powodu zaprzestania realizowania wywiadu nie wskazała, że było to związane z treścią zadawanych im pytań. Pomimo tego że część z niezakończonych wywiadów była już bardzo zaawansowana, podjęłam decyzję, że analizie poddam tylko te, które zostały faktycznie zakończone. Decyzja związana z zakończeniem realizacji badania wynikała z osiągnięcia teoretycznego nasycenia próby.

Długość trwania poszczególnych wywiadów była zróżnicowana i zależała w znacznej mierze od długości i treści doświadczeń prokreacyjnych badanych do momentu uzyskania przez nie medycznej diagnozy niepłodności. Dodatkowo zróżnicowanie historii powodowało, że w ramach każdego z wywiadów zadawałam inną liczbę pytań dodatkowych, które pojawiały się w związku z treścią odpowiedzi poszczególnych kobiet. Rozmówczynie różnicował także odmienny poziom zaangażowania w prowadzone przeze mnie badanie. Jednak najistotniejszym czynnikiem wpływającym na długość trwania wywiadu była liczba pojawiających się w jego trakcie w życiu badanych sytuacji, które zakłócały płynność jego przebiegu. Średnio jeden wywiad prowadziłam przez miesiąc i dwadzieścia jeden dni. Z kolei najkrótsza realizacja badania trwała osiem dni a najdłuższa pięć miesięcy i dwadzieścia jeden dni.

WNIOSKI Z BADAŃ

Wyniki przeprowadzonych analiz pokazały, że wystąpienie w przypadku badanych kobiet poczucia dyskomfortu związanego z dotychczasowym brakiem poczęcia skutkowało pojawieniem się w ich doświadczeniu prokreacyjnym nowego etapu, który różni się od etapu go poprzedzającego i tego, który w ich interpretacji nastąpił po nim. Wskazuje to na możliwość wyszczególnienia w doświadczeniu prokreacyjnym kobiet co najmniej trzech etapów – *normalnej prokreacji*, *utrudnionej prokreacji* i *niepłodności*. Na podstawie relacji

rozmówczyń można stwierdzić, że wiązały one początek wyszczególnionych etapów z konkretnymi wydarzeniami:

- etap normalnej prokreacji – rozpoczęcie działań prokreacyjnych
- etap utrudnionej prokreacji – pojawienie się poczucia dyskomfortu z powodu dotychczasowego braku ciąży
- etap niepłodności – uzyskanie legitymizacji od przedstawicieli systemu medycznego (lekarzy ginekologów) dla podejścia kobiet do ich dotychczasowego braku ciąży („brak ciąży – to problem”).

Badane kobiety przy nadawania znaczenia własnemu doświadczeniu prokreacyjnemu na etapie utrudnionej prokreacji wykorzystywały własne doświadczenia z wcześniejszego etapu określanego w ramach rozprawy doktorskiej normalną prokreacją. Do interpretowania i nadawania tego znaczenia rozmówczynie wykorzystywały: treść przekonań związanych z macierzyństwem i prokreacją, konteksty podejmowania decyzji o rozpoczęciu działań prokreacyjnych oraz wyobrażenia dotyczące przebiegu doświadczenia prokreacyjnego. Należy podkreślić, że każdy z tych elementów stanowił efekt aktywności interpretacyjnej badanych kobiet. Ważny jest też fakt, że poczyniona analiza wskazała na istnienie związku pomiędzy tymi elementami. Treść przekonań kobiet związana z macierzyństwem i płodnością miała bowiem wpływ na konteksty, brały je pod uwagę, podejmując decyzję o rozpoczęciu starań o dziecko. W dalszej kolejności te dwa elementy miały wpływ na kształt wyobrażeń rozmówczyń na temat tego, w jaki sposób będzie przebiegać ich doświadczenie prokreacyjne.

Badane z jednej strony były pewne, że macierzyństwo będzie stanowić oczywisty element ich życia. Z drugiej strony rozmówczyniom towarzyszyło przeświadczenie o tym, że są zdolne do poczęcia dziecka. Żadna z nich nie kwestionowała swojej płodności. Nie robiła tego nawet grupa badanych, która doświadczała nieprawidłowości w funkcjonowaniu ich układu rozrodczego. Dodatkowo kobiety zakładały, że poczęcie dziecka jest łatwym i szybkim do zrealizowania zadaniem. Były one także przekonane, że płodność jest zdolnością, którą można kontrolować poprzez stosowanie środków antykoncepcyjnych, naturalnych metod planowania rodziny czy wstrzemięźliwość seksualna. Zaniechanie tej kontroli wiązało się dla nich z pewnością możliwością realizacji ich zdolności prokreacyjnych. Na podstawie treści tych przekonań rozmówczynie przyjęły, że będą mogły wybrać moment w swoim życiu, w którym zdecydują się na podjęcie roli matki.

Badane kobiety wykorzystując treści swoich przekonań związanych z macierzyństwem i płodnością, nadały znaczenie swojemu przyszłemu doświadczeniu prokreacyjnemu. Rozpoczęły zatem swoje działania prokreacyjne z określonym podejściem, którego treść

można określić jako „ciąża – według planu”. Od początku swojego doświadczenia prokreacyjnego badane funkcjonowały w rzeczywistości założonego przez siebie przebiegu doświadczenia prokreacyjnego – w świecie własnych założeń. Były przekonane, że ich faktyczne doświadczenie prokreacyjne będzie stanowić odzwierciedlenie tej założonej rzeczywistości. Początkowy okres działań prokreacyjnych rozmówczyń, nazywany w ramach tej rozprawy normalną prokreacją, był dla nich czasem, w którym założone wyobrażenia miały się zrealizować. Był to zatem okres radosnego oczekiwania na pojawienie się oczywistego elementu doświadczenia prokreacyjnego – ciąży.

W trakcie analizy zebranego materiału empirycznego autorka wyszczególniła cztery fazy doświadczenia utrudnionej prokreacji – 1) fazę początkową, 2) fazę konfrontacji⁶, 3) fazę redefinicji, 4) fazę oczekiwania. Faza początkowa doświadczenia utrudnionej prokreacji rozpoczęła się w momencie, w którym badane zwróciły uwagę na fakt, że pomimo podejmowania działań prokreacyjnych, nie są one jeszcze w ciąży. W związku z tym stanęły one przed koniecznością skonfrontowania posiadanych przez siebie wyobrażeń na temat tego, w jaki sposób będzie przebiegać ich doświadczenie prokreacyjne z jego faktycznym przebiegiem. Konfrontacja ta skutkowała w przypadku wszystkich rozmówczyń dostrzeżeniem przez nie sprzeczności pomiędzy treścią wyobrażeń i rzeczywistością. Badane kobiety w związku z brakiem adekwatności ich własnej definicji przebiegu doświadczenia prokreacyjnego stanęły przed wyzwaniem ustalenia, w jaki sposób będą podchodzić do własnej sytuacji prokreacyjnej. Na początku musiały ocenić, jakie znaczenie ma dla nich objaw, którego istnienia stały się świadome – brak ciąży. Każda z nich wykorzystując wcześniej przyjęte założenia dotyczące macierzyństwa i płodności, własne doświadczenia prokreacyjne i doświadczenia innych osób, ustaliła, że będzie traktować brak ciąży jako nieprawidłowy objaw. Brak ciąży rozmówczynie wiązały z nieadekwatnością funkcjonowania ich własnego ciała. Od tego momentu nadały one znaczenie własnej sytuacji prokreacyjnej, które autorka określiła jako „brak ciąży – to problem”. Rozmówczynie można podzielić na trzy kategorie, biorąc pod uwagę to, w jakim czasie od rozpoczęcia działań prokreacyjnych zmieniły podejście do własnej sytuacji prokreacyjnej: 1) zmiana – kilka miesięcy działań prokreacyjnych, 2) zmiana – pół roku działań prokreacyjnych, zmiana – rok działań prokreacyjnych.

⁶ Określając nazwę tej fazy w doświadczeniu utrudnionej prokreacji, przyjąłam następującą definicję pojęcia konfrontacja – „porównanie czegoś (kogoś) z czymś (kimś) poprzez zestawienie cech wspólnych i różniących” (*Uniwersalny słownik języka polskiego* 2003, s. 203).

Niepokój związany z treścią tej definicji zmusił te kobiety do podjęcia działań. W pierwszej kolejności zdecydowały, że powinny włączyć we własne doświadczenie prokreacyjne inne podmioty i zasoby Internetu. W tym momencie w doświadczeniu utrudnionej prokreacji badanych kobiet rozpoczęła się faza konfrontacji. W interpretacji rozmówczyń wejście w interakcje z innymi podmiotami i włączenie kontekstu konfrontacyjnego miało pomóc im w nadaniu ostatecznego znaczenia ich doświadczeniu prokreacyjnemu. W trakcie analizy fazy konfrontacji wyszczególniłam trzy podmioty, które rozmówczynie świadomie włączyły we własne doświadczenie prokreacyjne – 1) mąż/partner, 2) lekarz, 3) inna(e) osoba(y) oraz jeden kontekst konfrontacyjny – zasoby Internetu.

Analizując perspektywy podmiotów, które badane świadomie zaangażowały we własne doświadczenie prokreacyjne, w fazie konfrontacji, autorka ustaliła, że różniły się one pod względem: 1) stosunku tych podmiotów do podejścia badanych do ich dotychczasowego braku ciąży (legitymizacja, brak legitymizacji), 2) gotowości tych podmiotów do negocjowania wspólnej z rozmówczyniami definicji sytuacji (brak gotowości, pozorna gotowość, brak konieczności negocjowania definicji), 3) proponowanych przez te podmioty strategii działania w związku ze znaczeniem nadanym sytuacji prokreacyjnej badanych (spokojne działania prokreacyjne, decyzja w rękach badanych, wizyta u lekarza/diagnostyka). Należy także podkreślić, że przebieg fazy konfrontacji, a konkretnie wchodzenia przez badane w kolejne interakcje, był w znacznej mierze uwarunkowany treścią perspektyw, jakie przyjęły poszczególne podmioty. Dla przebiegu fazy konfrontacji istotna okazała się także treść informacji, na jaką natrafili badane w trakcie poszukiwań w zasobach Internetu.

Pierwszym podmiotem, który badane zdecydowały się włączyć we własne doświadczenie prokreacyjne byli ich mężowie/partnerzy. Z relacji kobiet wynika, że w momencie, w którym wtajemniczyły one tych mężczyzn we własne podejście do dotychczasowego przebiegu ich sytuacji prokreacyjnej spotkały się z trzema kategoriami perspektyw: 1) „brak ciąży – to nie problem”, 2) „brak ciąży – ty decydujesz”, 3) „brak ciąży – to problem”. Część badanych w następnej kolejności zdecydowała się skorzystać z zasobów Internetu. W ramach poszukiwań w zasobach Internetu kobiety te włączyły we własne doświadczenie prokreacyjne perspektywę wskazującą z jednej strony, że tematyka związana z problemami z płodnością jest bardzo złożona, z drugiej strony, że problemy z płodnością dotyczą większej liczby osób niż rozmówczynie te przypuszczały. W ramach korzystania z Internetu badane, które zdecydowały się na taką aktywność po raz pierwszy, spotkały się z medyczną definicją niepłodności. Drugim podmiotem, który większość rozmówczyń włączyła w swoje doświadczenie prokreacyjne w fazie konfrontacji był lekarz ginekolog. Podmiot ten

w konfrontacji z podejściem tych kobiet do ich dotychczasowego braku ciąży przyjął jedną z trzech perspektyw: 1) „brak ciąży – to nie problem”, 2) „brak ciąży – pani decyduje”, 3) „brak ciąży – to problem”. Część kobiet na zakończenie fazy konfrontacji zdecydowała o porównaniu własnego sposobu definiowania sytuacji prokreacyjnej z podmiotami określonymi przez autorkę jak inna(e) osoba(y). Każda(e) ta/e inna(e) osoba(y) przyjęła(y) perspektywę: „brak ciąży – to nie problem”.

Kiedy przyjrzymy się perspektywom, jakie w fazie konfrontacji przyjęły podmioty, które badane świadomie zaangażowały we własne doświadczenie prokreacyjne – mąż/partner, lekarz ginekolog, inna(e) osoba(y) – można stwierdzić, że ich treść była w stosunku do podejścia badanych kobiet: 1) kwestionująca, 2) neutralna – pozornie wspierająca, 3) wspierająca. Gdy patrzymy całościowo na proces konfrontacji, należy podkreślić, że badane spotkały się z tym samym typem perspektyw, czyli wszystkie podmioty, które zaangażowały one w swoje doświadczenie, były zgodne, co do oceny ich sytuacji prokreacyjnej – wyrażały one tylko perspektywę kwestionującą lub perspektywę neutralną – pozornie wspierającą lub perspektywę wspierającą. Przy czym w przypadku każdego z podmiotów, które badane zaangażowały we własne doświadczenie prokreacyjne, dominowała perspektywa kwestionująca.

W przypadku perspektywy kwestionującej badane nie uzyskały w fazie konfrontacji od podmiotów, które zaangażowały w swoje doświadczenie prokreacyjne, legitymizacji dla własnego podejścia do dotychczasowego braku ciąży. Dodatkowo podmioty te nie wyraziły gotowości do negocjowania treści ich własnej definicji sytuacji prokreacyjnej rozmówczyń. W związku z takim podejściem podmioty te zaproponowały kobietom przyjęcie strategii działania, która miała polegać na kontynuowaniu przez nie spokojnych działań prokreacyjnych. Podmioty, których perspektywę określiłam jako neutralną – pozornie wspierającą również nie wyraziły zgody na to, w jaki sposób badane podchodziły do dotychczasowego przebiegu ich doświadczenia prokreacyjnego. Przy czym ich zachowanie w trakcie interakcji można określić jako pozorną gotowość do negocjacji ich własnego znaczenia, które nadali sytuacji prokreacyjnej kobiet. Ostatecznie te podmioty stwierdziły, że to rozmówczynie powinny zdecydować, jakie działania powinny podjąć w związku z ich własną oceną ich sytuacji prokreacyjnej. Tylko od podmiotów wyrażających perspektywę wspierającą badane kobiety uzyskały legitymizację dla ich podejścia do dotychczasowego braku ciąży. W związku ze zgodnością perspektyw badanych i podmiotów, które zaprezentowały perspektywę wspierającą, nie było konieczności negocjowania definicji wspólnej definicji sytuacji prokreacyjnej. Dodatkowo podmioty

zapropowały tym rozmówczynom, aby podjęły one konkretne działania, które miały pomóc z jednej strony w ustaleniu przyczyn trudności prokreacyjnych z drugiej strony, w ustaleniu sposobu rozwiązania tych problemów.

Dodatkowo autorka wskazała, że w fazie konfrontacji w doświadczeniu prokreacyjnym badanych funkcjonowały również tzw. niechciane podmioty konfrontacji: 1) osoby, które pytały badane o ich plany prokreacyjne, 2) kobiety w ciąży. Sposób nazwania tej kategorii osób wynikał z faktu, że rozmówczynie nie zdecydowały o włączeniu ich we własne doświadczenie prokreacyjne. Jednak pomimo tego, ich obecność pośrednio wpływała na to, w jaki sposób badane podchodziły do ich dotychczasowego braku ciąży. W interakcji z osobami, które pytały kobiety o ich plany prokreacyjne i kobietami w ciąży badane były stale konfrontowane ze swoimi obawami. Pytanie o plany prokreacyjne były przez nie traktowane w fazie konfrontacji jako manifestacja oczekiwań społecznych, których one nie mogą spełnić. Z kolei kobiety w ciąży stanowiły dla rozmówczyń uosobienie ich własnego niezrealizowanego pragnienia.

Faza redefinicji w doświadczeniu utrudnionej prokreacji badanych rozpoczęła się w momencie, w którym kobiety te zakończyły fazę konfrontacji. W tej chwili rozmówczynie musiały podsumować przebieg tej wcześniejszej fazy. Należy bowiem podkreślić, że przebieg fazy konfrontacji miał istotny wpływ na kształt wszystkich kolejnych faz utrudnionej prokreacji – fazy redefinicji i fazy oczekiwania. Badane na początku fazy redefinicji określiły własną ocenę przydatności procesu konfrontacji dla redefinicji ich doświadczenia prokreacyjnego. Ocena ta różniła się w zależności od treści perspektyw, jakie przyjęły podmioty, które badane zaangażowały w swoje doświadczenie prokreacyjne w fazie konfrontacji: 1) ułatwienie redefinicji (perspektywy kwestionujące podmiotów), 2) brak pomocy w redefinicji (perspektywy neutralne – pozornie wspierające podmiotów), 3) ułatwienia redefinicji (perspektywy wspierające podmiotów).

Jednak pomimo różnic w tej ocenie, badane kobiety w fazie redefinicji utrudnionej prokreacji musiały z jednej strony nadać ostateczne znaczenie własnej sytuacji prokreacyjnej, z drugiej strony określić, jakie strategie działania podejmą one w związku z treścią tego znaczenia. Określenie ostatecznej definicji wymagało od badanych ustalenia ich stanowiska odnośnie do perspektyw, które przyjęły w fazie konfrontacji podmioty włączone przez nie w ich doświadczenie prokreacyjne. Kobiety podjęły jedną z trzech decyzji: 1) odrzucenie perspektyw podmiotów, 2) pozorne przyjęcie perspektyw podmiotów, 3) przyjęcie wspólnej perspektywy. Treść tych decyzji była oczywiście związana z tym, jakie perspektywy przyjęły wcześniej te podmioty. Ostatecznie rozmówczynie w fazie redefinicji przyjęły jedną z dwóch

definicji ich własnej sytuacji prokreacyjnej – 1) „brak ciąży – to problem”, 2) „brak ciąży – to nie problem?”.

W następnej kolejności badane kobiety musiały ustalić, jaką strategię działania podejmą w związku z przyjętą przez siebie ostateczną definicją ich sytuacji prokreacyjnej. Po raz kolejny odwoływały się one do przebiegu fazy redefinicji, w szczególności do strategii działania, jakie zaproponowały im podmioty zaangażowane w doświadczenie prokreacyjne kobiet. Musiały one ustalić swój stosunek do tych strategii. W tym momencie podjęły jedną z trzech decyzji: 1) odrzucenie strategii podmiotów, 2) częściowe odrzucenie strategii podmiotów, 3) przyjęcie strategii podmiotów. Ostatecznie badane kobiety przyjęły jedną z trzech strategii działania – 1) „potrzebuję pomocy lekarza”, 2) „sama poszukam rozwiązania problemu”, 3) „normalne starania”.

Tylko w przypadku kobiet, które w fazie konfrontacji spotkały się ze wspierającymi perspektywami podmiotów, które zaangażowały w swoje doświadczenie prokreacyjne, faza redefinicji była ostatnią fazą ich doświadczenia utrudnionej prokreacji. Kobiety te jako jedyne uzyskały bowiem legitymizację dla ich podejścia do dotychczasowego braku ciąży od lekarza ginekologa. W fazie redefinicji zgodziły się one przyjąć wspólną dla nich i ich podmiotów perspektywę patrzenia na przebieg ich dotychczasowego doświadczenia prokreacyjnego – „brak ciąży – to problem” oraz strategię działania – „potrzebuję pomocy lekarza”. Co było jednoznaczne w przypadku tych kobiet z zakończeniem w ich doświadczeniu prokreacyjnym etapu utrudnionej prokreacji i rozpoczęciem etapu niepłodności. Pozostałe kobiety, ze względu na brak w fazie konfrontacji legitymizacji dla ich podejścia do dotychczasowego braku ciąży od lekarza ginekologa, w momencie ustalenia treści ostatecznej definicji ich sytuacji prokreacyjnej i strategii działania w związku z tą definicją, przeszły do ostatniej z wyszczególnionych faz utrudnionej prokreacji – fazy oczekiwania.

W fazie oczekiwania badane kobiety, w zależności od przyjętej strategii działania oczekiwały na pojawianie się w ich doświadczeniu prokreacyjnym różnych wydarzeń. Rozmówczynie, które wybrały strategię działania „potrzebuję pomocy lekarza” oczekiwały na moment, w którym znajdą lekarza, który wyrazi zgodę na ich podejście do dotychczasowego braku ciąży (badane, które podczas fazy konfrontacji spotkały się z kwestionującymi perspektywami podmiotów) lub na chwilę, w której lekarz odkryje przyczynę ich trudności prokreacyjnych, w związku z tym legitymizując w końcu ich perspektywę patrzenia na własną sytuację prokreacyjną (badane, które podczas fazy konfrontacji spotkały się z neutralnymi – pozornie wspierającymi perspektywami podmiotów). Z kolei kobiety, które przyjęły strategię

„sama poszukam rozwiązania problemu”, bez względu na perspektywy podmiotów, które zaangażowały w swoje doświadczenie prokreacyjne w fazie konfrontacji, oczekiwały, że uda im się samodzielnie znaleźć przyczynę tego, iż nadal nie są w ciąży i w dalszej kolejności rozwiązać zidentyfikowany problem. Rozmówczynie, które zdecydowały się na strategię działania „spokojne starania” oczekiwały szybkiej realizację zapewnienia, które złożyły im podmioty, które zaangażowały w swoje doświadczenie prokreacyjne – ciąży.

Badane kobiety w fazie oczekiwania koncentrowały się na realizacji założonych przez siebie strategii. Rozmówczynie, które przyjęły strategię działania „potrzebuję pomocy lekarza” podejmowały działania, aby uzyskać od lekarza ginekologa legitymizację dla własnego podejścia do dotychczasowego przebiegu ich doświadczenia prokreacyjnego („brak ciąży – to problem”). Z kolei kobiety, które przyjęły strategię „sama poszukam rozwiązania problemu” aktywnie korzystały z zasobów Internetu po to, aby samodzielnie odnaleźć przyczynę ich nieskutecznych działań prokreacyjnych. Tylko badane, które zdecydowały się na wybór strategii działania „spokojne starania” nie podejmowały żadnych działań. Biernie oczekiwały na moment, w którym uda im się osiągnąć sukces prokreacyjny.

Dla kobiet, które przyjęły strategię „potrzebuję pomocy lekarza” centralnym podmiotem, który kształtował przebieg tej fazy utrudnionej prokreacji był lekarz ginekolog. To on ostatecznie zdecydował, w którym momencie te badane uzyskają legitymizację dla ich podejścia do dotychczasowego braku ciąży. W przypadku tej kategorii działało się to zawsze dopiero wtedy, gdy lekarz otrzymał wyniki badań wskazujące na nieprawidłowości w funkcjonowaniu układu rozrodczego badanych lub kiedy spełniały one już kryterium roku nieskutecznych starań o dziecko. Z kolei dla badanych, które przyjęły strategię działania „sama poszukam rozwiązania problemu” podstawowym kontekstem, który kształtował przebieg ich doświadczenia utrudnionej prokreacji w fazie oczekiwania były zasoby Internetu i z czasem nowy podmiot – wirtualne znajome. Każda z tych kobiet w pewnym momencie, bardzo często związanym z upływem roku nieskutecznych działań prokreacyjnych, musiała przyznać, że jednak będzie potrzebowała pomocy lekarza w poczęciu dziecka. W momencie zgłoszenia się do lekarza ginekologa, w związku ze spełnianiem przez nie medycznych kryteriów niepłodności, każda z nich uzyskała legitymizację dla ich podejścia dotychczasowego braku ciąży. W przypadku kobiet, które przyjęły strategię „spokojne starania” centralnym podmiotem, który miał wpływ na przebieg omawianej fazy utrudnionej prokreacji był mąż/partner. To dzięki jego aktywności te rozmówczynie, pomimo ciągle pojawiających się wątpliwości, trwały przy obranej strategii. Jednak z czasem brak rezultatów wspólnych spokojnych działań prokreacyjnych skłonił je i ich mężów/partnerów do podjęcia

decyzji o ponownym skonsultowaniu swojej sytuacji prokreacyjnej z lekarzem ginekologiem. Moment tej decyzji wiązał się ze spełnieniem przez te badane kryterium roku nieskutecznych działań prokreacyjnych. Ponowne zgłoszenie się tych kobiet do lekarza ginekologa oznaczało dla każdej z nich uzyskanie legitymizacji dla ich podejścia do własnej sytuacji prokreacyjnej i rozpoczęcie w ich doświadczeniu prokreacyjnym etapu niepłodności.

Analiza doświadczeń rozmówczyń wykazała, że najistotniejsze dla tego, jakie typ orientacji one przyjmą, było to, jaki był stosunek podmiotów, które zaangażowały we własne doświadczenie prokreacyjne, do ich sposobu podejścia do dotychczasowego braku ciąży oraz ich własne podejście do medycznej definicji niepłodności. Istotny był także stosunek badanych kobiet do perspektyw podmiotów i strategii działania, które one im zaproponowały. Opierając się na przeprowadzonej analizie autorka skonstruowała typologię doświadczenia utrudnionej prokreacji składającą się z czterech typów: 1) kobiety „samodefiniujące” doświadczenie utrudnionej prokreacji jako problem wbrew definicji medycznej i perspektywom podmiotów, zorientowane na działania diagnostyczne w kontekście medycznym, 2) kobiety „samodefiniujące” doświadczenie utrudnionej prokreacji jako problem pomimo definicji medycznej i perspektywom podmiotów, zorientowane na działania poza kontekstem medycznym, 3) kobiety pozornie definiujące doświadczenie utrudnionej prokreacji zgodnie z definicją medyczną, podejmujące działania określone przez podmioty, 4) kobiety definiujące doświadczenie utrudnionej prokreacji zgodnie z definicją medyczną, podejmujące działania określone przez podmioty medyczne.

Kobiety należące do pierwszego typu nie uzyskały od podmiotów, które zaangażowały we własne doświadczenie prokreacyjne, legitymizacji dla ich podejścia do dotychczasowego braku ciąży. Pomimo tego zdecydowały się na pozostanie przy własnym podejściu do ich sytuacji prokreacyjnej „brak ciąży – to problem” i odrzucenie strategii działań, które zaproponowały im te podmioty. Zdecydowały się jednocześnie na przyjęcie strategii działania „potrzebuję pomocy lekarza”. Przyjęcie takiej strategii wiązało się w przypadku tych kobiet z koniecznością rozpoczęcia walki o uzyskanie diagnozy medycznej niepłodności. Pomimo otwartego przeciwstawienia się podejściu przedstawicieli systemu medycznego, to lekarz(e) ginekolog(dzy) stanowili centralny podmiot, który miał wpływ na to, w jaki sposób przebiegało doświadczenie utrudnionej prokreacji kobiet z omawianego typu. Kobiety te musiały udowodnić, że ich podejście do dotychczasowego braku ciąży jest prawidłowe.

Kobiety z drugiego z wyszczególnionych typów to badane, które w fazie konfrontacji nie uzyskały od podmiotów, które włączyły we własne doświadczenie prokreacyjne legitymizacji dla ich podejścia do dotychczasowego braku ciąży. Pomimo tego zdecydowały się na

odrzuć treści perspektyw podmiotów, podtrzymując własne podejście mówiące o tym, że „brak ciąży – to problem”. Jednak ze względu na fakt, iż nie chciały one myśleć jeszcze o swoim doświadczeniu prokreacyjnym jako niepłodności, to zdecydowały się tylko na częściowe odrzucenie proponowanych im przez podmioty negocjacji strategii. Nie podjęły zatem działań diagnostycznych, ale jednocześnie przyjęły strategię „sama poszukam rozwiązania problemu”. Zasoby Internetu stały się dla tych kobiet przestrzenią, w ramach której realizowały założoną przez siebie strategię działania, pomimo treści perspektywy medycznej. Nieskuteczność podejmowanych przez ten typ kobiet działań skierował ich uwagę ponownie na system medyczny. Jednak tym razem, ze względu na świadomość medycznego podejścia, wiedziały już, w którym momencie mogą liczyć na uzyskanie legitymizacji dla ich sposobu traktowania dotychczasowego braku ciąży.

Kobiety zakwalifikowane do trzeciego z wyszczególnionych typów w sytuacji braku zgody co do ich własnej definicji sytuacji podmiotów, które zaangażowały we własne doświadczenie prokreacyjne, nie zdecydowały się na odrzucenie ich perspektywy. Jednak przyjęcie perspektywy podmiotów autorka określiła jako pozorne. Te kobiety nie potrafiły całkowicie zapomnieć o własnej wyjściowej definicji ich sytuacji prokreacyjnej „brak ciąży – to problem”. Jednak pomimo tego, podmiotom, które włączyły one w doświadczenie prokreacyjne, udało się przekonać je do przyjęcia proponowanej im strategii działania. W tym aspekcie najbardziej widoczne było to, że ta kategoria kobiet podporządkowała się innym uczestnikom ich doświadczenia. Szczególnie istotną rolę w kształtowaniu przebiegu doświadczenia prokreacyjnego tych kobiet odgrywał mąż/partner. Znajomość medycznej definicji niepłodności dodatkowo motywowała te kobiety do niepodejmowania dodatkowych działań niż te, które realizowały dotychczas (strategia działania „spokojne starania”). Choć jednocześnie ciągle powracały do nich wątpliwości co do tego, czy w ich przypadku brak ciąży to jednak nie jest problem. Zgodnie z treścią definicji niepłodności kobiety te zdecydowały się na podjęcie działań dopiero w momencie, w którym spełniały zawarte w niej kryterium roku podejmowania nieskutecznych działań prokreacyjnych.

Kobiety z czwartego z wyszczególnionych typów w momencie konfrontacji z podmiotami, które zaangażowały w swoje doświadczenie prokreacyjne, uzyskały legitymizację dla ich własnego podejścia do dotychczasowego braku ciąży. Każda z nich w przeszłości doświadczała już nieprawidłowości w funkcjonowaniu ich układu rozrodczego. W związku z tym nie miały one wątpliwości dotyczących oceny ich własnej sytuacji prokreacyjnej w momencie, w którym zaczęły odczuwać dyskomfort związany z dotychczasowym przebiegiem ich doświadczenia prokreacyjnego. Ich podejście do własnej

sytuacji prokreacyjnej i perspektyw podmiotów, które zaangażowały we własne doświadczenie prokreacyjne były tożsame. Zgodziły się one na medyczny sposób definiowania ich sytuacji prokreacyjnej. W związku z tym kobiety te miały możliwość realizowania strategii działania, która była zgodna z medyczną perspektywą.

BIBLIOGRAFIA

- Bampton R., Cowton Ch., Downs Y., *The E-Interview in Qualitative Research*, [w:] *Advancing Research Methods with New Technologies*, (red.) N. Sappleton, International Science Reference, Portland 2013, s. 329-343.
- Becker G., Nachtigall R.D., Eager for medicalisation: the social production of infertility as a disease, „Sociology of Health & Illness” 1992, Vol. 14, No. 4, s. 456-471.
- Berg B.J., Mikesell S.G., Psychological aspects of male infertility: lifting the shroud of shame, [w:] *Evaluation and Treatment of the Infertile Male*, (red.) G.M. Centola, K. A. Ginsburg, Cambridge University Press, Cambridge 2004, s. 277-296.
- Bielawska-Batorowicz E., *Psychologiczne aspekty prokreacji*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 2006.
- Bowden, C., Galindo-Gonzalez, S., Interviewing when you're not face-to-face: The use of email interviews in a phenomenological study, „International Journal of Doctoral Studies”, 2015, Vol. 10, s. 79-92.
- Chomczyński P., Paradygmat interpretatywny, [w:] *Słownik socjologii jakościowej*, (red.) K. Konecki, P. Chomczyński, Difin, Warszawa 2012, s. 211-214.
- Cockerham W.C., Scambler G., *Medical Sociology and Social Theory*, [w:] *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, (red.) W.C. Cockerham, Wiley-Blackwell, Oxford 2010, s. 3-26.
- Cousineau C.T., Domar A.D., Psychological impact of infertility, „Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology”, 2007, Vol. 21, No. 2, s. 293-308.
- Culley L., Hudson N., Lohan M., Where are all the men? The marginalization of men in social scientific research on infertility, „Reproductive Biomedicine Online”, Vol. 27, Issue 3, s. 225-235.

- Daniluk J.C., Reconstructing their lives: a longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples, „Journal of Counseling & Development”, 2005, Vol. 79, Issue 4, s. 439–449.
- Dymarczyk W., Działanie społeczne, [w:] Słownik socjologii jakościowej, (red.) K. Konecki, P. Chomczyński, Difin, Warszawa 2012, s. 63-67.
- Earle S., Letherby G., Whose choice is it anyway? Decision making, control and conception, „Human Fertility”, 2002, Vol. 5, Issue 2, s. 39-41.
- Flick U., Projektowanie badania jakościowego, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
- Freidson E., Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge, Harper and Row Publishers, New York, Hagerstown, San Francisco, London 1970.
- Galdas P.M., Cheater F., Marshall P., Men and health help-seeking behaviour: literature review, „Journal of Advanced Nursing” 2005, Vol. 49, Issue 6, s. 616-23.
- Greil A.L., Infertility and psychological distress: a critical review of the literature, „Social Science & Medicine”, 1997, Vol. 45, s. 1679-704.
- Greil A.L., McQuillan J., Lowry M., Shreffler K.M., Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of U.S. women, „Social Science & Medicine, 2011, Vol. 73, s. 87-94.
- Greil A.L., Not yet pregnant: Infertile couples in contemporary America, Rutgers University Press, New Brunswick, London 1991.
- Greil A.L., Slauson-Blevins K., McQuillan J., The experience of infertility: a review of recent literature, „Sociology of Health & Illness”, 2010, Vol. 32, No. 1, s. 140-162.
- Gurunath S., Pandian Z., Anderson R.A., Bhattacharya S., Defining infertility – a systematic review of prevalence studies, „Human Reproduction Update”, 2011, Vol. 17, Issue 5, s. 575-88.
- Holter H., Anderheim L., Bergh C., Möller A., First IVF treatment – short-term impact on psychological well-being and the marital relationship, „Human Reproduction”, 2006, Vol. 21, Issue 12, s. 3295-3302.

- Huang J.Y.J., Al-Fozan H., Tan S.L, Tulandi T., Internet use by patients seeking infertility treatment, „International Journal of Gynecology & Obstetrics”, 2003, Vol. 83, Issue 1, s. 75-76.
- Jacob M.C., McQuillan J., Greil A.L., Psychological distress by type of fertility barrier, „Human Reproduction”, 2007, Vol. 22, Issue 3, s. 885-894.
- Jacobson M.H., Chin H. B., Mertens A.C., Spencer J.B., Fothergill A., Howards P.P., Research on Infertility: Definition Makes a Difference” Revisited, „American Journal of Epidemiology”, 2017, Vol. 187, Issue 2, s. 337-346
- Johnson K.M., McQuillan J., Greil A.L., and Shreffler K.M, Towards a more inclusive framework for understanding fertility barriers, [w:] Reframing reproduction: Sociological perspectives on gender, sexuality, and reproduction in late modernity, (red.) M. Nash, Palgrave Macmillan, New York, s. 23-38
- Konecki K., Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2000.
- Kuczyński W., Kurzawa R., Oszukowski P., Pawelczyk L., Poręba R., Radowski S., Szamatowicz M., Wołczyński S., Rekomendacja dotyczące diagnostyki i leczenia niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu, „Ginekologia Polska”, 2012, Nr 83, s. 149-154.
- Liberty G., Margalioth E., Meltcer S., Infertility Definitions – Patients’ Perspectives, „International Journal of Gynecological and Obstetrical Research”, 2013, Vol. 1, s. 79-83.
- Lloyd M., Condemned to be meaningful: No-response in studies of men and infertility, „Sociology of Health & Illness”, 1996, Vol. 18, No. 2, s. 433-354.
- Marino J.L., Moore V. M., Rumbold A.R., Davies M.J., Fertility treatments and the young women who use them: an Australian cohort study, „Human Reproduction”, 2011, Vol. 26, Issue 2, s. 473-479.
- Morgan S. J., Symon G., Electronic interviews in organizational research [w:] Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research, (red.) C. Cassel, G. Symon, Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi 2004, s. 23-33.

- Moura-Ramos M., Gameiro S., Canavarro M.C., Soares I., Assessing infertility stress: re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory, „Human Reproduction”, 2012, Vol.27, Issue 2, s. 496-505.
- Ostoja-Zawadzka K., Cykl życia rodzinnego, [w:] Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny, (red.) B. de Barbaro, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999, s. 35-47.
- Radwan J., Epidemiologia niepłodności, [w:] Niepłodność i rozród wspomagany, (red.) J. Radwan., S. Wołczyński, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2011a, s. 11-14.
- Radwan J., Psychologiczny aspekt niepłodności, [w:] Niepłodność i rozród wspomagany, (red.) J. Radwan., S. Wołczyński., Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2011b, s. 15-17.
- Ratislavova K., Ratislav J., Asynchronous email interview as a qualitative research method in the humanities, „Human Affairs”, 2014, Vol. 24, s. 452-460.
- Rawal N., Haddad N., Use of internet in infertility patients, „The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics”, 2005, Vol. 5, Issue 2, s. 1-5.
- Sandelowski M., Holditch-Davis D., Harris B.G., Living the life: explanations of infertility, „Sociology of Health & Illness”, 1990, Vol. 12, No. 2, s. 195-215.
- Skrzypczak J., Putowski L., Kwalifikowanie pacjentek do leczenia, [w:] Leczenie niepłodności, (red.) L. Putowski, MedPharm Polska, Wrocław 2011, s. 7-12.
- Skrzypek M., Geneza i ewolucja podstawowych kategorii analitycznych socjologii medycyny, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 2012, T. 18, Nr 4, s. 371-378.
- Skrzypek M., Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej, Wydawnictwo KUL, Lublin 2011.
- Sławecki B., Znaczenie paradygmatów w badaniach jakościowych, [w:] Badania jakościowe. Podejścia i teorie, (red.) D. Jemielniak, PWN, Warszawa 2012, s. 57-88.
- Sokołowska M., Socjologia medycyny, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986.

- Szamatowicz M., Niepłodność [w:] Położnictwo i Ginekologia – T. II Ginekologia, (red.) G. Bręborowicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007b, s. 737-755.
- Szamatowicz M., Płodność, niepłodność i metody regulacji urodzeń, [w:] Raport „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006”, (red) T. Niemiec, Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2007a, s. 89-91.
- Talarczyk J., Hauke J., Ponieważ M., Serdyńska-Szuster M., Pawelczyk L., Jędrzejczak P., Internet jako źródło informacji o niepłodności wśród niepłodnych pacjentek, „Ginekologia Polska”, 2012, T. 83, s. 250-254.
- Twaddle A., From Medical Sociology to the Sociology of Health: Some Changing Concerns in the Sociological Study of Sickness and Treatment, [w:] Sociology. The State of the Art, (red.) T. Bottomore, S. Nowak, M. Sokołowska, Sage, London–Beverly Hills 1982, s. 323-358.
- Uniwersalny słownik języka polskiego T. 2, Hasło: konfrontacja, (red). S. Dubisz, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 203.
- Uramowska-Żyto B., Socjologiczne koncepcja zdrowia i choroby, [w:] Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy, (red.) A. Ostrowska, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2009, s. 65-86.
- Uramowska-Żyto B., Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1992.
- Urbaniak-Zajac D., Piekarski J., Badania jakościowe – uwagi wprowadzające, [w:] Jakościowe orientacje w badaniach pedagogicznych. Studia i materiały, (red.) D. Urbaniak-Zajac, J. Piekarski, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2001.
- van Balen F., Inhorn M. C., Interpreting Infertility: A View for The Social Science, [w:] Infertility around the globe: new thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies, (red.) M.C. Inhorn, F. van Balen, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London 2002, s. 3-32.
- Webb R.E., Daniluk, Infertile Men's Experiences of Being Unable to Produce a Child, „Men and Masculinities”, 1999, Vol 2, Issue 1, s. 6-25.
- Weissman A., Gotlieb L., Ward S., Greenblatt E., Casper R.F., Use of the Internet by infertile couples, „Fertility and Sterility”, 2000, Vol. 73, Issue 6, s. 1179-1182.

White L., McQuillan J., Greil A.L., Johnson D.R., Infertility: testing a help seeking model, „Social Science & Medicine”, 2006, Vol. 62, Issue 4, s. 1031-1041.

Zegers-Hochschild F., Adamson G.D., de Mouzon J., Ishihara O., Mansour R., Nygren K., Sullivan E., and Vanderpoe S., International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology , „Fertility and Sterility”, 2009, Vol. 92, Issue 5, s. 1520-1524.