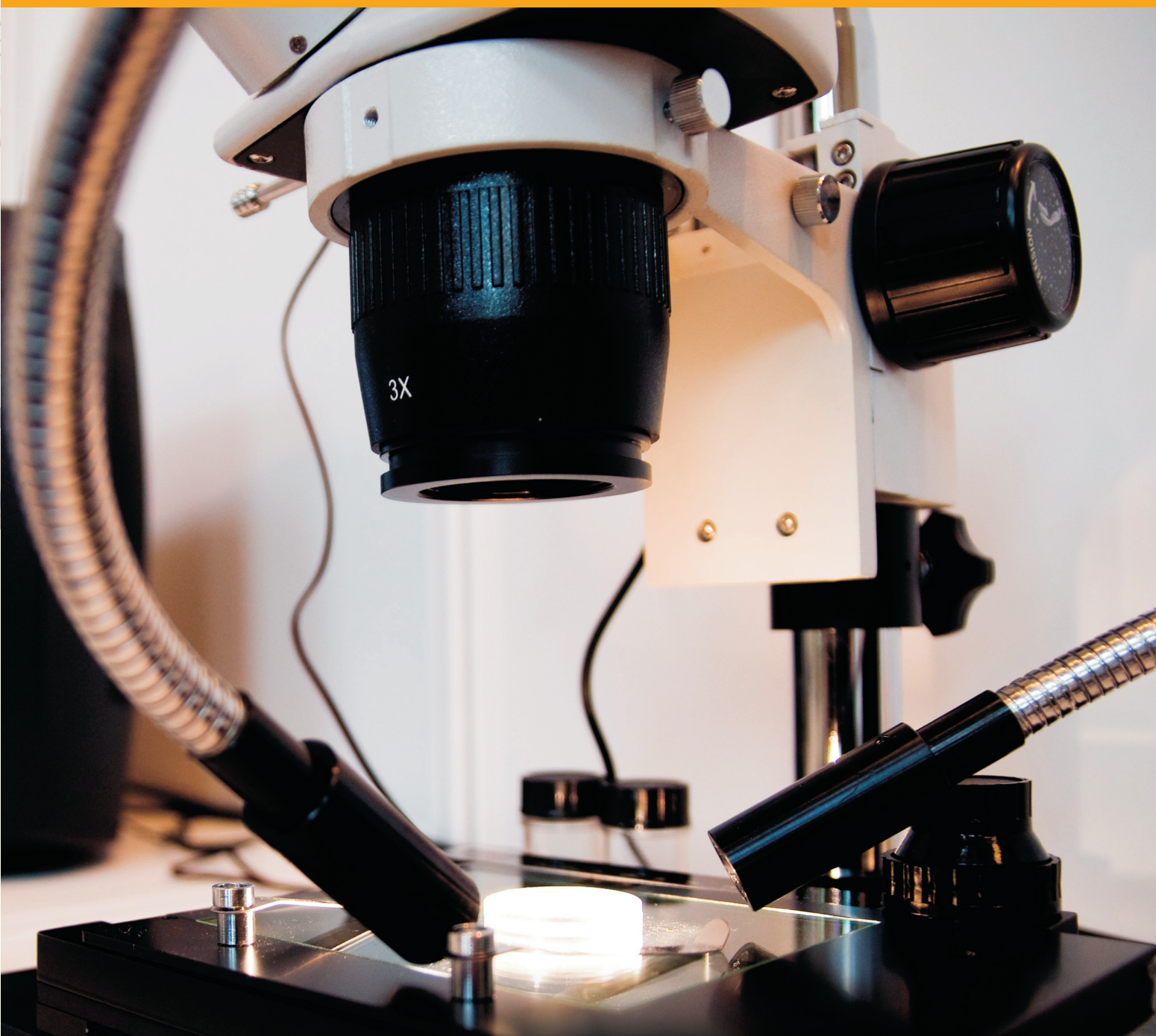


Służba
ZYCIU



Zeszyty Problemowe
nr 1/2008, koszt wydania 1,50 zł
ISSN 1507-9864



**Procedura in vitro
niszczy życie ludzkie
nieetyczna • szkodliwa • niepotrzebna**

Służba ZYCIU

„Służba Życiu.
Zeszyty Problemowe”
wydawana jest przez Polskie
Stowarzyszenie Obrońców
Życia Człowieka.

Redaguje zespół:

Antoni Zięba (redaktor naczelny),
Czesław Chytra, Halina Chytra,
Rafał Michalik, ks. Franciszek Płonka,
Wanda Półtawska, Katarzyna Urban

Adres redakcji:

ul. Mikołajska 17,
31-027 Kraków,
tel./faks (012) 421 08 43,
e-mail: biuro@pro-life.pl
Sekretariat redakcji czynny
od poniedziałku do piątku
w godzinach 9.00–15.00.

Polskie Stowarzyszenie Obrońców
Życia Człowieka w ramach działalności
statutowej wydaje i nieodpłatnie
rozprowadza pismo „Służba Życiu”,
licząc na ofiarność obrońców życia.
Wszyscy, którzy prześlą na konto
Stowarzyszenia dar – minimum 21 zł
– otrzymają 6 kolejnych numerów
„Służby Życiu”.

Polskie Stowarzyszenie
Obrońców Życia Człowieka
organizacja pożytku publicznego
ul. Krowoderska 24/1
31-142 Kraków
PeKaO SA O. w Krakowie
93 1240 4650 1111 0000 5150 8401

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania
tekstów, nadawania tytułów oraz śródtytułów
oraz przekazywania praw autorskich do opu-
blikowanych artykułów innym redakcjom i or-
ganizacjom pro-life. Tekstów niezamówio-
nych nie odsyłamy.

Autorem fotografii na okładce jest
Majgier Dariusz/Fotorzepa

Oświadczenie Polskiego Stowarzyszenia Obrońców Życia Człowieka w sprawie procedury „in vitro”

Procedura „in vitro” mimo ukierunkowania na osiągnięcie szlachetnego celu, jakim jest po-
częcie i narodzenie dziecka, jest głęboko nieetyczna i sprzeczna z polskim prawem.

W ramach tej procedury sztucznie, hormonalnie przyspiesza się dojrzewanie kilku, kilkun-
stu żeńskich komórek jajowych, pobiera się je i w probówce zapładnia męskimi gametami. Za-
wyczaj poczętych zostaje kilka, kilkanaście istot ludzkich; następnie dokonuje się ich selekcji.
Poczęte dzieci wykazujące wady niszczy się, a jedną lub kilka wybranych istot ludzkich transfe-
ruje się do łona matki celem umożliwienia im dalszego rozwoju i urodzenia. „Nadliczbowe” po-
częte embriony ludzkie zamraża się dla ich ewentualnego, późniejszego wykorzystania.

**Ogromna większość poczynanych w czasie procedury „in vitro” istot ludzkich ginie
– według danych z różnych ośrodków od 60 do 80%: w czasie selekcji, transferu, za-
mrażania i odmrażania.**

Procedura „in vitro” narusza godność ludzką zarówno samych rodziców – eliminując ich per-
sonalistyczny, głęboko intymny akt małżeński i zastępując go działaniami technicznymi, jak
i godność człowieczą dziecka poczętego poprzez stosowanie wobec niego selekcji, transferu,
procesu zamrażania i odmrażania oraz przetrzymywanie w bankach ludzkich embrionów.

Procedura „in vitro” narusza więc trzy artykuły Konstytucji RP:

*Art. 30. Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw czło-
wieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem
władz publicznych.*

Art. 38. Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia.

*Art. 40. Nikt nie może być poddany torturom ani okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżające-
mu traktowaniu i karaniu. (...)*

A także stanowi naruszenie art. 157a kodeksu karnego:

*§ 1. Kto powoduje uszkodzenie ciała dziecka poczętego lub rozstrój zdrowia zagrażający je-
go życiu, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.*

Oczekujemy od właściwych organów resortu sprawiedliwości przewidzianych prawem dzia-
łań, które doprowadzą do zaprzestania stosowania procedury „in vitro” jako naruszającej obo-
wiązuje polskie prawo.

Za Zarząd: dr inż. Antoni Zięba, prezes, Kraków, marzec 2008 r.

Od poczęcia człowiek

**Poniżej przytaczamy wypowiedzi wybitnych polskich naukowców, którzy jedno-
znacznie stwierdzają, że życie ludzkie zaczyna się w momencie poczęcia.**

„Komórkę jajową od momentu zapłodnienia nazywamy zarodkiem, ale nie ulega wątpliwo-
ści, że jest to człowiek”

prof. dr hab. med. Bogdan Chazan, specjalista krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii

„Połączenie komórki jajowej i plemnika, czyli gamety matczynej i ojcowskiej daje począ-
tek odrębnemu życiu. W wyniku zapłodnienia powstaje w pełni genetycznie uformowany no-
wy człowiek, którego rozwój dokonuje się w czasie życia ludzkiego. Tak więc embrion, płód,
noworodek, niemowle, dziecko, dorosły, starzec to określenia poszczególnych biologicznych
etapów rozwoju zawsze tego samego człowieka”.

*dr n. med. Antoni Marcinek dyrektor Szpitala Położniczo-Ginekologicznego im. R. Czerwiakowskiego w Krakowie,
specjalista regionalny do spraw położnictwa i ginekologii województwa małopolskiego*

„Żywoć człowieka rozpoczyna się w momencie poczęcia, to jest zapłodnienia i kończy się
w momencie śmierci”.

prof. zw. dr hab. med. Rudolf Klimek, członek Królewskiego Towarzystwa Lekarskiego w Londynie, CM UJ

„Rozwój człowieka zaczyna się od połączenia dwu komórek – gamety żeńskiej, czyli ko-
mórki jajowej (oocytu), i gamety męskiej – plemnika, w akcji zapłodnienia”.

*prof. dr hab. med. Michał Troszyński, „Położnictwo. Ćwiczenia”, Podręcznik dla studentów medycyny,
Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, str. 69*

Dawca życia Zwycięzca śmierci



Drodzy Przyjaciele!

Oddajemy do Waszych rąk drugi numer „Służby Życiu” poświęcony procedurze „in vitro”. Jest on zmienioną i zaktualizowaną wersją numeru poświęconego tej tematyce wydanego w roku 2006. Wydanie zmienionej, zaktualizowanej wersji stało się pilną koniecznością, gdyż na jesieni tego roku rząd PO–PSL zapowiedział prace związane z regulacją prawną stosowania tej procedury.

Stanowisko nasze – wyrażone w „Oświadczeniu” wydanym w marcu bieżącego roku – jest jasne: procedura „in vitro” jest de facto zabroniona przez aktualnie obowiązujące prawo (por. str. 2). Stosowanie jej podlega sankcji karnej zapisanej w art. 157a kodeksu karnego; taką samą opinię wyraził publicznie wybitny prawnik prof. dr hab. Andrzej Zoll (por. „Dziennik” 03.03.2008). Na nasze „Oświadczenie” przekazane do Ministerstwa Sprawiedliwości nie otrzymaliśmy żadnej odpowiedzi...

W ogromnej większości mediów nie tylko przemilcza się łamanie polskiego prawa przez stosujących tę procedurę, ale także przemilcza się informacje medyczne na temat skutków ubocznych tej metody dla kobiet oraz informacje na temat wzrostu wad wrodzonych u dzieci poczętych tą metodą.

W popularnej prasie przemilczana jest prawie zupełnie pozytywna metoda – alternatywa dla „in vitro”, jaką jest naprotechnologia, która jest wielokrotnie bardziej skuteczna w osiągnięciu urodzenia dziecka, a jej stosowanie nie jest związane z niszczeniem istot ludzkich i naruszeniem godności przyszłych rodziców (por. artykuł na str. 20).

Pozwolę sobie tu na istotną dygresję: w nieodległej przeszłości nieetyczni naukowcy i lekarze uzyskiwali komórki macierzyste drogą niszczenia poczętych istot ludzkich. To niszczenie życia ludzkiego usiłowano „uzasadnić” możliwością leczenia poważnych chorób. Takie postępowanie budziło etyczny sprzeciw. Szybko okazało się, że można uzyskiwać komórki macierzyste nie niszcząc ludzkich embrionów. Etyczne sposoby pozyskiwania komórek macierzystych (z wód płodowych, krwi pępowinowej czy też szpiku kostnego) są stosowane w praktyce m.in. przez: prof. med. Bodo-Eckeharda Strauera z Düsseldorfu, prof. Mariusza Rajtacza z Krakowa czy grupę naukową z Uniwersytetu Harvarda).

Naprotechnologia jest podobną, pozytywną i etyczną odpowiedzią na problemy związane z niepłodnością. Trzeba dobrej woli politycznych decydentów, kierownictwa resortu służby zdrowia celem szybkiego wdrożenia jej do polskiej służby zdrowia.

Szczęść Boże!

dr inż. Antoni Zięba, redaktor naczelny

„Połączenie się jąder komórkowych jaja i plemnika jest to najważniejszy moment zapłodnienia – powstanie nowego organizmu. (...) Od momentu połączenia się jąder komórkowych jaja i plemnika rozpoczyna się rozwój nowego człowieka”.

Z. Bielańska-Osuchowska „Jak zaczyna się życie człowieka”, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994, s. 37

„Po zapłodnieniu, to jest zespoleniu się jądra komórki jajowej z jądrem plemnika (co następuje w jajowodzie, blisko jego ujścia od strony jajnika) powstaje całkowicie nowa, odbiegająca od genotypów rodzicielskich, odrębna jakość genetyczna – nowa osoba ludzka. Zestaw jej genów w komórkach somatycznych nie ulegnie już zmianie do końca życia”.

prof. dr hab. Bolesław Suszka, biolog, pracownik naukowy PAN

„Szacunek dla nowego życia od samego poczęcia i uznanie dziecka za partnera w dialogu są bardzo ważne. Ten dialog rozpoczyna się w momencie poczęcia”.

prof. dr hab. Peter G. Fedor-Freybergh, „Psychologia i medycyna pre- i perinatalna: nowa interdyscyplinarna nauka w zmieniającym się świecie”, „Menopauza”, Zeszyt 1. Tom 1, 2002

„W świetle obecnej wiedzy nie ulega wątpliwości, że życie człowieka zostaje zapoczątkowane w następstwie połączenia się dwu komórek rozrodczych – gamet – żeńskiej i męskiej w postaci komórki macierzystej zwanej zygotą, która o tej chwili zaczyna żyć własnym rytmem”.

prof. dr hab. Maria Rybakowa, Komitet Rozwoju Człowieka Wydziału Nauk Medycznych PAN Warszawa-Kraków

prof. dr hab. Bogdan Chazan, Maria Środoń,
Niepłodność małżeńska i wymóg poszanowania dla godności ludzkiej prokreacji 4

prof. William Colliton,
Zapłodnienie in vitro 8

dr Jerzy Umiastowski,
Naruszenie godności dziecka przez biotechnologię 11

Dziecko jako dar – z Katechizmu Kościoła Katolickiego 12

Interwencje w przekazywanie życia ludzkiego – z Donum vitae, watykańskiej instrukcji o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania 12

Medyczne konsekwencje in vitro 16

Każdego dnia mam wyrzuty sumienia 17

Problemy in vitro 18

Maria Środoń,
Naprotechnologia – kompleksowy sposób postępowania w leczeniu niepłodności w zgodzie z kobiecą fizjologią i godnością 20

W b i e ż a c y m n u m e r z e

Niepłodność małżeńska i wymóg poszanowania dla godności ludzkiej prokreacji

Rozwój nauk biologicznych i medycznych, postęp technologii medycznej przyniosły nowe możliwości pomocy ludziom chorym i cierpiącym. W zakresie zdrowia dotyczącego prokreacji, pojawiły się szanse zapobiegania i skutecznego leczenia zaburzeń płodności, zapobiegania poronieniom i wadom rozwojowym, precyzyjnej oceny rozwoju i stanu dziecka przed urodzeniem, leczenia wielu chorób dziecka przed urodzeniem i u noworodka.

Narodziny dziecka stały się nie tylko bardziej ludzkie ale i bezpieczniejsze. Współczynnik umieralności okołoporodowej (częstość martwych urodzeń i zgonów noworodków) zmniejsza się z każdym rokiem. W 1999 roku współczynnik ten wyniósł 10,84 na 1000 urodzeń, w 2005 roku już tylko 8,04. Coraz mniej kobiet umiera w związku z ciążą, porodem i położeniem. W 1991 roku zmarło w Polsce z przyczyn położniczych 15 kobiet na 100 tys. urodzeń, w 2004 roku współczynnik zgonów matek zmniejszył się do 6,7. Mniejsza jest zachorowalność matek związana z macierzyństwem, powikłaniami ciąży i porodu. Są to sukcesy.

Natomiast trudniej jest dostrzec poprawę w dziedzinie zapobiegania lub leczenia niepłodności. Też gorzej radzimy sobie z problemami płodności. Chcielibyśmy wobec płodności zachować taką poziom kontroli, jak wobec elektryczności, czyli na zasadzie „włącz”, „wylącz”. Natomiast delikatne mechanizmy płodności, a tym bardziej sprawy ludzkiej miłości, godności i kobiecej natury temu się nie poddają.

Kontrola płodności i przyczyny niepłodności

Niedawno jeszcze urodzenie dziecka nie było przedmiotem zaplanowanej decyzji. Ciąża i rodzicielstwo były w małżeństwie jak deszcz; wiadomo że będzie, ale nie wiadomo kiedy. Zaskakiwało nie poczęcie dziecka i urodzenie, ale jego brak. Plany co do przyszłości rodziny dostosowywano do oczywiście

obecności w niej dzieci. Pojawienie się środków i metod antykoncepcji spowodowało, że dzieci są przedmiotem wyboru. Ich pojawienie się, liczbę dzieci, czas ich urodzenia są dostosowywane do innych planów. A ponieważ tych planów życiowych dotyczących wykształcenia, kariery zawodowej, dóbr materialnych jest wiele i wymagają dużego zaangażowania czasowego, finansowego, nie zaskakuje bezdzietność ale raczej wielodzietność. Płodność zaczęto traktować nie jako dar Boga, ale jako własny wybór.

Niepłodność tymczasem, wciąż dotyczy około 4 do 14% małżeństw. Co przyczynia się do trudności w poczęciu dziecka? Wczesne rozpoczynanie życia seksualnego, duża liczba partnerów seksualnych, choroby przenoszone drogą płciową, uzależnienia są szczególnie groźne dla płodności, kiedy dotyczą osób w młodym wieku. Za jedną z głównych przyczyn niepłodności uważa się odkładanie na później poczęcia dziecka. Obecnie dziecko jest oczekiwane w coraz krótszym okresie życia kobiety. Inicjacja seksualna ma miejsce coraz wcześniej a wiek kobiety, w którym chce urodzić swoje dziecko jest coraz późniejszy. Z biologicznego punktu widzenia nie jest to rozsądne. Częstość niepłodności u kobiet w wieku 30 – 34 lat wynosi 1 na 7, w wieku 40 – 44 lat 1 na 4. U dzieci starszych wiekiem kobiet częściej występują poronienia, martwe urodzenia i wady rozwojowe.

Planowanie urodzenia dziecka po 35. roku życia wydaje się dla wielu czymś normalnym, naturalnym wobec obecnego poziomu wiedzy i technologii medycznej. Stąd ogromne rozczarowanie kobiet i małżeństw, którym nie udaje się począć dziecka po kilku lub kilkunastu latach hamowania płodności przy pomocy antykoncepcji. Tylko krok do uznania, że istnieje prawo do posiadania dziecka. Jakie są granice zaspokajania takiego prawa? Czy obejmuje ono prawo do dziecka o określonej płci, kolorze włosów, podatności na choroby w przyszłości? Powoli, idąc

coraz dalej w zaspokojeniu kolejnego „prawa do...” dochodzimy do punktu, w którym ma miejsce karanie lekarzy, którzy poprzez niewykonanie w porę aborcji, niezastosowanie odpowiedniej antykoncepcji dopuścili do tzw. złego urodzenia.

Jak wspomnieliśmy, pojawiły się możliwości skuteczniejszej pomocy małżeństwom z zaburzeniami płodności. Umożliwia to postęp w zakresie rozpoznawania zaburzeń cyklu miesięczkowego, leczeniu farmakologicznym – w tym hormonalnym oraz operacyjnym. Natomiast często niedoceniane są możliwości zwyczajnej medycyny, niedoceniane są metody niespektakularne, nie budzące wątpliwości etycznych, zwłaszcza te uwzględniające naturalne rozpoznawanie płodności w diagnostyce i leczeniu. W efekcie brakuje dostępności do cierpliwego, przemyślanego i uporządkowanego leczenia.

Tymczasem dużą popularność zyskały metody sztucznego rozrodu, które umożliwiają urodzenie dziecka przez niepłodną matkę poprzez „obejście” nieprawidłowo funkcjonujących mechanizmów umożliwiających zapłodnienie. Zaczynają się od pobierania nasienia mężczyzny – męża lub dawcy – na drodze masturbacji i prób sztucznej inseminacji domacicznej, a kończą na produkowaniu i hodowli zarodków ludzkich w pożywce na szkle i ich mrożeniu w lodówkach. **Nie mają one nic wspólnego z leczeniem niepłodności. Po urodzeniu dziecka para małżeńska pozostaje niepłodna. Część lekarzy podchodzi do tych metod postępowania bezkrytycznie i pracuje się nad tym, by powstało przekonanie, że ich stosowanie jest powszechnie akceptowane.** Małżeństwa niepłodne, które nie akceptują metod sztucznego rozrodu są w coraz większym stopniu pozbawiane dostępu do metod leczenia, na które mogłyby wyrazić zgodę. Media tymczasem roztaczają perspektywę nieograniczonych niemal możliwości technologii związanej ze sztucznym rozrodem.

Ciemny rynek sztucznej reprodukcji

Na rynku usług medycznych w zakresie technik sztucznej reprodukcji, dla niepoznaki nazywanych jako metody leczenia niepłodności albo wspomaganej prokreacji, panują twarde prawa rynku, rywalizacja o pacjentki. Na Zachodzie ośrodki zajmujące się in vitro publikują na swoich stronach internetowych wyniki swojej aktywności, przede wszystkim odsetek ciąż uzyskanych po transferze zarodków. Mówi się i pisze, że w ten sposób leczy się niepłodność. A przecież para, która wychodzi z takiego miejsca z dzieckiem jest nadal niepłodna. Równie dobrze klinikami leczenia niepłodności można byłoby nazywać ośrodki adopcyjne.

Kwalifikuje się do zabiegu najchętniej młode pary, czasem już po pół roku nie zachodzenia w ciążę. U takich par zabieg IVF jest najbardziej skuteczny. Określa się je w sposób niezgodny z wiedzą medyczną jako „pary niepłodne”, co odbiera nadzieję i skłania do korzystania z ich propozycji.

Propozycje te połączone są z żądaniem za in vitro dużych honorariów. Zastanawia fakt, że żądane kwoty bardzo się różnią. Można mówić o zasadach wolnego rynku, ale trzeba też mówić o poczuciu przyzwoitości. Zleca się wiele, często niepotrzebnych badań laboratoryjnych. Wymaga się, by każde z nich było wykonane na miejscu, ale dziwnym zbiegiem okoliczności każde z nich kosztuje dużo więcej niż w innych laboratoriach. Dotyczy to również nawet prostych, podstawowych badań. Zakłada się, i słusznie, że niepłodna para skłonna jest zapłacić wiele za szansę urodzenia dziecka.

W sposób sztuczny zawiąza się podawaną częstość niepłodności, by uzasadnić potrzebę finansowania tych procedur ze środków publicznych. Okazuje się, że 10% płodnych małżeństw nie zachodzi w ciążę po 12 miesiącach współżycia a 5% po dwóch latach. Płodność u ludzi jest ograniczona. Miesięczny wskaźnik płodności u płodnej pary wynosi około 20%. Najczęściej mamy do czynienia nie z bezwzględną niepłodnością, ale z mniejszym lub większym ograniczeniem płodności. 30 – 50% par leczonych z powodu niepłodności ma dzieci, ale tylko u 1/3 z nich fakt ten należy łączyć z leczeniem. Podaje się też przesadnie alarmujące informacje o częstości niepłodności po 30. roku życia. Wzrost częstości niepłodności, o którym się mówi, może być pozorny i wynikać z częstszego rozpoznawania problemu „choroby niepłodności”. Nie znaleźliśmy natomiast w podrecz-

nikach ginekologii opublikowanych za granicą określenia niepłodności jako choroby. Jest to zbyt prostym uproszczeniem. WHO określa niepłodność jako jednostkę chorobową jedynie w tym sensie, jak to czyni względem ciąży. Jest to raczej **objaw** wielu chorób, dotyczących kobiety, mężczyzny lub obojga. Poczucie braku nadziei wypływające z etykiety „niepłodni” i upływającego czasu powoduje, że zwiększa się poziom stresu, który jest jednym z czynników zakłócających delikatne mechanizmy odpowiedzialne za płodność.

Nie informuje się kobiet wystarczająco wyraźnie o ryzyku dla jej zdrowia, jakie łączy się z procedurą IVF. Chodzi między innymi o tzw. zespół hiperstymulacji. Następuje on po podaniu leków hormonalnych w celu indukcji owulacji. Ciężki zespół występuje z częstością 23/1000 (Klenetti). Zdarzają się zgony kobiet w wyniku tego powikłania. Kobiety z zespołem hiperstymulacji wymagają czasem kosztownego i długotrwałego leczenia. Ośrodki wykonujące procedurę IVF nie czują się odpowiedzialne za leczenie tego powikłania. Pacjentki kierowane są do szpitali i leczone na koszt Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie można więc mówić, że NFZ nie finansuje postępowania określanego jako wspomagany rozród. Z ostatnich badań wynika, że technika IVF może też zwiększać częstość raka piersi, podobnie jak ma to miejsce w odniesieniu do hormonalnej antykoncepcji (Pappo).

Technika IVF łączy się ze zwiększoną częstością ciąż wielopłodowych, co z kolei przyczynia się do porodów przedwczesnych. Więcej ciąż wielopłodowych to więcej poronień samoistnych, cięć cesarskich, zgonów przed i pourodzeniowych. Oznacza to większe wydatki ponoszone przez rodziców i Narodowy Fundusz Zdrowia na utrzymanie przy życiu niedonoszonych i chorych dzieci, późniejsze ich leczenie i rehabilitację.

Po zapłodnieniu częściej dochodzi do poronienia samoistnego. Pojawiają się doniesienia o nieprawidłowym rozwoju dzieci po IVF (Kelly-Vance). Trudne warunki, w jakich organizm człowieka spędza pierwsze dni życia przy zastosowaniu tej techniki powodują powstanie nieprawidłowości rozwojowych, mogą wpłynąć na powstanie zaburzeń programowania genetycznego. Zaburzenia te, znane jako efekty epigenetyczne mogą być związane z powstaniem nowotworów i innych chorób u dziecka lub w późniejszym okresie życia. Dzieci poczęte przy pomocy technik IVF mają z reguły mniejszą wagę ciała przy urodzeniu. Badania dotyczące rozwoju dziecka poczętego w ten sposób są utrudnione. Kobiety, które urodziły dzieci poczęte przy po-

mocy tej technologii nie chcą ujawnienia tego faktu w dokumentach dziecka. Jest to przyczyną małej liczby badań porównujących rozwój dzieci poczętych w sposób naturalny i sztuczny. Trzeba też pamiętać, że większość tych ostatnich nie przekroczyła jeszcze piątego roku życia.

Pozory postępu

Pytania można mnożyć. Tymczasem skutecznie wykorzystuje się mit postępu, aby uspić czujność lub wygenerować akceptację wobec procedur polegających na uprzedmiotowieniu ludzi w dziedzinie prokreacji.

Niezgodnie z prawdą pisze się o tzw. klonowaniu terapeutycznym lub o możliwościach terapeutycznych, niosących korzyść dla „milionów”, wynikających z badań nad komórkami pochodzenia embrionalnego. **Żaden chory na świecie nie skorzystał jak do tej pory z szeroko omawianej możliwości tworzenia z zarodkowych komórek macierzystych zróżnicowanych komórek organizmu człowieka, które pomogłyby w leczeniu zawału serca czy choroby Parkinsona.** Ryzyko rozwoju nowotworu poprzez niekontrolowany rozrost komórek stało się zbyt duże. Informacje o sklonowaniu człowieka płynące z Korei Południowej, okazały się fałszerstwem profesora weterynarii, który zapragnął spróbować swoich sił w medycynie doświadczalnej.

W Wielkiej Brytanii uchwalono niedawno prawo, że będzie wolno tworzyć chimery, zarodki pół zwierzęce pół ludzkie i na razie będzie się je uśmiercać przed 14. dniem życia. Trudno wyobrazić sobie gorszą wiadomość dla ludzkości. Ludzie zajmujący się coraz nowymi formami sztucznego rozrodu, a w ślad za nimi instytucje upoważnione do tworzenia prawa, zatracili kontakt z rzeczywistością i z istotą człowieczeństwa. Nie widzą dla siebie żadnych ograniczeń, by otwarcie naruszać godność ludzkiej osoby. Widzimy, że postęp wiedzy i technologii – bez ram etycznych – przyniósł ogromne niebezpieczeństwo manipulacji życiem ludzkim zaraz po jego powstaniu.

Istota medycyny i sumienie lekarza

Można się zastanowić, czy medycyna jest nauką i praktycznym działaniem, której celem jest profilaktyka, promocja zdrowia i leczenie chorób, przynoszenie ulgi w cierpieniu, zapobieganie przedwczesnej śmierci, czy też jej zadaniem jest spełnianie wszelkich życzeń pacjentów, ich oczekiwań. Co należy zrobić,

jeżeli sumienie lekarza nie pozwala mu na wypełnienie danych życzeń? Medycyna nie jest neutralna moralnie i lekarza nie można wynająć do każdej roboty. Nie trafia to do przekonania wielu dyrektorów szpitali i przychodni, którzy nie uznają prawa lekarzy do bycia w zgodzie z sumieniem. Jest to szczególnie widoczne w ginekologii i położnictwie.

Polemika z „ekspertami” wytuczającymi kierunki sztucznego rozrodu

Sumienna medycyna może wymagać od nas niekiedy, niestety, polemiki z osobami o randze „ekspertów”. W styczniowym numerze fachowego czasopisma „Ginekologia Po Dyplomie” ukazało się stanowisko ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące „leczenia niepłodności metodami rozrodu wspomaganego medycznie”. Jego autorzy jednakże dochodzą do wniosków, jak ilustruję poniżej, z którymi nie można się zgodzić, których nie można pozostawić bez komentarza.

Jedną z zasad postępowania lekarskiego przez nikogo do tej pory nie kwestionowaną jest poprzedzenie leczenia, najlepiej przyczynowego, postępowaniem diagnostycznym w celu ustalenia rozpoznania choroby. Wyżej wymienieni eksperci proponują, by tę zasadę w odniesieniu do procedur wspomaganego rozrodu, między innymi in vitro, porzucić. Argumenty przytaczają dość zawile, pisząc że: „badanie przyczyn niepłodności, istotne w tzw. procesie diagnostyczno-leczniczym nie prowadzi do osiągnięcia podstawowego celu, jakim jest urodzenie zdrowego dziecka”. To oczywiście, natomiast jak można komuś proponować postępowanie medyczne bez diagnostyki? Porzucić zasadę, że leczenie powinno zawsze być wdrażane na podstawie rzetelnego rozpoznania choroby? Niepłodność małżeńska jest następstwem wielu różnych chorób kobiety lub mężczyzny. Ustalenie obecności tych chorób, stopnia ich zaawansowania w odniesieniu do męża jak i żony to podstawowe, obecne w każdym podręczniku ginekologii zadanie lekarza, którego niepłodna para poprosiła o pomoc. Według obecnie panującej praktyki lekarze ginekolodzy coraz częściej nie przeprowadzają koniecznej diagnostyki niepłodności, uważając ją za stratę czasu, ale szybko, po kilku miesiącach niezachodzenia w ciążę kierują na zabieg IVF albo sami go przeprowadzają. Autorzy „stanowiska” niechętni wspierają te praktyki. Powołują się przy tym na zasady „medycyny

opartej na dowodach”, które przy tej okazji podważają.

W innym miejscu tego „stanowiska” znani profesorowie ginekologii, kierownicy klinik, niektórzy prowadzący ośrodki zajmujące się in vitro, sformułowali tezę, że techniki sztucznej reprodukcji „mają zastosowanie w wielu przypadkach jako jedyne, które dają szansę na ciążę i poród”. Metody sztucznego rozrodu są z pewnością jedynymi, które polegają na sztucznym tworzeniu ludzkiego życia, dają laboratorium pełną kontrolę nad nowo poczętymi dziećmi. Natomiast dlaczego autorzy nie dostrzegają innych metod, które są obecne w nauce, podręcznikach, dlaczego chcą je wyeliminować z praktyki? Sugerowanie małżeństwom, że nie mają innych możliwości, by urodzić dziecko nie jest uczciwe, ale może być skuteczne, jeżeli weźmie się pod uwagę jakże ludzkie i ogromne pragnienie stania się rodzicami.

Metody postępowania w przypadkach niepłodności małżeńskiej, które uwzględniają zarówno diagnostykę jak i przyczynowe leczenie niepłodności i które nie polegają na „omijaniu” trudności w poczęciu dziecka (jak procedura IVF), są nadal przez wielu pacjentów poszukiwane. Są też stale udoskonalane, zwłaszcza w zakresie diagnostyki i hormonalnej korekty cyklu miesiączkowego oraz naprawczej chirurgii. Dotyczy to np. naprotechnologii. Eksperci PTG tego nie dostrzegają, forsując metody sztucznego rozrodu nie tylko jako dobre, ale jako jedyne.

Ostatnie zdanie w przytaczanym stanowisku zawiera stwierdzenie, że „każdy sposób leczenia, który prowadzi do urodzenia zdrowego dziecka powinien mieć zastosowanie i jako procedura medyczna być refundowany”. Czy jednak naprawdę możemy i powinniśmy proponować pacjentom wszystko, na co pozwala technologia? Czy takie podejście nie deprecjonuje kobiety, matki, i nie omija jej dobra i godności? W ostatnim okresie pojawiło się wiele pomysłów, które bardzo „urozmaicają” ofertę skierowaną do niepłodnych osób. Polegają one na użyczeniu komórek jajowych, udostępnianiu macicy do implantacji zarodka pochodzącego od innej kobiety. Mogą one nawet prowadzić do urodzenia zdrowego dziecka. Coś, co jest technicznie możliwe, jednak nie oznacza, że jest moralnie dopuszczalne. Pozostaje zawsze zasadnicze pytanie o godność rodziców, o godność dziecka w ten sposób poczętego. Nie powinna mylić się nam prokreacja dotycząca ludzkiej osoby z hodowlą a medycyna z weterynarią.

Regulacje prawne dla zagłuszenia wątpliwości?

Jesteśmy obecnie w Polsce w ważnym momencie dyskusji nad regulacjami prawnymi, związanymi z planowaną ratyfikacją przez Polskę Konwencji Bioetycznej dotyczącej statusu zarodka i procedur sztucznej reprodukcji. Wymaga ona od nas dużej trzeźwości patrzenia. Jedynym satysfakcjonującym, logicznym, wyjściem w tej sytuacji jawi się wyjście najprostsze: zakazanie sztucznego tworzenia ludzkiego życia, zakazanie użycia jakichkolwiek komórek lub tkanek w celu tworzenia nowych ludzi w ramach procedur technicznych. A tym bardziej zakazanie tworzenia ludzi z góry zaprogramowanych przez selekcję genetyczną, czy tworzenia zwierzęco-ludzkich hybryd.

Uchylenie drzwi i akceptacja metod sztucznego rozrodu przez prawo, nawet jeśli będzie to „w imię kontroli” przy zaprowadzeniu jakiegoś poziomu restrykcji wobec praktyk eugenicznych czy ilości tworzonych zarodków, spowoduje po prostu ich otwarcie na oścież w przyszłości. Najgorsze, że w majestacie „prawa”. Kliniki i zwolennicy in vitro zabiegają o regulacje prawne w zakresie sztucznego rozrodu nie tylko z uwagi na ewentualne dofinansowanie rządowe, ale po to, aby prawne usankcjonowanie – czy nałożenie jakiegoś poziomu restrykcji – wyciszyło głos sumienia, wyciszyło dezaprobatę społeczną, zagłuszyło rodzące się wątpliwości o tym, jak naruszana jest godność każdej osoby uczestniczącej w procedurach rozrodu, które propagują. Te osoby też wiedzą, że jakiegokolwiek restrykcje pozostaną w dużej mierze pustą literą, a przy tym stworzą pozory, że wszystko jest ucywilizowane, pod społeczną kontrolą i w ten sposób zwiększą ich wiarygodność w odbiorze społecznym. Czy temu powinno służyć prawo?

Nawet jeśli regulacje będą mniej czy bardziej restrykcyjne, zawsze będą niejaki „podpisaniem się” izb ustawodawczych pod nieludzkimi praktykami sztucznego tworzenia dzieci i przeniesieniem odpowiedzialności za te praktyki na coraz szersze grupy osób w momencie, gdy lekarze i zainteresowane małżeństwa zaczynają mieć wątpliwości, czy powinny dalej w tych procedurach uczestniczyć. Nawet „najostrzejsze” restrykcje w efekcie będą nie tyle nieskuteczne, ile będą tworzyły złudzenie, iż nieludzkie praktyki mogą ulegać „ucywilizowaniu” i będą zmierzały do celu zgoła odwrotnego od deklarowanego przez większość rządzących.

Ten mechanizm „prawnej zasłony dymnej” można zaobserwować w każdym państwie,

w którym dotychczas prawo regulujące procedury in vitro zostało wprowadzone. Najstarszy ze wszystkich parlamentów świata – w Wielkiej Brytanii – ostatnio niemalże jednogłośnie zezwolił na tworzenie zwierzęco-ludzkich hybryd w ślad za „przełomem” legislacyjnym, jakie podjął ustanawiając system licencji dla klinik in vitro 18 lat temu. W debacie brytyjskiej szczególnie silnie wybrzmiewało, jak większość posłów brytyjskich odnosiło się z deklarowaną „dumą” do regulacji sprzed lat otwierających drzwi tym procedurom i „przodującej” pozycji Anglii w tym zakresie. Z drugiej strony, we Włoszech – w Państwie o najbardziej restrykcyjnych regulacjach dotyczących rozrodu wspomaganego w Europie – w 2007 było zarejestrowanych aż 342 ośrodków prowadzących in vitro i rząd stale wspiera procedury rozrodu wspomaganego. Pomimo tego wiele osób wciąż ulega złudzeniu, że prawo włoskie – wraz z wprowadzeniem ustawy o wspomaganym rozrodzie w 2004 r. – już zmierzyło się z tym problemem w sposób satysfakcjonujący. Zasłona dymna okazuje się bardzo skuteczna.

Akt prawny regulujący procedury in vitro doprowadzi ponadto w efekcie do prawnego usankcjonowania zamrażania zarodków ludzkich a więc i ich niszczenia. Nie ma systemu trwałego przechowywania zarodków, wiadomo, że ich „wartość biologiczna” zmniejsza się wraz z czasem przebywania w stanie zamrożonym. Nie mogą wiecznie być przechowywane w lodówce. Próba sprawdzenia ich zdolności do życia, a więc rozmrożenie, to wydanie na nich wyroku śmierci. Nie można sprawdzić żywotności zarodka i ponownie go zamrozić. Nakaz przechowywania embrionów nie spowoduje zwolnienia procesu ich powolnego umierania w lodówce. Adopcja cudzego embrionu, jakkolwiek z punktu widzenia dobra dziecka może zasadna, nie rozwiąże problemu przechowywanych i niszczonej tysięcy zarodków. Co z godnością matek sprowadzanych w ten sposób – z akceptacją prawa – do obiektów rozplodowych? Co z diagnostyką preimplantacyjną? Jak sama nazwa wskazuje, dotyczy ona zarodków przed implantacją a nie gamet i byłaby rodzajem kontroli jakości na taśmie produkcyjnej dzieci związanej z odrzuceniem „wybrakowanego” egzemplarza.

Lepsze niż in vitro jest leczenie jako całościowy system, uwzględniający godność wszystkich uczestników.

Opracowywane i wdrażane do praktyki innowacje przede wszystkim nie powinny budzić wątpliwości etycznych. Poczęcie osoby ludzkiej nie powinno być aktem techniki ani produktem technicznym. Jak ostatnio powtórzył papież Benedykt XVI: „Żadne zdobywcze

techniki nie zastąpią aktu wymiany miłości dwojga małżonków, będącego znakiem większej tajemnicy, która czyni ich protagonistami i współuczestnikami dzieła stworzenia”.

Postawmy więc pytanie, co zamiast in vitro?

Przede wszystkim działania mające na celu zmniejszenie częstości niepełności. Wpływanie na miejsce rodzenia dziecka i rodziny w systemie wartości, wprowadzenie nowych przepisów prawnych, bodźców ekonomicznych ułatwiających wcześniejsze decyzje o poczęciu dziecka czy większej liczbie dzieci w rodzinie, to działania konieczne i możliwe. Bardzo istotne jest oddziaływanie na młode pokolenie. Późniejsza inicjacja seksualna, monogamia, unikanie niszczących płodność chorób przenoszonych drogą płciową, papierosów, alkoholu w młodym wieku i później pozwoliłyby zmniejszyć częstość zaburzeń płodności w przyszłości. Należałoby poprosić Ministerstwo Zdrowia, by wśród programów zdrowotnych odnoszących się do prokreacji był finansowany chociaż jeden dotyczący pierwotnej profilaktyki zaburzeń płodności.

Trzeba czynić wysiłki, by dotrzeć do młodych ludzi z informacją, że nie jest rozsądne odkładanie bez istotnej przyczyny poczęcia dziecka na późniejsze lata życia, wydawanie pieniędzy najpierw na unikanie ciąży, kiedy ona jest najłatwiejsza do osiągnięcia, by potem, po 35. lub 40. roku życia w sytuacji paniki, żalu, poczucia krzywdy poddawać się kosztownym, bolesnym procedurom, których celem jest tworzenie poza organizmem matki nowych istot ludzkich, spędzających pierwsze dni życia w szklanym naczyniu. Badania dotyczące konsekwencji wyboru czasu zostania rodzicami wykazały, że zbyt długie odkładanie decyzji o macierzyństwie może negatywnie wpłynąć na karierę zawodową. Wcześniejsze urodzenie dziecka może być lepszym rozwiązaniem w perspektywie długofalowej niż późniejsze rezygnowanie z ustalonej pozycji zawodowej (Keenney).

A co robić, kiedy dojdzie do pojawienia się zaburzeń płodności? Przede wszystkim personel medyczny powinien wesprzeć małżeństwo z tego rodzaju problemami. Okazało autentyczne zainteresowanie, podejść do nich z szacunkiem, cierpliwością i miłością. Poradzić, by nie dali sobie za wcześniej przypięć znaczka „niepełni”, by uzyskać powód do skierowania do jednej z „klinik” zajmujących się sztucznym rozrodem. Poczekać. Podać ocenie cykl miesięczny, owulację,

płodność męża, sprawdzić drożność jajowodów. Na szczegółową ocenę cyklu miesięcznego, analizę oznak i objawów płodności nie przeznaczają się obecnie zbyt dużo czasu w poradniach ginekologicznych. Pyta się kobiety o charakter miesiączek, ale niekoniecznie o objawy owulacji (pomiar temperatury ciała, objaw śluzu). Tymczasem te dane są kluczowe, aby w sposób odpowiedzialny zajmując się leczeniem wykrytych nieprawidłowości.

Nowe szanse dla małżeństw z zaburzeniami płodności łączą się z upowszechnieniem modelu naprotechnologii. Zakłada się w nim uporządkowany, systematyczny sposób rozpoznawania i później leczenia schorzeń ginekologicznych, w tym zaburzeń płodności bez stosowania środków i metod antykoncepcyjnych i technik sztucznej reprodukcji. Zachowane, uszanowane zatem zostaje to, co najcenniejsze – kontekst miłości ludzkiej. Wykorzystuje się przy tym aktualną, nowoczesną wiedzę w zakresie endokrynologii, chirurgii ginekologicznej, naturalnego rozpoznawania płodności. Ważne jest opanowanie stresu i wsparcie duchowe. Zaczyna się od dokładnych obserwacji cyklu pod okiem instruktora, potem prowadzi się badania diagnostyczne przy pomocy dostępnych, nowoczesnych metod. Jeżeli to konieczne, wdrażane jest leczenie i jego monitorowanie. Wymaga to czasu i cierpliwości, ale przynosi dobre rezultaty.

Propozycja takiego postępowania powinna spotkać się z zainteresowaniem społecznym. To zainteresowanie już widać. Uruchomione zostało szkolenie lekarzy i innych osób w kraju i za granicą. Porównanie metod stosowanych w ostatnim czasie z prawdziwym, przyczynowym leczeniem niepełności i jej profilaktyką może dostarczyć interesujących wniosków. Z jednej strony medycyna oparta na naturalnych mechanizmach, leżących u podstaw naszego zdrowia, a z drugiej najpierw wieloletnie ubezpłodnienie w ramach „kontroli urodzin”, potem badanie nasienia na drodze zleconej masturbacji, sztuczna inseminacja i lodówki pełne zamrożonych ludzi...

Primum non nocere – najpierw etyka – a sytuacja w Polsce

Polska już nieraz musiała odierać „kulturkampf” (G. Górny), więc mamy nadzieję, i chcemy działać w tym kierunku, aby w Polsce funkcjonowała zdrowa medycyna prokreacyjna, np. naprotechnologia, i zaniechane zostały plany objęcia sztucznej produkcji ludzi prawną „zasłoną dymną”. Ufamy, że jasny,

jednolity głos ze strony ludzi sumienia broniących godności każdego człowieka i godności ludzkiej prokreacji sprawi, że rzeczy gruntownie nieetyczne, które nie powinny mieć miejsca ani w medycynie, ani w społeczeństwie, Polska nie będzie już chciała otaczać uznaniem ustawowym.

Oskarża się nasz kraj, że prawo w nim jest w odniesieniu do spraw łączących się z obroną życia zbyt restrykcyjne. Rada Europy nalega na liberalizację prawa dotyczącego aborcji. Oczekiwane przez Unię zmiany tego prawa oznaczałyby ofiary ze strony dzieci, dla których tzw. liberalizacja przepisów oznaczałaby ich faktyczne zaostrożenie, mniejszą szansę przeżycia przed urodzeniem. Ich godność i prawo do życia jest takie samo, jak nasze, ludzi dorosłych. Godność człowieka i prawo do życia łączą się też z planowanymi regulacjami prawnymi dotyczącymi in vitro. **Poszanowanie dla godności macierzyństwa też wymaga ochrony życia, zdrowia i godności dzieci traktowanych jako dar a nie przedmiot zamówienia, jak w przypadku sztucznej reprodukcji, a kiedy**

indziej jako niepożądane następstwo kontaktu seksualnego, określane jako „wpadka”. A prawo – jak pokazuje nasza historia – jeśli ma być ludzkie – nigdy nie może stać przed etyką ani zastępować sumienia.

(skrót tekstu przygotowanego na pielgrzymkę lekarzy katolickich na Jasną Górę, czerwiec 2008, opublikowaną w całości na łamach pisma „Życie i Płodność”)

Piśmiennictwo:

¹ M. Troszyński, *Maternal Mortality w: Women's reproductive health in Poland 2006*, K.T. Niemiec (red). Czelej, Lublin, 2007, str. 101 – 105

² M. Troszyński, op. cit., str. 106 – 114.

³ W. Gubała, *Sztuczna prokreacja – ocena moralna*. Wyd. Fundacja dla Rodziny, Warszawa, 2000

⁴ R. L. Keeney, *Vernik D.A. Analysis of the Biological Clock Decisions*. Dec. Anal., 2007, 4 (7), 114 – 135

⁵ L. Kelly – Vance i wsp., *Assisted reproduction versus spontaneous conception; a comparison of the developmental outcomes in*

twins. J. Genet. Psychol., 2004, 165 (2), 157 – 167

⁶ R. Klemetti i wsp., *Complications of IVF and ovulation induction*. Human Reprod., 2005, 20 (12), 3293 – 3300

⁷ I. Pappo i wsp., *The possible association between IVF and breast cancer incidence*. Ann. Surg. Oncol., 2008, 15, 1048 – 1055

⁸ G. Górny, *Kto zdobędzie nowożytną areopagi?* <http://www.rp.pl/arttykul/132246.html>

⁹ Stanowisko ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie leczenia niepłodności metodami rozrodu wspomaganego medycznie. *Gin. Po Dyplomie*. Wydanie specjalne, luty 2008,

¹⁰ T. W. Hilgers, *The medical and surgical practice of Na Pro Technology*. Pope Paul VI Institute Press. Omaha, Nebraska, 2004

¹¹ M. Szamatowicz, *Niepłodność – czy można niewłaściwie diagnozować i nieskutecznie leczyć?* w: M. Spaczyński (red.), *Postępy w ginekologii i położnictwie*. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Poznań, 2006, str. 343 – 350

William Colliton, profesor ginekologii i położnictwa, G. Washington University, Medical Center USA

Zapłodnienie in vitro (IVF)

Historia

W latach 60. Robert Edwards prowadził doświadczenia z komórkami jajowymi pobranymi chirurgicznie, próbując zapłodnić komórkę w probówce (in vitro). Odnosił sukces w roku 1967. Patrick Steptoe (ginekolog z Wielkiej Brytanii) opracował nową metodę chirurgiczną, zwaną laparoskopią, która pozwalała na dostanie się do narządów miednicy poprzez niewielkie nacięcia. Steptoe i Edwards połączyli siły w roku 1971. W tym czasie nie używano jeszcze hormonów do stymulacji owulacji. Od połowy lat 70. naukowcy prowadzili eksperymenty z przeniesieniem embrionu do macicy, co najpierw spowodowało uzyskanie ciąży pozamacicznej w roku 1976, potem w 1978 r. narodziła się Louise Brown – pierwsze dziecko z probówki.

Następny okres w rozwoju techniki in vitro to hiperstymulacja jajników i zapładnianie wielu komórek jednocześnie, co zwiększyło ilość udanych ciąż. Z tego wynikała konieczność zamrażania embrionów. Ta technika jest używana do dziś. Szacuje się, że tylko w Stanach Zjednoczonych zamrożonych jest między 200 000

a 1 milion embrionów. Lata 80. to ulepszenie warunków zamrażania embrionów i oceny embriologicznej zygoty, a także bezpieczniejszy proces pobierania komórki jajowej (poprzez nakłucie przez pochwę). W latach 90. Wprowadzono ICSI (intracytoplasmic sperm injection), czyli wstrzykiwanie plemników bezpośrednio do cytoplazmy komórki jajowej, ważne w pewnych przypadkach niepłodności męskiej. Pierwsze dziecko poczęte przy pomocy tej techniki urodziło się w 1992 roku. W roku 1996 co najmniej 20 659 dzieci zostało poczętych in vitro, 8% z użyciem komórek jajowych kobiety-dawcy spoza małżeństwa, co daje 1600 narodzin w wyniku „technicznego cudzołóstwa”.

Etapy procesu in vitro

1. Stymulacja owulacji – 20% niepowodzeń.
2. Pobranie komórki jajowej, dziś związane z mniejszym ryzykiem, bo przeprowadzane bez znieczulenia ogólnego.
3. Pobranie nasienia – mąż (lub partner) w dniu pobrania komórki jajowej dostarcza (za po-

mocą masturbacji) nasienie, z którego wybiera się najzdrowsze plemniki.

4. Zapłodnienie – do każdej komórki jajowej umieszczonej na pożywce w inkubatorze dodaje się 50 000 – 100 000 najbardziej ruchliwych plemników. Proces udany w 60–80 procentach.

5. Przeniesienie embrionu do macicy – najtrudniejszy etap – przenosi się 3–4 embriony, co powoduje możliwość ciąży wielopłodowej. Ośrodki zajmujące się zapłodnieniami in vitro zwiększają ilość przenoszonych embrionów w celu poprawienia danych statystycznych o uzyskanych wynikach.

Ostatnie lata przyniosły poprawę techniki przechowywania embrionów do użycia w przyszłości. Obniża to koszty (nie trzeba powtarzać całego cyklu), a także stwarza możliwość wybrania w cyklu miesięcznym kobiety najlepszego momentu na przeniesienie embrionu. **Jednak tylko 50% embrionów przeżywa rozmrażanie, a z tych, które przeżyją jedynie mniej niż 20% rozwija się w udanej ciąży.** Stres emocjonalny towarzyszący dwóm tygo-

dniom po przeniesieniu jest olbrzymi, monitoruje się również ściśle poziomy hormonów kobiety, czy nie należy podać progesteronu czy gonadotropiny. Po dwóch tygodniach wykonuje się test ciążyowy. Nawet jeśli jest pozytywny, to i tak ryzyko poronienia wynosi 15–20% (więcej gdy kobieta ma ponad 40 lat), zaś ciąży pozamacicznej – 5% (dużo wyższe niż przy normalnym zapłodnieniu). Dwa tygodnie potem wykonywana jest ultrasonografia, aby stwierdzić, czy dziecku bije serce a także ile płodów się rozwija. Przeprowadza się również badania, aby stwierdzić, czy dziecko nie ma wad genetycznych, które to badania często wykonuje się też w ciąży poczętej w normalny sposób. Po udanym przeniesieniu nawet w najlepszych klinikach szansa na urodzenie dziecka jest nie większa niż 30–33%. Ze wszystkich par, które poddały się procesowi, jedynie 15–20% zostanie rodzicami.

Badania genetyczne

CVS (chorionic villus sampling) pozwala na wykrycie wad genetycznych w pierwszym trymestrze ciąży, ale ryzyko poronienia jest większe niż przy amniocentezie, która jest wykonywana w 14–18 tygodniu. Na wynik czeka się około 4 tygodnie, a więc otrzymuje się wynik z 18–22 tygodniu ciąży.

W ostatnim dziesięcioleciu wprowadzono PGD (Preimplantation Genetic Diagnosis), aby uniknąć przekazywania dzieciom wad genetycznych rodziców. Jest to proces dwuetapowy, najpierw tworzy się in vitro embriony, a następnie bada się je np. ze względu na płeć – w przypadku wad genetycznych sprzężonych z płcią. Embriony odpowiedniej płci przenosi się do macicy matki, a reszta istot ludzkich jest niszczona.

Zapłodnienie in vitro jako biznes

Według RESOLVE (The National Infertility Association) średni koszt cyklu IVF wynosi 15–20 tysięcy dolarów, a więc dochód z IVF w 1999 roku wynosił 1,3 miliarda. Jedynie niewielka liczba klinik, które oferują IVF ma rzeczywiste osiągnięcia. Koszt dla pary poddającej się IVF jest bardzo wysoki: zarówno finansowy jak i emocjonalny. Bezpłodna para może wydać dziesiątki tysięcy dolarów (lub więcej), być traktowana jak towar w fabryce, przeżyć tygodnie w stresie oraz niepewności i nadal nie mieć upragnionego potomka.

W 1999 roku stwierdzono – na podstawie danych z 370 klinik – że na 86 882 cykli (prób zapłodnienia) było 21 501 urodzin żywych dzieci, co stanowi 24,7% udanych ciąży (...).

Dane z literatury medycznej

Opublikowano materiały z 11 ośrodków IVF w pięciu krajach (Mark I. Evans i inni). Dotyczą one głównie problemu „redukcji” liczby płodów w przypadku ciąży wielopłodowej, będącej wynikiem zbyt agresywnego leczenia niepłodności. Autorzy stwierdzają, że ograniczenie częstości ciąży wielopłodowych w ostatnim dziesięcioleciu zostało usprawnione i obecnie zmniejszenie liczby płodów z trzech czy czterech do dwóch, ma takie same szanse na normalny przebieg ciąży jak normalna ciąża bliźniacza. Należy sobie uświadomić, że ci lekarze mówią o 3513 przypadkach – ilość niewinnych dzieci zabitych w czasie tej procedury medycznej musi przekraczać 7000. Autorzy dalej stwierdzają, że ograniczenie częstości ciąży wielopłodowych stało się szeroko stosowanym sposobem radzenia sobie z „ubocznymi” skutkami leczenia bezpłodności, gdyż obecnie mamy dokładne dane pozwalające nam ocenić korzyści i ryzyko związane z redukcją liczby płodów, a także wiemy, że ryzyko komplikacji ciąży rośnie przy ciążach wielopłodowych. Wcześniej dzieci były zabijane za pomocą wstrzykiwania im chlorku potasu do tchawicy poprzez nakłucie przez ścianę brzucha. Później wstrzykiwano chlorek potasu dostając się poprzez pochwę i szyjkę macicy. Autorzy dodają, że ryzyko poronienia nie jest jedynym problemem, także ilość przedwczesnych porodów łączy się z początkową liczbą płodów. Niepokojące są też dane na temat procentu niskiej wagi urodzeniowej u dzieci z pojedynczych ciąży, a także o różnicy masy bliźniaków. Dane te potwierdzają przypuszczenie, że być może mamy do czynienia z „zaprogramowaną” liczbą płodów w macicy, która nie ulega zmianie po redukcji ich rzeczywistej liczby.

Stanowisko lekarzy wobec IVF

W artykule „Problemy etyczne i techniczne związane z ciążą wielopłodową” (What Are the Ethical and Technical Problems Associated with Multifetal Pregnancy), autorzy definiują różnicę między redukcją liczby płodów a selektywną eliminacją. Selektywna eliminacja (selective termination ST) oznacza usuwanie płodów z wadami; redukcja liczby płodów (multifetal pregnancy reduction MFPR) oznacza usuwanie płodów w celu redukcji ich liczby. Autorzy kontynuują, że w przypadku MFPR często wskazane jest badanie genetyczne płodów ze względu na wiek matki. Niektóre ośrodki propagują badania poprzedzające redukcję liczby płodów, a inne – badania przeprowadzane

w terminie późniejszym. Badanie przed pozwala na rozpoznanie płodów z wadą genetyczną i usunięcie „wadliwych”, a pozostawienie płodów zdrowych. Praktykę redukcji liczby płodów wprowadzono w latach 80., aby w sytuacji, kiedy jest bardzo dużo płodów nie mających szans na przeżycie (np. ośmioraczki), redukcja ratowała przynajmniej część dzieci, czyli była to sytuacja typu „życie albo śmierć”. Teraz jest to kwestia „jakości życia” (quality of life): rodzice decydują, ile dzieci ma się urodzić. Następnie autorzy artykułu poruszają kwestię etyczną. Ze względu na to, że proces redukcji stał się relatywnie bezpieczny dla matki i pozostawionych przy życiu płodów, można go stosować w większej ilości przypadków, co daje rodzicom możliwość decydowania o liczbie dzieci. Niektórzy argumentują, że nie ma wielkiej różnicy między redukcją trojczków do jednego, a redukcją jednego do zera przez aborcję.

Ostatnie pytanie, jakie autorzy zadają dotyczy zagadnienia, czy można uniknąć wielopłodowych ciąży, będących ubocznym skutkiem działań, nazywanych niezgodnie z prawdą (przyp. tłum.) „leczeniem bezpłodności”. W odpowiedzi stwierdzają, że można w dwojaki sposób podejść do tego problemu. Po pierwsze, w tak rozumianym leczeniu bezpłodności można uznać za niemoralną każdą interwencję techniczną. W 1987 roku Watykan ogłosił, że wszelka interwencja techniczna – taka jak zapłodnienie in vitro lub sztuczne zapłodnienie – jest niemoralna, ponieważ następuje rozdzielenie prokreacji od aktu seksualnego małżonków. Można też starać się o postęp w medycynie. Większość ciąży wielopłodowych jest wynikiem interwencji medycznych, które być może da się w przyszłości wyeliminować. Należy uznać zmniejszanie liczby płodów jako rozwiązanie czasowe, dopóki nie osiągnie się lepszych wyników w IVF, kiedy możliwe będzie używanie do zapłodnienia tylko zaplanowanej liczby płodów – stwierdza ją autorzy artykułu.

Eksperymenty na embrionach ludzkich

Ponieważ ubocznym skutkiem agresywnego podejścia do IVF są ciąża wielopłodowe, zatem istnieje olbrzymi nacisk, aby rozpoznawać embriony „wysokiej jakości”, które mają większą szansę na udane zapłodnienie. To doprowadziło do intensywnych badań nad embrionami. Wszystko to prowadzi do kontroli ich jakości. Howard W. Joned, M.D. (Eastern Virginia Medical School) w artykule „Bliźniaki czy więcej” („Twins or More”) w 1995 roku napisał, że jeżeli kobieta

poddaje się IVF i ma mieć trojaczki lub więcej dzieci, powinno się stosować selektywną redukcję liczby zarodków, aby uniknąć „społecznych konsekwencji”, wliczając w to obciążenie społeczeństwa np. żądaniem opieki społecznej. Lepiej uniknąć problemu przez przenoszenie do macicy ustalonej liczby starannie dobranych zarodków – kandydatów, po 48 do 72-godzinnej obserwacji. Reszta embrionów zostanie wyeliminowana (zabita) lub zamrożona. Jones cytuje zdanie Komitetu ds. Etyki Amerykańskiego Społeczeństwa (Ethics Committee of the American Society), który stwierdza, że celem IVF jest uzyskanie maksymalnej liczby udanych zapłodnień z ograniczeniem ciąży wielopłodowych. Komitet potępia praktykę przenoszenia zbyt dużej liczby zarodków, z zamiarem późniejszego zredukowania ich nadmiernej liczby. Ostatnio odkryte wyznaczniki zdrowia i potencjału rozwojowego zygoty ludzkiej powstałej in vitro, jest w fazie 2-komórkowej zdolność szybkich, dalszych podziałów („Assessment of early cleaving in vitro fertilized human embryos at the 2-cell stage before transfer improves embryo selection”) i konsumpcja glukozy („noninvasive assessment of human embryo nutrient consumption as a measure of development potential”), a także wielkość i kształt komórek. Miara masy komórek (IMC innet cell mass) jest wskaźnikiem potencjału blastocytu do udanego przeniesienia. Blastocyty z większym IMC oraz o owalnym kształcie mają większą szansę na udane przeniesienie. Obecnie zwiększyła się ilość udanych zagnieżdżeń przy przeniesieniu zamrożonych uprzednio embrionów, dzięki możliwości laserowego usuwania nieżywych komórek.

Wszystkie te informacje pochodzą z eksperymentów, które nie mają na celu leczenia zarodka jako pacjenta, wręcz przeciwnie, zmierzają do jego unicestwienia, są więc według nauczania Kościoła niegodziwe.

Doniesienia z mediów

1995 Ob. Gyn. News, 1–14 grudnia, str. 20 – artykuł o emocjonalnym stresie pacjentek poddających się IVF, które opisują poczucie braku kontroli nad swoim ciałem, emocjami i przyszłością („In Vitro Process Held Emotional Strain”).

1988 Ob. Gyn. News, 15–31 lipca – artykuł o dochodzeniu Kongresu USA w sprawie raportu wykazywał, że większość klinik oferujących IVF nie uzyskała ani jednego urodzonego dziecka i nawet najlepsze mają bardzo niski procent

sukcesów („Clinics Being Scrutinized by Congress”).

1988 *Ethics&Medics*, Vol. 13, No 7 – Donald T. DeMarco Ph. D. napisał, że medycyna skupia się na badaniach IVF, przez co zaniedbuje inne dzieci, które służyłyby całemu społeczeństwu. IVF ze względu na koszty dostępne jest tylko dla bogatych – podkreśla.

1990 JAMA, 9 maja – artykuł opisujący przypadek, kiedy państwo Davis skorzystali z zapłodnienia in vitro, które nie ukończyło się ciążą, ale w klinice w Knoxville pozostało 7 zamrożonych embrionów. Później państwo Davis się rozwiedli, a pani Davis chciała mieć dziecko za pomocą IVF, wykorzystując zamrożone embriony. Pan Davis na to się nie zgadzał, gdyż nie chciał mieć dzieci. Sąd uznał, że życie ludzkie zaczyna się od momentu zapłodnienia i przyznał pani Davis opiekę nad embrionami, aby mogła starać się zająć w ciążę. Ze względu na takie przypadki Rada Powierników AMA (American Medical Association) proponuje, aby decyzja o losie pre-embryonów należała do dawców gamet, którzy muszą ustalić między sobą ich losy (zamrożone pre-embryony mogą być użyte przez dawców, darowane na użytek innych osób, przekazane do doświadczeń lub zniszczone).

1992 *The New York Times*, 15 marca – artykuł opisujący, jak dr Cecil B. Jacobson, specjalista od leczenia bezpłodności, zapładniał pacjentki swoim własnym nasieniem („Parents Recall Ordeal of Prosecuting in Artificial-Insemination Fraud Case”).

1995 Ob. Gyn. News, styczeń – artykuł stwierdzający systematyczny wzrost ciąży wielopłodowych przy technice IVF (od 24% w latach 1986–89 do prawie 50% w 1992–93).

1994 *New England Journal of Medicine* – artykuł podający koszty IVF: 67 000 dolarów, jeśli dziecko poczęte jest przy pierwszej próbie, a do 115 000 dolarów przy 6 próbach. Jeżeli kobieta ma ponad 40 lat, a mężczyzna wytwarza małą ilość plemników, koszt wynoszą od 160 000 do 800 000 dolarów.

1995 *The New York Time International*, czerwiec – artykuł opisujący narodziny u holenderskiej pary w wyniku techniki in vitro bliźniąt, z których jedno było rasy białej, drugie rasy czarnej. Oboje rodzice są rasy białej.

1995 *The Washington Post*, lipiec – artykuł o pomyleniu zapłodnionych jaj z Center for Reproductive Health, w wyniku czego w przynajmniej w 30 przypadkach pary poddające się IVF zostały rodzicami cudzych dzieci. Klinika została zamknięta.

1995 *The Metropolitan Spirit*, lipiec – artykuł informujący, że Medical College w Geo-

rgii rozpoczął akcję pobierania komórek jajowych. Młode zdrowe kobiety z regularnym cyklem miesięcznym mogły się zgłaszać na ochotnika, by (po otrzymaniu 1500 dolarów) zostać poddane działaniu hormonów w celu uzyskania większej ilości komórek jajowych podczas owulacji, które to komórki zostaną następnie od nich pobrane.

1996 *Contemporary Ob. /Gyn* – artykuł mówiący o możliwościach zajścia w ciążę kobiet po klimakterium, przy użyciu komórek jajowych dawcy oraz terapii hormonalnej („Oocyte donation and pregnancy outcome in menopausal women”).

1997 *The Washington Post*, wrzesień – artykuł o prawnych problemach związanych z IVF. Luanne i John Buzzanca nie mogli mieć dzieci (obydwoje byli bezpłodni), postanowili więc mieć dziecko poprzez matkę zastępczą używając gamet dawców. Po urodzeniu dziecka p. Buzzanca zwróciła się do sądu o wyznaczenie alimentów na dziecko od pana Buzzanca. Sąd uznał, że alimenty nie przysługują, ponieważ formalnie nie jest on ojcem dziecka. W świetle prawa Kalifornii, ojcostwo jest uznane, gdy dziecko jest urodzone w trakcie małżeństwa, ojciec jest biologicznym ojcem lub dziecko zostało adoptowane w trakcie trwania małżeństwa.

2002 EWIN News, 10 lutego – opis doniesień kanadyjskiej prasy o kobietach, które rodzą dzieci a następnie sprzedają je bezpłodnym parom. W Manitoba kobieta zgodziła się na zapłodnienie nasieniem mężczyzny, którego żona była bezpłodna i oddanie dziecka za opłatą.

2002 *The Washington Post*, artykuł o adopcji embrionów. W tej chwili adopcja embrionów jest wyjściem dla bezpłodnych par, w szczególności tych, które nie mogą sobie pozwolić na więcej prób zapłodnienia własnymi. W klinikach IVF znajdują się setki tysięcy zamrożonych embrionów. Kościół katolicki nie wypowiedział się jeszcze oficjalnie na temat moralnej oceny adopcji embrionów w celu ich ratowania.

Podsumowanie

Wskaźniki naszych czasów: 1970 r. – 10,7% urodzin poza małżeństwem, 1995 r. – 32,2%, w tym wzrost urodzeń u par lesbijskich. W 1996 r. 46% kobiet przerywających ciążę robiło to co najmniej drugi raz. Wzrost liczby rozwodów prawie do 50% par. Od czasu zalegalizowania aborcji zostało w USA zabitych ponad 40 milionów dzieci.

Naruszenie godności dziecka przez biotechnologię

Żyjemy w czasach, kiedy zasób globalnej wiedzy ludzi w skali światowej podwaja się w ciągu około 30-tu lat. Jest to jeden z elementów procesu przyspieszenia historii. Psychika ludzka nie nadąża za takim przyspieszeniem.

Współczesna biotechnologia pozwala wpływać w bardzo istotny sposób na procesy poczęcia i rozwoju istot bez seksualizmu oraz na seksualizm bez prokreacji.

Prokreacja bywa traktowana jak wytwarzanie produktu na zamówienie – wytwarzany w ten sposób człowiek jest traktowany jak własność z wszystkimi konsekwencjami wynikającymi z takiego tytułu własności. Takie przedmiotowe traktowanie ludzi przez ludzi jest nową formą niewolnictwa. Właścicielami niewolników są ludzie dorośli, a niewolnikami dzieci, a więc istoty słabsze. Wobec tych słabszych nie stosuje się zasad zawartych w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Deklaracji Genewskiej, Deklaracji Helsińskiej i Tokijskiej, Kodeksach Etyki Lekarskiej, Europejskiej Konwencji Bioetycznej i w innych dokumentach.

Wyrażam obawę, że taka tendencja może prowadzić do samounicestwienia gatunku ludzkiego – choć wierzę, że tak się nie stanie.

Szeroko stosowaną biotechnologię z zakresu prokreacji jest tzw. zapłodnienie „in vitro”, nazwane także medycznie wspomaganą prokreacją. **Zamierzam wykazać, że ludzie poczęci „in vitro” są dyskryminowani od początku swego istnienia i że powodem tego stanu jest sam fakt tego poczęcia. Wspomniane przeze mnie na wstępie dokumenty, a zwłaszcza Deklaracja Helsińska i Tokijska (a także zasady Good Clinical Practice – GCP) stanowią, że niezbędnym warunkiem poddania człowieka eksperymentowi biomedycznemu jest wyrażenie przez niego świadomej zgody, po uzyskaniu zrozumiałej dla niego informacji o eksperymencie. Człowiek taki może cofać się z udziału w eksperymencie w każdym momencie jego trwania.**

Proces zapłodnienia poza narządem rodny kobiety dokonuje się w warunkach nieekologicznych, bo nie można sztucznie odtworzyć warunków „in vivo”. Tak więc proces utworzenia biologicznej konstytucji nowego czło-

wieka – jego DNA powstającego w połowie z DNA matki, a w połowie z DNA ojca, dokonuje się w warunkach nienaturalnych. Najszybszy rozwój człowieka, w początkowym okresie życia, kiedy zapis tej biologicznej konstytucji szczególnie intensywnie przekształca się w strukturę ciała, również ma miejsce w warunkach nienaturalnych. Nie wiem, czy jest to szkodliwe dla nowej istoty ludzkiej. Może nie, a może tak. Jednak podejmujemy ryzyko w cudzym imieniu. Odpowiedź na pytanie, czy taka procedura jest szkodliwa, uzyskamy, kiedy statystycznie znamienna liczba poczętych „in vitro” ludzi, będzie poddana obserwacji do czasu naturalnej śmierci i kiedy ta obserwacja wykaże, czy ludzie ci różnią się od pozostałej populacji. (Obserwacja taka jest trudna, bo ludzie poczęci „in vitro” powinni być o badaniu poinformowani i zgodzić się na wzięcie w nim udziału. Obawiam się, że staranne przeprowadzenie badania jest niewykonalne).

Ludzie poczęci „in vitro” nie mogli wyrazić zgody na udział w eksperymencie, bo nie istnieli w czasie podejmowania decyzji, a skoro poczęcie „in vitro” raz się dokonało, to tak wytworzony człowiek nie może od udziału w eksperymencie odstąpić.

Wszystko rozgrywa się poza zainteresowanym, którego nikt nie pyta o zdanie. Jest to ewidentne naruszenie Deklaracji Helsińskiej i Tokijskiej. Oczywiście, z tych samych powodów eksperymentowanie na ludzkich embrionach winno być zakazane.

Procedura zapłodnienia „in vitro” narusza godność człowieka nie tylko przez przymusowy udział w eksperymencie.

W czasie tej procedury stosuje się:

- stymulację hormonalną matki, która nie jest obojętna dla jej zdrowia i dla przebiegu ciąży;
 - selekcję ludzkich embrionów według kryteriów hodowlanych zastosowanych do istot ludzkich;
 - zamrożenie „nadliczbowych” embrionów i utrzymanie tych żywych istot w stanie życia niejako „zawieszonoego”, a potem ewentualne unicestwienie;
 - „redukcję liczby ciąży” polegającą na zabijaniu tzw. płodów nadliczbowych w przypadku wynikłej z zapłodnienia „in vitro” ciąży mnogiej.
- Dziecka narodzonego z zapłodnienia „in

vitro” nie informuje się o jego rodzicach biologicznych – co ewidentnie narusza prawa dziecka.

Mógłbym mnożyć nierozwiązywalne problemy etyczne, których ludzie nie chcą dostrzegać. Postuluję więc, aby do Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka dopisać stwierdzenie, że człowiek ma prawo do poczęcia w narządzie rodny jego matki.

Szczególnym naruszeniem praw dziecka jest klonowanie ludzi. Wyjaśniam, że wytworzona w drodze klonowania owieczka Dolly, miała w momencie urodzenia wiek biologiczny swojej matki. Oczywiście, nie wolno wytwarzać ludzi z takim defektem. Rada Europy w protokole dodatkowym do Konwencji Bioetycznej zakazała klonowania ludzi. Jednak Brytyjski Parlament dopuścił tzw. niereprodukcyjne klonowanie ludzi dla celów terapeutycznych. Przyjęcie takiego prawa wymagało uznania, że organizm ludzki w pierwszych dwóch tygodniach życia nie jest organizmem ludzkim, ale czymś innym – nie wyjaśniono jednak czym. Według mojej oceny takie rozumowanie narusza zasady logiki, a w konsekwencji narusza prawa człowieka i jest sprzeczne z Europejską Konwencją o Prawach Człowieka i Biomedycynie.

Powstaje pytanie, czy organizm żywy należący do gatunku homo sapiens może być własnością innego organizmu żywego należącego do tego samego gatunku.

Zgoda na taki tytuł własności jest nieoniewolnictwem o wyjątkowo okrutnym charakterze. Brak zgody na taki tytuł własności musi spowodować zakaz zapładniania „in vitro” i wszystkich form klonowania ludzi (również tzw. klonowania niereprodukcyjnego).

Ewidentnym przedmiotowym traktowaniem człowieka jest wytwarzanie ostatnio w Stanach Zjednoczonych genetycznie modyfikowanych istot ludzkich.

Również wszelka selekcja lub dyskryminacja ludzi wg kryteriów genetycznych i eugenika są formą neo-niewolnictwa.

Współczesna bioetyka musi mieć charakter normatywny. Zasady logiki formalnej muszą tu odgrywać rolę nadrzędną i być przyjęte arbitralnie, jeżeli nie chcemy dopuścić do absurdów.

Z Katechizmu Kościoła Katolickiego

Dziecko jako dar

2373 Pismo święte oraz tradycyjna praktyka Kościoła widzą w rodzinach wielodzietnych znak Bożego błogosławieństwa i wielkoduszości rodziców.

2374 Bezpłodność sprawia małżonkom wiele cierpienia. Cóż zechcesz mi dać – pytał Abram Boga – „skoro zbliżam się do kresu mego życia, nie mając potomka...?” (Rdz 15, 2). „Spraw, abym miała dzieci; bo inaczej przyjdzie mi umrzeć!” – wołała Rachela do swego męża Jakuba (Rdz 30, 1).

2375 Badania naukowe, które zmierzają do zmniejszenia ludzkiej bezpłodności, zasługują na poparcie pod warunkiem, że będą „służyć osobie ludzkiej, jej niezbywalnym prawom oraz jej prawdziwemu i integralnemu dobru, zgodnie z zamysłem i wolą Boga”.

2376 Techniki, które powodują oddzielenie rodzicielstwa wskutek interwencji osoby spoza małżeństwa (oddawanie spermy lub jaja, macierzyństwo zastępcze), są głęboko niegodziwe. Techniki te (sztuczna inseminacja i sztuczne zapłodnienie heterologiczne) naruszają pra-

wo dziecka do urodzenia się z ojca i matki, których zna i którzy połączeni są węzłem małżeńskim. Techniki te pozostają w sprzeczności z wyłącznym prawem małżonków do „stania się ojcem i matką wyłącznie dzięki sobie”.

2377 Techniki te, praktykowane w ramach małżeństwa (sztuczna inseminacja i sztuczne zapłodnienie homologiczne), są być może mniej szkodliwe, jednakże pozostają one moralnie niedopuszczalne. Powodują oddzielenie aktu płciowego od aktu prokreacyjnego. Akt zapoczątkowujący istnienie dziecka przestaje być aktem, w którym dwie osoby oddają się sobie nawzajem. „Oddaje (on) życie i tożsamość embrionów w ręce lekarzy i biologów, wprowadza panowanie techniki nad pochodzeniem i przeznaczeniem osoby ludzkiej. Tego rodzaju panowanie samo w sobie sprzeciwia się godności i równości, które winny być uznawane zarówno w rodzicach, jak i w dzieciach”. „Przekazywanie życia jest jednak pozbawione z moralnego punktu widzenia właściwej sobie doskonałości, jeśli nie jest chciane jako owoc aktu małżeńskiego, to jest specyficznego aktu

zjednoczenia małżonków... Tylko poszanowanie związku, który istnieje między znaczeniami aktu małżeńskiego, i szacunek dla jedności istoty ludzkiej umożliwiają rodzicielstwo zgodne z godnością osoby ludzkiej”.

2378 **Dziecko nie jest czymś należnym, ale jest darem.** „Największym darem małżeństwa jest osoba ludzka. Dziecko nie może być uważane za przedmiot własności, za coś, do czego prowadziłoby uznanie rzekomego „prawa do dziecka”. W tej dziedzinie jedynie dziecko posiada prawdziwe prawa: prawo, by „być owocem właściwego aktu miłości małżeńskiej rodziców i jako osoba od chwili swego poczęcia mająca również prawo do szacunku”.

2379 Ewangelia ukazuje, że bezpłodność fizyczna nie jest absolutnym złem. Małżonkowie, którzy po wyczerpaniu dozwolonych środków medycznych cierpią na bezpłodność, złączą się z krzyżem Pana, źródłem wszelkiej duchowej płodności. Mogą oni dać dowód swej wielkoduszości, adoptując opuszczone dzieci lub pełniąc ważne posługi na rzecz bliźniego.

Z Donum vitae

watykańskiej „Instrukcji o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania – odpowiedzi na niektóre aktualne zagadnienia”

INTERWENCJE W PRZEKAZYWANIE ŻYCIA LUDZKIEGO

Przez „sztuczne przekazywanie życia” lub „sztuczne zapłodnienie” rozumie się tutaj różne metody techniczne podjęte dla uzyskania poczęcia ludzkiego, w inny sposób niż przez stosunek płciowy mężczyzny i kobiety. Instrukcja rozważa zapłodnienie jaja w probówce i sztuczną inseminację przez przeniesienie w narządy rodne kobiety spermy pobranej wcześniej od mężczyzny.

Założenie wstępne dla oceny moralnej takich metod stanowi rozważenie okoliczności i konsekwencji, jakie te metody pociągają odnośnie do należnego szacunku dla embrionu ludzkiego. Sukces zapłodnienia w probówce wymagał niezliczonej ilości zapłodnień i zniszczenia embrionów ludzkich. Jeszcze dzisiaj wymaga ono zwykle większych ilości owulacji ze strony kobiety: pobiera się kilka jaj, zapładnia i pielęguje

przez jakiś czas w probówce. Zwykle nie wszystkie przenosi się do narządów rodnych kobiety; niektóre embriony, określane jako „nadliczbowe”, niszczy się lub zamraża. Także niektóre embriony przeniesione do narządów rodnych kobiety marnują się ze względów eugenicznych, ekonomicznych lub psychologicznych. Takie dobrowolne zniszczenie istnień ludzkich lub używanie ich do różnych celów ze szkodą dla ich integralności i życia jest sprzeczne z przypomnianym już wcześniej nauczaniem na temat przerywania ciąży.

Związek między zapłodnieniem w probówce, a dobrowolnym usunięciem embrionów ludzkich zachodzi zbyt często. Nie jest bez znaczenia, że w tych metodach o celach pozornie przeciwnych, życie i śmierć podlegają decyzji człowieka, który w ten sposób czyni się na rozkaz dawcą życia i śmierci. Ta dynamika gwałtu i panowania może zostać niezau-

ważona nawet przez tych, którzy chcą ją wykorzystać, a tymczasem sami zostają przez nią ujarzmieni. Faktycznie wspomniane dane i zimna logika, która im towarzyszy, powinny być brane pod uwagę w osądzie moralnym FIVET-u (zapłodnienie w probówce i przeniesienie embrionu): mentalność aprobująca przerywanie ciąży, która umożliwiła tę metodę, prowadzi, czy chce się tego czy nie, do panowania człowieka nad życiem i śmiercią sobie podobnych, co może doprowadzić do radykalnego eugenizmu.

Jednakże tego rodzaju nadużycia nie zwalniają wcale od pogłębionej i dalszej refleksji etycznej nad, rozważaniami w sobie, metodami sztucznego przekazywania życia, abstrahując, na ile to jest możliwe, od zniszczenia embrionów wytworzonych w probówce.

Niniejsza Instrukcja omówi więc w pierwszym rzędzie problemy związane ze sztucznym zapłodnieniem heterologicznym (II, 1–3).

Przed sformulowaniem sądu moralnego na temat tych metod, zostaną rozważone zasady i wartości, które określają ocenę moralną tych możliwości.

A. SZTUCZNE ZAPŁODNIENIE HETEROLOGICZNE

1. Dlaczego przekazywanie życia ludzkiego powinno mieć miejsce tylko w małżeństwie?

Każda istota ludzka powinna być przyjęta jako dar i błogosławieństwo Boga. Jednak z moralnego punktu widzenia, prawdziwie odpowiedzialne rodzicielstwo w stosunku do mającego przyjść na świat dziecka, powinno być owocem małżeństwa.

Oczywiście, rodzicielstwo posiada specyficzne, sobie tylko właściwe cechy, oparte na godności osobowej rodziców i dzieci. Przekazywanie życia nowej osobie, w którym mężczyzna i kobieta współpracują z mocą Stwórcy, powinno być owocem i znakiem wzajemnego oddania osobowego małżonków, ich miłości i wierności małżeńskiej (34). Wierność małżonków w jedności małżeńskiej pociąga za sobą wzajemny szacunek dla ich prawa do stania się ojcem i matką wyłącznie dzięki sobie.

Dziecko ma prawo do tego, by zostać poczętym, by być noszonym w łonie, narodzonym i wychowywanym w małżeństwie. Przez bezpieczne i uznane odniesienie do własnych rodziców może ono odkryć własną tożsamość i czynić dojrzałą swoją ludzką formację.

Rodzice znajdują w dziecku potwierdzenie i uzupełnienie ich wzajemnego oddania. Ono jest żywym obrazem ich miłości, trwałym znakiem ich jedności małżeńskiej, nierozdzielalnym i żywym związkiem wymiaru ich ojcostwa i macierzyństwa (35).

Na mocy powołania i społecznej odpowiedzialności osoby, dobro dzieci i rodziców przyczynia się także do dobra społeczeństwa. Żywotność i równowaga społeczeństwa domagają się, by dzieci przychodziły na świat w rodzinie, a ta z kolei, by opierała się na małżeństwie.

Tradycja Kościoła i refleksja antropologiczna uznają w małżeństwie i w jego nierozdzielalnej jedności jedynie godne miejsce dla naprawdę odpowiedzialnego rodzicielstwa.

2. Czy sztuczne zapłodnienie heterologiczne jest zgodne z godnością małżonków i z prawdą o małżeństwie?

Tak w FIVET, jak i w sztucznym zapłodnieniu heterologicznym poczęcie ludzkie następuje przez połączenie gamet, przynajmniej jednego dawcy różnego od partnerów, którzy

są złączeni małżeństwem. Sztuczne zapłodnienie heterologiczne sprzeciwia się jedności małżeńskiej, godności małżonków, właściwemu powołaniu rodziców oraz prawu dziecka do poczęcia i urodzenia się w małżeństwie i z małżeństwa (36).

Uszanowanie jedności małżeńskiej i wierności małżonków domaga się, by dziecko było poczęte w małżeństwie; związek istniejący między małżonkami, udziela im w sposób obiektywny i niezbywalny, wyłącznego prawa do stania się ojcem i matką jedynie dzięki sobie (37). Uciekanie się do gamet osoby trzeciej, by zdobyć spermę lub jajo, powoduje pogwałcenie wzajemnego zobowiązania małżonków i uchybienie jednej z podstawowych właściwości małżeństwa, jaką jest jego jedność.

Sztuczne zapłodnienie heterologiczne narusza prawa dziecka, pozbawiając go synowskiej relacji do pochodzenia rodzinnego i może utrudnić kształtowanie się jego tożsamości osobowej. Ponadto stanowi ono zniewagę wspólnego powołania małżonków wezwanych do ojcostwa i macierzyństwa oraz obiektywnie pozbawia płodność małżeńską jedności i integralności. Sprawia i ujawnia rozdział między pokrewieństwem genetycznym, pokrewieństwem wynikającym z ciąży a odpowiedzialnością wychowawczą. Takie sfalszowanie stosunków osobowych w łonie rodziny odbija się na społeczeństwie. To, co zagraża jedności i trwałości rodziny, stanowi również źródło niezgody, nieładu i niesprawiedliwości w całym życiu społecznym.

Racje te przemawiają za negatywnym osądem moralnym sztucznego zapłodnienia heterologicznego. Jest zatem rzeczą niegodziwą zapłodnienie kobiety zamężnej spermą dawcy różnego od jej męża lub zapłodnienie spermą męża jaja, które nie pochodzi od jego żony. Ponadto sztuczne zapłodnienie kobiety niezamężnej, panny lub wdowy, ktokolwiek byłby dawcą, nie może być usprawiedliwione z moralnego punktu widzenia.

Pragnienie posiadania dziecka, miłość między małżonkami, którzy ubiegają się o to, jak zapobiec bezpłodności nie do przewyciężenia w inny sposób, stanowią zrozumiałe motywacje, lecz subiektywnie dobre intencje nie sprawiają, by sztuczne zapłodnienie heterologiczne stało się zgodne z obiektywną i niezbywalną właściwością małżeństwa i by mogło uszanować tak prawa dziecka, jak i małżonków.

3. Czy macierzyństwo „zastępcze” jest moralnie dopuszczalne?

Jest ono niedopuszczalne z tych samych racji, które przemawiają za odrzuceniem

sztucznego zapłodnienia heterologicznego, ponieważ sprzeciwia się ono jedności małżeństwa i godności zrodzenia osoby ludzkiej.

Macierzyństwo zastępcze posiada obiektywne braki w stosunku do obowiązków miłości macierzyńskiej, wierności małżeńskiej i odpowiedzialnego macierzyństwa. Obraża ono godność i prawo dziecka do poczęcia, do okresu ciąży i wychowania przez własnych rodziców oraz wprowadza, ze szkodą dla rodzin, podział między czynnikami fizycznymi, psychicznymi i moralnymi, które je konstytuują.

B. SZTUCZNE ZAPŁODNIENIE HOMOLOGICZNE

4. Jaki związek jest wymagany z moralnego punktu widzenia między sztucznym zapłodnieniem a aktem małżeńskim?

a) Nauczanie Kościoła o małżeństwie i przekazywaniu życia ludzkiego stwierdza istnienie „nierozdzielalnego związku, którego chciał Bóg, a którego człowiekowi nie wolno samowolnie zrywać, między podwójnym znaczeniem aktu małżeńskiego: znaczeniem jednoczącym i znaczeniem rodzicielskim. Faktycznie akt małżeński w swojej wewnętrznej strukturze, podczas gdy łączy najgłębszym węzłem męża i żonę, czyni ich zdolnymi do zrodzenia nowego życia, zgodnie z prawami wpisanymi w samą naturę mężczyzny i kobiety” (38). Zasada ta, oparta na naturze małżeństwa i na wewnętrznym związku jego dóbr, pociąga za sobą dobrze znane konsekwencje na poziomie odpowiedzialnego ojcostwa i macierzyństwa. „Zachowując te dwa aspekty: jednoczący i rodzicielski, akt małżeński zachowuje w pełni sens wzajemnej i prawdziwej miłości oraz swoje odniesienie do najwznioślejszego powołania człowieka do ojcostwa” (39).

Ta sama nauka, która odnosi się do związku istniejącego między znaczeniami aktu małżeńskiego i między dobrami małżeństwa, wyjaśnia problem moralny sztucznego zapłodnienia homologicznego, ponieważ „nigdy nie jest rzeczą dozwoloną rozdzielenie tych dwóch różnych aspektów, wykluczając pozytywnie lub intencjonalnie przekazywanie życia lub akt małżeński” (40).

Antykoncepcja intencjonalnie pozbawia akt małżeński jego otwartości na przekazywanie życia i sprawia w taki sposób dobrowolny rozdział celów małżeństwa. Sztuczne zapłodnienie homologiczne, dążąc do przekazywania życia, które nie jest owocem właściwego aktu jedności małżeńskiej, sprawia analogiczny podział między dobrami i znaczeniami małżeństwa.

Zapłodnienie zatem jest godziwie chcia-
ne, jeśli małżonkowie podjęli w sposób ludzki
„akt małżeński przez się zdolny do zrodzenia
potomstwa, do którego to aktu małżeństwo
jest ze swojej natury ukierunkowane i przez
który małżonkowie stają się jednym ciałem”
(41). Przekazywanie życia jest jednak pozba-
wione, z moralnego punktu widzenia, swojej
własnej doskonałości, jeśli nie jest chciane ja-
ko owoc aktu małżeńskiego, to znaczy specy-
ficznego działania jedności małżonków.

b) Wartość moralna wewnętrznego zwią-
ku istniejącego między dobrami małżeństwa
i znaczeniami aktu małżeńskiego, opiera się
na jedności istoty ludzkiej, wynikającej ze zło-
żenia ciała i duszy rozumnej (42). Małżonko-
wie wyrażają wobec siebie wzajemną miłość
osobową „w języku ciała”, który zawiera w so-
bie wyraźne „znaczenie oblubieńcze” i rodzi-
cielskie zarazem (43). Akt małżeński, w któ-
rym małżonkowie objawiają sobie wzajemnie
dar z siebie, wyraża równocześnie otwartość
na dar życia; jest aktem nierozzerwalnie cieles-
nym i duchowym. To właśnie w swoim cieles-
nym i przez swoje ciało, małżonkowie dopełniają
małżeństwo i mogą stać się ojcem i matką.
Aby uszanować język ciała i jego naturalne
bogactwo, jedność małżeńska powinna urze-
czywistniać się w szacunku dla otwartości na
rodzicielstwo. Zrodzenie osoby ludzkiej po-
winno być zatem owocem i zwierczeniem mi-
łości oblubieńczej. Tak więc pochodzenie
istoty ludzkiej jest wynikiem przekazywania
życia „związanego nie tylko z jednością biolo-
giczną, lecz również duchową rodziców złą-
czonych węzłem małżeńskim” (44). Zapłod-
nienie dokonane poza ciałem małżonków zo-
staje tym samym pozbawione znaczeń i war-
tości, które wyrażają się w języku ciała
i w zjednoczeniu osób ludzkich.

c) Tylko uszanowanie związku, który ist-
nieje między znaczeniami aktu małżeńskiego,
i szacunek dla jedności istoty ludzkiej pozwa-
ła na rodzicielstwo zgodne z godnością osoby
ludzkiej. W swoim jedynym i niepowtarzalnym
pochodzeniu, dziecko powinno być uszano-
wane i uznane za równe w godności osobistej
z tymi, którzy przekazują mu życie. Osoba
ludzka powinna być przyjęta w akcie jedności
i miłości swoich rodziców; dlatego zrodzenie
dziecka powinno być owocem ich wzajemne-
go oddania się (45), które realizuje się w ak-
cie małżeńskim, przez który małżonkowie
współpracują z dziełem miłości Stwórcy jako
słudzy, a nie władcy (46).

Pochodzenie osoby ludzkiej jest w rze-
czywistości rezultatem oddania się. Poczęte
dziecko powinno być owocem miłości swoich
rodziców. Nie może być pożądaną i poczęte

jako wynik interwencji technik medycznych
i biologicznych; oznaczałoby to sprowadzenie
go do poziomu przedmiotu technologii nauko-
wej. Nikt nie może uzależniać przyjścia dziec-
ka na świat od warunków skuteczności tech-
nicznej ocenianej według parametrów kontro-
li i panowania.

Doniosłość moralna związku istniejącego
między znaczeniami aktu małżeńskiego
a między dobrami małżeństwa, jedność istoty
ludzkiej oraz godność jego pochodzenia, wy-
magają, by przekazanie życia osobie ludzkiej
nastąpiło jako owoc właściwego aktu małżeń-
skiego, aktu miłości między małżonkami. Wi-
dać zatem związek istniejący między rodzi-
cielstwem a aktem małżeńskim, ważny tak na
poziomie antropologicznym, jak i moralnym
oraz staje się jaśniejsze nauczanie Urzędu
Nauczycielskiego Kościoła na temat sztucz-
nego zapłodnienia homologicznego.

5. Czy jest moralnie dopuszczalne sztuczne zapłodnienie homologiczne w probówce?

Odpowiedź na to pytanie jest ściśle uza-
leżniona od wyżej przypomnianych zasad.
Nie można z pewnością ignorować słusznych
pragnień bezpłodnych małżonków. Dla nie-
których odwołanie się do FIVET-u homolo-
gicznego jawi się jako jedyny środek do po-
siadania szczerze upragnionego dziecka. Rodzi
się pytanie, czy w takiej sytuacji całość ży-
cia małżeńskiego nie wystarczyłaby do uspra-
wiedliwienia odpowiedniej godności w prze-
kazywaniu życia. Uznaje się, że FIVET z pew-
nością nie może uzupełnić braku stosunków
małżeńskich (47), a biorąc pod uwagę nie-
bezpieczeństwa, które mogą zaistnieć dla
dziecka i niedogodności całej metody, nie mo-
że być przedkładany nad specyficzne akty
zjednoczenia małżeńskiego. Można więc za-
pytać się, czy w przypadku niemożliwości za-
pobieżenia w inny sposób bezpłodności, któ-
ra jest przyczyną cierpień, zapłodnienie ho-
mologiczne w probówce nie może stanowić
pomocy, a nawet terapii, dla której mogłoby
być dopuszczone jako moralnie godziwe.

Pragnienie dziecka – lub przynajmniej
możliwość przekazania życia – jest z moral-
nego punktu widzenia koniecznym warun-
kiem dla odpowiedzialnego rodzicielstwa
ludzkiego. Jednakże dobra intencja nie wy-
starcza, by dać pozytywną ocenę moralną za-
płodnienia w probówce nawet między game-
tami małżonków. Technika FIVET-u powinna
być osądzona sama w sobie i nie może ulec
zmianie jej ostateczna kwalifikacja moralna
w zależności od całego życia małżeńskiego,
w które ta technika się wpisuje, ani do aktów

małżeńskich, które mogą tę technikę wyprze-
dzać lub po niej następować (48).

Jak już powiedziano, metoda FIVET-u
w okolicznościach, w których zwykle się ją
stosuje, pociąga za sobą niszczenie istot
ludzkich, co sprzeciwia się wspomnianej na-
uce o przerywaniu ciąży (49). Lecz również
w przypadku, w którym udałoby się całkowicie
uniknąć śmierci embrionów ludzkich, FIVET
homologiczny powoduje rozdział między dzia-
łaniami przeznaczonymi do zapłodnienia
ludzkiego a aktem małżeńskim. Zatem powin-
na być również rozważona natura własna FI-
VET-u homologicznego, abstrahując od
związku, jaki może mieć z wywołanym prze-
rwanieniem ciąży.

FIVET homologiczny dokonuje się poza
ciałem małżonków za pośrednictwem dzia-
łania osób trzecich, których kompetencja i dzia-
łanie sprawia powodzenie zabiegu. FIVET po-
wiera więc życie i tożsamość embrionów
w ręce władzy lekarzy i biologów oraz ustala
panowanie nad pochodzeniem i przeznacze-
nieniem osoby ludzkiej. Tego rodzaju relacja pa-
nowania sama w sobie sprzeciwia się godno-
ści i równości, które powinny być wspólne ro-
dzicom i dzieciom.

Poczęcie w probówce jest wynikiem czyn-
ności technicznej, która kieruje zapłodnie-
niem; nie jest ono ani faktycznie uzyskane,
ani pozytywnie chciane jako wyraz i owoc
właściwego aktu małżeńskiego. Dlatego w FI-
VET homologicznym, chociaż dokonuje się
ono w kontekście stosunków małżeńskich,
które faktycznie istnieją, zrodzenie osoby
ludzkiej jest obiektywnie pozbawione swojej
właściwej doskonałości, a mianowicie bycia
zwierczeniem i owocem aktu małżeńskiego,
przez który małżonkowie mogą stać się
„współpracownikami Boga w przekazywaniu
daru życia nowej osobie” (50).

Racje te pozwalają zrozumieć, dlaczego
akt miłości małżeńskiej jest w nauczaniu Ko-
ścioła uważany za jedyne godne miejsce
ludzkiego rodzicielstwa. Z tych samych racji,
tak zwany „prosty przypadek”, to znaczy tech-
nika FIVET-u homologicznego, która będąc
wolną od jakiegokolwiek kompromisu z prak-
tyką niszczenia embrionów, czyli przerywania
cięży i z masturbacją, pozostaje jednak tech-
niką moralnie niegodziwą, ponieważ pozba-
wia rodzicielstwo ludzkie tej godności, która
jest mu właściwa i naturalna.

Z pewnością FIVET homologiczny nie jest
obciążony wszystkimi przeciwwskazaniami
etycznymi, które spotyka się w przekazywa-
niu życia poza małżeństwem; rodzina i mał-
żeństwo pozostają miejscem narodzenia i wy-
chowania dzieci. Jednakże, zgodnie z trady-

czynną nauką dotyczącą dóbr małżeństwa i godności osoby, Kościół jest przeciwny, z moralnego punktu widzenia, sztuczemu zapłodnieniu homologicznemu w probówce. Jest ono bowiem samo w sobie niegodziwe i sprzeczne z godnością rodzicielstwa oraz jednością małżeńską, nawet wówczas, gdyby zrobiło się wszystko dla uniknięcia śmierci embrionu ludzkiego.

Chociaż nie można aprobować sposobu, przez który dokonuje się poczęcie ludzkie w FIVET, każde dziecko przychodzące na świat ma być przyjęte jako żywy dar dobroci Bożej i wychowane z miłością.

6. Jak ocenić z moralnego punktu widzenia sztuczne zapłodnienie homologiczne?

Nie można dopuścić sztucznego zapłodnienia homologicznego wewnątrz małżeństwa za wyjątkiem przypadku, w którym środek techniczny nie zastępuje aktu małżeńskiego, lecz służy jako ułatwienie i pomoc do osiągnięcia jego naturalnego celu.

Nauczanie Urzędu Nauczycielskiego na ten temat zostało już wyjaśnione (51). Nie jest ono tylko wyrazem szczególnych okoliczności historycznych, lecz opiera się na nauczaniu Kościoła na temat ścisłego powiązania między aktem małżeńskim a rodzicielstwem oraz na uwzględnieniu osobowej natury aktu małżeńskiego i rodzicielstwa. „Akt małżeński w swojej naturalnej strukturze jest działaniem osobowym, równoczesną i bezpośrednią współpracą małżonków, która na mocy samej natury sprawców i właściwości aktu, jest wyrazem wzajemnego daru, który zgodnie ze słowami Pisma Świętego sprawia, „że będą oboje jednym ciałem” (52). Dlatego sumienie moralne „niekoniernie odrzuca używanie pewnych sztucznych środków przeznaczonych jedynie, czy to dla ułatwienia aktu naturalnego, czy to dla osiągnięcia właściwego celu aktu naturalnego dokonanego w sposób normalny”. Jeśli środek techniczny ułatwia akt małżeński lub pomaga osiągnąć jego naturalny cel, może być uznany za moralnie godziwy. Przeciwnie, jeśli interwencja zastępowała akt małżeński, musi być uznana za moralnie niedopuszczalną.

Sztuczna inseminacja zastępująca akt małżeński jest zabroniona z powodu dobrowolnego rozdelenia dokonanego między dwoma znaczeniami aktu małżeńskiego. Masturbacja dzięki której osiąga się spermę, jest innym znakiem takiego rozdziału. Również wtedy, gdy jest podjęty w celu przekazywania życia, akt ten jest pozbawiony swojego znaczenia jednoczącego: „brakuje mu... stosunku płciowego wymaganego przez porządek moralny” stosunku, który

urzeczywistnia się „w kontekście prawdziwej miłości, integralnego sensu wzajemnego oddania i rodzicielstwa ludzkiego” (54).

7. Jakie kryterium moralne powinno kierować interwencją lekarza w przekazywaniu życia?

Interwencja lekarza nie powinna być tylko oceniana ze względu na swój wymiar techniczny, lecz także i przede wszystkim ze względu na jego cel, którym jest dobro osób oraz ich zdrowie cielesne i psychiczne. Kryteria moralne interwencji lekarskiej w dziedzinie przekazywania życia wywodzą się z godności osób ludzkich, z ich płciowości i ich pochodzenia.

Medycyna, która chciałaby być podporządkowana integralnemu dobru osoby, powinna uszanować wartości właściwe płciowości ludzkiej (55). Lekarz pozostaje w służbie osób i przekazywania życia ludzkiego. Nie ma uprawnienia do dysponowania nimi, ani do decydowania o nich. Interwencja lekarska szanuje godność osób, gdy ułatwia ten akt lub pozwala uzyskać jego cel, jeśli został dokonany w sposób normalny (56).

Przeciwnie, nieraz zdarza się, że interwencja lekarska technicznie zastępuje akt małżeński dla uzyskania poczęcia, które nie jest ani jego wynikiem, ani jego owocem. W tym przypadku interwencja lekarza nie jest, tak jak powinna być, w służbie jedności małżeńskiej, lecz przywłaszcza sobie funkcję rodzicielską, a w taki sposób sprzeciwia się godności oraz niezbywalnym prawom małżonków i mającego narodzić się dziecka.

Humanizacja medycyny, której z takim naciskiem wszyscy się domagają, wymaga szacunku dla integralności osoby ludzkiej w pierwszym rzędzie w akcie oraz w chwili, w której małżonkowie przekazują życie nowej osobie. Jest zatem rzeczą logiczną zwrócić się z nagłym apelem do lekarzy i naukowców katolickich, by dawali przykładowe świadectwo należnego szacunku dla embrionu ludzkiego i dla godności przekazywania życia. W sposób szczególnie prosi się personel medyczny oraz obsługę szpitali i klinik katolickich, by przestrzegali podjętych zobowiązań moralnych, często również na mocy statutu. Odpowiedzialni za te szpitale i kliniki katolickie, którymi często są osoby zakonne, niech włożą całe serce w starania, by zapewnić i rozwijać ściśle przestrzeganie norm moralnych przypominanych w niniejszej Instrukcji.

8. Cierpienie z powodu bezpłodności małżeńskiej.

Cierpienie małżonków, którzy nie mogą mieć dzieci lub obawiają się urodzić

dziecko upośledzone, jest cierpieniem, które wszyscy powinni rozumieć i odpowiedzialnie oceniać.

Pragnienie dziecka ze strony małżonków jest czymś naturalnym. Wyraża powołanie do ojcostwa i macierzyństwa wpisane w miłość małżeńską. To pragnienie może być jeszcze silniejsze, jeśli para małżeńska jest dotknięta nieuleczalną bezpłodnością. **Małżeństwo nie przyznaje jednak małżonkom prawa do posiadania dzieci, lecz tylko prawo do podjęcia takich aktów naturalnych, które same przez się są przyporządkowane przekazywaniu życia (57).**

Prawdziwe i właściwe prawo do dziecka sprzeciwiałoby się jego godności i naturze. Dziecko nie jest jakąś rzeczą, która należałaby się małżonkom i nie może być uważane za przedmiot posiadania. Jest raczej darem, i to „największym” najbardziej darmowym darem małżeństwa, żywym świadectwem wzajemnego oddania się jego rodziców. Z tego tytułu dziecko ma prawo – jak to zostało wspomniane – by być owocem właściwego aktu miłości małżeńskiej swoich rodziców, i by również mieć prawo do szacunku jako osoba od chwili swojego poczęcia.

Bezpłodność jednak, jakkolwiek byłaby jej przyczyną i rokowanie, jest ciężką próbą. Wspólnota wierzących jest powołana do wyjaśnienia i podtrzymywania na duchu tych wszystkich, którzy nie mogą zrealizować słuszych dążeń do macierzyństwa i ojcostwa. Małżonkowie znajdujący się w tej bolesnej sytuacji są powołani do odkrycia w niej okazji do szczególnego uczestnictwa w Krzyżu Pana, źródle płodności duchowej. Pary małżeńskie bezpłodne nie powinny zapominać, że „również, gdy rodzicielstwo nie jest możliwe, to życie małżeńskie nie traci wartości. Bezpłodność fizyczna – oczywiście – może być dla małżonków okazją do podjęcia innych ważnych zadań w stosunku do życia osób ludzkich, takich jak na przykład adopcja, różne formy dzieł wychowawczych, pomoc innym rodzicom, dzieciom ubogim lub upośledzonym” (59).

Wielu uczonych zaangażowało się w walkę z bezpłodnością. Broniąc w pełni godności ludzkiego przekazywania życia, niektórzy z nich uzyskali wyniki, które w przeszłości uważano za nieosiągalne. Zachęca się ludzi nauki do kontynuowania ich badań prowadzących do wyeliminowania różnych przyczyn bezpłodności czy też do jej wyleczenia, aby małżonkowie bezpłodni mogli stać się płodnymi przy zachowaniu ich godności osobowej oraz godności dziecka (...).

Rzym 22 II 1987

Podpisano: JOSEPH Kard. RATZINGER, prefekt
ALBERTO BOVONE,

Abp tyt. Cezarei Numidyjskiej, sekretarz

Medyczne konsekwencje in vitro

Zgony noworodków

Metaanaliza 15 niezależnych badań naukowych, przeprowadzona przez amerykańskich naukowców, wykazała 2-krotnie większą śmiertelność noworodków poczętych w wyniku in vitro niż poczętych w naturalny sposób¹.

Wady wrodzone poczętych dzieci

Australijskie badania 4000 dzieci urodzonych między 1993 a 1997 r. wykazały, że wśród dzieci poczętych w sposób naturalny 4,2% ma wady wrodzone, natomiast wśród dzieci poczętych in vitro 9%. Wykazano także, że procent dzieci obciążonych więcej niż jedną wadą wrodzoną w grupie kontrolnej wynosi 0,5%, natomiast wśród dzieci poczętych in vitro 1,6%².

Metaanaliza, przeprowadzona na podstawie 25 wcześniejszych badań z całego świata wykazała, że ryzyko urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną wzrasta po zapłodnieniu techniką wspomaganego rozrodu (w stosunku do zapłodnienia w sposób naturalny) średnio 30–40%³.

Inni naukowcy badający procentowy udział dzieci z wadami wrodzonymi wśród dzieci poczętych in vitro stwierdzili, że procent ten wynosi 6,2 w stosunku do 4,4 w grupie kontrolnej (dzieci poczętych w sposób naturalny)⁴.

Badacze zajmujący się ryzykiem neuro-ortopedycznych wad u dzieci poczętych in vitro stwierdzili występowanie tych wad u 0,89% dzieci poczętych w wyniku in vitro w porównaniu do 0,32% dzieci poczętych w naturalny sposób⁵.

Ciąże mnogie

Z ogólnonarodowych badań w USA, zestawionych w formie rządowego raportu wynika, że 33,6% ciąż zapoczątkowanych in vitro to ciąża mnogie, a 51,3% dzieci poczętych w wyniku in vitro rodzi się z ciąży mnogiej⁶.

Niska masa urodzeniowa

Procedura in vitro obarczona jest 2,6-krotnym wzrostem ryzyka urodzenia się dziecka z niską masą urodzeniową (w przypadku ciąży pojedynczej, w przypadku mnogiej to ryzyko wzrasta bardziej)⁷. Inni badacze stwierdzają, że ryzyko to wzrasta 1,8 raza, zaś ryzyko urodzenia dziecka z bardzo niską masą urodzeniową wzrasta 2,7 raza. Amerykańscy

badacze zajmujący się rozwojem dzieci po zapłodnieniu in vitro stwierdzili, że – w grupie przebadanych dzieci – masa urodzeniowa bliźniaków po in vitro wynosiła średnio 1476 g, a po naturalnym poczęciu 2009 g⁸. Inni badacze zajmujący się procentowym udziałem dzieci z bardzo niską oraz niską masą urodzeniową ciała wśród dzieci poczętych in vitro stwierdzili, że procent ten wynosi odpowiednio 7,9 oraz 34,2 w stosunku do 3,9 oraz 23,9 w grupie kontrolnej⁹.

Wczesniactwo

Amerykańscy badacze zajmujący się rozwojem bliźniaków po zapłodnieniu in vitro stwierdzili, że w przebadanej grupie ciąża powstała w wyniku in vitro, trwała średnio 30 tygodni, podczas gdy naturalnie rozpoczęte ciąży trwały 33,5 tygodnia¹⁰. W metaanalizie 15 niezależnych badań naukowych **stwierdzono 2-krotny wzrost ryzyka przedwczesnego porodu u dzieci poczętych in vitro¹¹**. Kolejni badacze stwierdzili ponad 2-krotny wzrost ryzyka przedwczesnego porodu (8,8% przedwczesnych porodów w grupie dzieci poczętych in vitro w porównaniu z 4,1% w grupie kontrolnej)¹².

Wzrost ryzyka ciąży ektopicznej

Ciąża ektopiczna lub jajowodowa jest wynikiem sytuacji, w której embrión zaszczeplia się w jajowodzie lub w innym miejscu, zamiast w ścianie macicy. W przypadku niewykrycia takiej ciąży, przewód może pęknąć w trakcie rozwoju dziecka (jajowód nie ma takiej rozszerzalności jak macica matki), powodując śmierć dziecka i stwarzając poważne zagrożenie dla życia matki. Ryzyko tych ciąż po jednej z technik in vitro wzrasta nawet dwukrotnie¹³.

Łożysko przodujące

W metaanalizie 15 niezależnych badań naukowych stwierdzono 2,8-krotny wzrost ryzyka łożyska przodującego w ciążach zapoczątkowanych in vitro¹⁴. Norwescy badacze stwierdzili, że ryzyko to jest 6-krotnie wyższe u kobiet, które poczęły in vitro w stosunku do kobiet, które poczęły w naturalny sposób¹⁵.

Syndrom Beckwitha-Wiedemanna

Występowanie tego zespołu (charakteryzującego się nieprawidłowościami chromoso-

malnymi, prowadzącymi do powstawania guzów u dzieci) jest 9 razy częstsze niż u dzieci poczętych w sposób naturalny¹⁶. Według innych badaczy – 4,6 raza¹⁷.

Mózgowe porażenie dziecięce

Dzieci urodzone w wyniku wykorzystania procedury in vitro mają o 60% większe ryzyko wystąpienia u nich mózgowego porażenia dziecięcego niż dzieci poczęte w sposób naturalny (gdy przy in vitro stosowana jest procedura zamrażania embriónów ryzyko wzrasta o kolejne 230%)¹⁸.

Trudności wychowawcze

Badacze Golombok (1990) i Levy-Shiff (1998) stwierdzili większe trudności wychowawcze u dzieci poczętych in vitro.

Rozwój fizyczny

Rozwój fizyczny dzieci poczętych w wyniku procedury in vitro jest do 2. roku życia gorszy niż u dzieci poczętych w naturalny sposób – stwierdzili Nyirati, Orvos, Bartfai i Kovacs (1997)¹⁹. PDI (Physical Developmental Index), wskaźnik użyty przez badaczy z Nebraski do oceny rozwoju fizycznego 2-letnich bliźniaków poczętych in vitro wyniósł 85, podczas gdy dla dzieci poczętych naturalnie 99,8. (Badacze twierdzą, że w późniejszym okresie życia dzieci różnice te zanikają)²⁰.

Udokumentowane przypadki śmierci kobiet po IVF

W literaturze opisano przypadki śmierci kobiet, które zmarły po komplikacjach in vitro: takie przypadki miały miejsce m.in. w Irlandii (2004), Nowej Zelandii (1995)²¹, Polsce – w Krakowie w kwietniu 2003 r. w wyniku niedopełnienia obowiązków lekarzy w czasie procedury in vitro zmarła 29-letnia kobieta²².

Zespół nadmiernej stymulacji jajników

U pacjentek poddawanych zapłodnieniu in vitro (IVF) może wystąpić ciężki zespół nadmiernej stymulacji jajników (OHSS; severe ovarian hyperstimulation syndrome).

W ciężkiej postaci zespołu OHSS obserwuje się masywne wodobrzusze, a wielkość jajników

przekracza 12 cm, sięgają one niekiedy wysokości łuków żebrowych. W przebiegu tej najcięższej postaci zespołu opisywano przypadki zgonów związanych z występowaniem zespołu ADRS, niewydolności nerek, zakrzepicy żyłnej, zawałów serca i udarów niedokrwiennych mózgu.

Łagodnie formy zespołu (OHS) są częste i występują u około 25% pacjentek poddających się in vitro. Ciężki zespół (OHSS) występuje u 0,1% do 2% pacjentek²³.

Belgijscy naukowcy przebadali historię 1800 pacjentek, które przeszły procedurę in vitro. Ciężki zespół nadmiernej stymulacji jajników pojawił się u 2,1% z nich²⁴.

IVF a nowotwory

Przed rozpoczęciem procedury in vitro kobiecie podawane są duże ilości leków, by

wywołać tzw. superowulację. Badacze stwierdzili, że procedura in vitro powoduje wzrost ryzyka raka piersi u kobiety poddającej się procedurze in vitro²⁵.

Skuteczność zabiegów in vitro

Każdy nieudany zabieg in vitro pociąga za sobą unicestwienie embrionu ludzkiego. Dlatego moralna ocena zabiegu, w wyniku którego statystycznie przeżywa ok. 20–30% embrionów musi być naganna. Z najnowszych badań wynika, że ok. 42% zarodków powstałych w czasie procedur in vitro posiada genetyczne defekty uniemożliwiające im dotwanie do końca ciąży²⁶.

Osobną kwestią moralną jest selekcja embrionów ze względu na ich „nadprogramowość” (kiedy procedura in vitro doprowadziła

do zagnieżdżenia się kilku zarodków) czy ze względu na ich wady genetyczne. Wreszcie moralnie naganne jest zamrażanie niewykorzystanych embrionów, z których ogromną większość czeka unicestwienie. W samych Stanach Zjednoczonych rocznie zostaje zniszczonych ok. 170 000 – 200 000 embrionów – wynika z dorocznych raportów amerykańskiego centrum ds. kontroli schorzeń (Center for Disease Control)²⁷.

Z kanadyjskich badań (pod kierunkiem dra Marka Walkera, Uniwersytet w Ottawie) nad ponad 60 tysiącami dzieci (w tym 1394 poczętych w wyniku procedury in vitro) wynika, że ogólne ryzyko wad wrodzonych u dzieci poczętych in vitro jest 58% wyższe niż u dzieci poczętych drogą naturalną²⁸.

¹ R. Jackson, K. Gibson, Y. Wu, M. Croughan, *Perinatal Outcomes in Singletons Following In Vitro Fertilization: A Meta-Analysis*, *Obstetrics&Gynecology*, Vol. 103, no 3, March 2004

² M. Hansen, J. Kurinczuk, C. Bower, S. Webb, *The risk of major birth defects after intracytoplasmic sperm injection and in vitro fertilization*, *N Eng J Med.*, 2002 Mar 7; 346 (10): 725–30

³ M. Hansen, C. Bower, E. Milne, N. Klerk, J. Kurinczuk, *Assisted reproductive technique and the risk of birth defects – a systematic review*, *Human Reproduction*, Vol. 20, No.2, pp. 328–338, 2005

⁴ C. Olson, K. Keppler-Noreuil, P. Romitti, W. Budelier, G. Ryan, A. Sparks, B. Van Voorhis, *In vitro fertilization is associated with an increase in major birth defects*, *Fertility and Sterility*, Vol. 84, No. 5, Nov 2005

⁵ E. Hage, et al., *The risk of neuro-orthopaedic malformations following in-vitro fertilization*, *Journal of Pediatric Orthopaedics B.*, 15 (3): 229–232, May 2006

⁶ V. Clay Wright, J. Chang, G. Jeng, M. Macaluso, *Assisted Reproductive Technology Surveillance – United States 2003*, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, www.cdc.gov

⁷ LA. Schieve, SF. Maelike, C. Ferre et al., *Low and very low birth weight in infants conceived with the use of assisted re-*

productive technology, *N Engl J Med*. 2002; 346: 731–37

⁸ L. Kelly-Vance, K. Anthis, Needelman, *Assisted reproduction versus Spontaneous Conception: A Comparison of the Developmental Outcomes in Twins*, *The Journal of Genetic Psychology*; 2004, 165(2), 157–167

⁹ C. Olson, op. cit.

¹⁰ Kelly-Vance L, op. cit.

¹¹ Jackson R, Gibson K, op. cit.

¹² C. Olson, op. cit.

¹³ HB. Clayton, LA. Schieve, HB. Paterson, DJ. Jamieson, MA. Reynolds, VC. Wright, *Ectopic Pregnancy Risk with Assisted Reproductive Technique Procedures*, *Obstet Gynecol*, 2006 Mar; 107(3): 595–604

¹⁴ R. Jackson op. cit.

¹⁵ L. Romundstad, P. Romundstad, A. Sunde, V. During, R. Skjaerven, L. Vatten, *Increased risk of placenta praevia in pregnancies following IVF/ICSI; a comparison of ART and non-ART pregnancies in the same mother*, *Human Reproduction* Vol. 21, No. 9, pp 2353–2358, 2006

¹⁶ J. Halliday, K. Oke, S. Breheny, E. Algar, D. Amor, *Becwith-Wiedemann Syndrome and IVF: A Case-Control Study*, *Am J Hum Genet*. September 2004; 75(3): 526–528

¹⁷ R. Gidsen, J. Trasler., D. Lucifero, M. Faddy, *Rare congenital disorders, imprinted genes, and Assisted repro-*

ductive technique, *Lancet*, Vol. 361, June 7, 2003, p. 1975

¹⁸ D. Hvidtjern, J. Grove, D. Schnedel, M. Vaeth, E. Ernst, L. Nielsen, P. Thorsen, *Cerebral palsy among children born after In vitro fertilization: the role of preterm delivery – a population based, cohort study*, *Pediatrics*, Vol. 118, Number 2, August 2006

¹⁹ L. Kelly-Vance, op. cit.

²⁰ L. Kelly-Vance, op. cit.

²¹ LifeSiteNews, May 7, 2004

²² *Nasz Dziennik*, 27 września 2006

²³ B. Van Voorhis, *Outcomes from Assisted Reproductive Technology*, *Obstetrics and Gynecology*, Vol. 107, No. 1, January 2006

²⁴ E. Papanikolaou, C. Pozzoboon, E. Kolibianakis, M. Camus, H. Tournaye, H. Fatemi, A. Steirteghem, P. Devtoey, *Incidence and prediction of OHS in women undergoing gonadotropin-releasing hormone antagonist in vitro fertilization cycles*, *Fertility and Sterility*, Vol. 85, No.1, January 2006

²⁵ A. Venn, L. Watson, F. Bruinsma, G. Giles, D. Healy, *Risk of cancer after use of fertility drugs with in vitro fertilization*, *Lancet*, Vol. 354, November 6, 1999

²⁶ LifeSiteNews, October 19, 2005

²⁷ LifeSiteNews, November 22/2002, December 18/2003

²⁸ Life Site News, 10.02.2007

Ojciec dziecka urodzonego w wyniku in vitro:

Każdego dnia mam wyrzuty sumienia

„Mysleliśmy, że napięta sytuacja między mną i żoną po urodzeniu dziecka poprawi się. Mieliśmy nadzieję na spokój w naszej rodzinie. Stało się jednak zupełnie inaczej. Cały proces osiągnięcia celu, jakim było poczęcie i urodzenie się dziecka nie zbliżył nas do siebie, ale spowodował, że zaczęliśmy się od siebie jeszcze bardziej oddalać. Techniki, jakimi posługiwali się lekarze dla przeprowadzania badań, jak również implantacja pozostawiły bardzo przykre wspomnienia, czego skutkiem są ogromne straty w naszym małżeństwie. Proces „hodowli człowieka” nie przypomina w niczym intymności, która towarzyszy zwyczajnym aktom małżeńskim. Nikt nam wcześniej

nie powiedział, nie uświadomił, co nas czeka...

Mimo iż cieszymy się oboje z tego, że posiadamy dziecko, którego bardzo pragnęliśmy, to jednak niesmak, który pozostawiły po sobie te przeżycia powoduje, że nie jest to pełnia radości i szczęścia. Każdego dnia mam wyrzuty sumienia, że gdzieś w zamrażalniku znajduje się 25 naszych dzieci, które być może będą żyły, a może zostaną zabite. Pomimo tego, że Pan Bóg wybaczył mi ten grzech i uzyskałem rozgrzeszenie, ja nie potrafię wybaczyć sobie i ciągle o tym pamiętam. Teraz widzę, jak ważna jest akceptacja zamysłu Bożego.

Obecnie jestem przekonany, że adopcja jest najbardziej sensownym rozwiązaniem.

Przestrzegam też wszystkich, którzy stoją przed podobnym wyborem i radzę, żeby w ten sposób rodzicielstwa nie podejmowali. Nie życzę nikomu takich przeżyć, jakich sami doświadczyliśmy i nadal doświadczamy. Właśnie dlatego przekazuję to wszystko innym i tak pojętym apostołstwem pragnę uchronić inne małżeństwa przed wejściem w ten obłądny krąg, w którym poprzez działania wielu osób realizowany jest szatański program, wymierzony przeciwko prawdziwemu macierzyństwu i szczęściu rodziny, przeciwko godności człowieka”.

Świadekstwo ojca, prawnika, wygłoszone podczas sesji nt. in vitro, 6 V 2006 r. w Bielsku-Białej

Z oświadczenia brytyjskiego Southern Cross Bioethics Institute, czerwiec 2008:

„W przypadkach, w których zgromadzono wiarygodne statystyki, zaledwie u 4,2% embrionów wytworzonych z zastosowaniem Techniki Wspomaganego Rozrodu (ART) dochodzi do żywych narodzin (za: Nicholas Tonti Filippini, *Reproductive Technology Outcomes in Australia: Analysing the Data*, „Bioethics Research Notes”, 15(1): 1–3, 2003). (...)

Niektórzy badacze wyrażają obawy, iż dzieci urodzone w wyniku zastosowania Techniki Wspomaganego Rozrodu (ART) mogą w późniejszym życiu zapaść na tętnicę wieńcową, nadciśnienie, cukrzycę typu II czy osteoporozę lub też doznać udaru, w wyniku ich rozwoju embrionalnego w niewłaściwych warunkach hodowlanych (Fleming TP, et al., *The embryo and its future*, „Biology and Reproduction”, 71: 1046–1054, 2004). (...)

W ramach Techniki Wspomaganego Rozrodu zarodki mogą być wytworzone nie tylko poprzez zapłodnienie in vitro (IVF), ale także poprzez docytoplazmatyczną mikroiniekcję plemnika (ICSI), gdzie pojedynczy plemnik jest wstrzyknięty do komórki jajowej w celu próby zapłodnienia. Ta procedura jest typowo stosowana w przypadku mężczyzn o obniżonej płodności, tzn. mających niską liczbę plemników lub inne problemy z jakością nasienia. Technika iniekcji stosowana w ICSI jest również powodem obaw z racji możliwości uszkodzenia komórki jajowej (Powell K., *Seeds and doubt*, „Nature” 442: 656–658, 2003). Co więcej, dzieci urodzone w wyniku zastosowania metody ICSI są bardziej narażone na zapadnięcie na zespół Angelmana, rzadką chorobę genetyczną (Cox GF et al., *Intracytoplasmic sperm injection may increase the risk of imprinting defects*, Am J Human Gen 71:162–164, 2002). Pozostaje również kwestia ryzyka nabycia przez takie dzieci tych samych problemów z niepłodnością, które wcześniej doprowadziły ich rodziców do zastosowania metody ICSI. Wydaje się, iż osoby stosujące ART uważają, iż są w stanie kontrolować wszystkie czynniki, aby osiągnąć oczekiwane skutki, jednak w rzeczywistości tak nie jest”.

Cykle IVF. Rezultaty w wybranych regionach

Kraj	Próby	Transfery	Ciąże na 1 próbę (%)	Poród na 1 próbę (%)	Dzieci (w liczbach)	Dzieci na 1 próbę (%)
Azja	16 901	NA	24,3	14,0	3 026	17,9
Australia	6709	NA	21,6	16,8	1 413	21,1
Europa	112 708	98 215	24,7	16,4	23 771	22,9
Dania	4 999	4 418	27,9	21,9	1 391	27,8
Niemcy	30 353	25 327	22,5	14,8	5 791	19,1
Norwegia	2 463	2 229	26,6	22,3	713	28,9
Polska	1 022	898	17,9	13,6	175	17,1
Szwecja	3 699	3 392	31,0	24,0	1 099	29,7
Ukraina	778	736	23,3	16,5	178	22,9
Ameryka Łacińska	3 694	3 249	24,4	19,4	979	26,5
Kanada	1 926	1 782	30,2	24,0	630	32,7
USA	28 940	26 905	38,5	31,0	12 673	43,8

International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology, World collaborative report on in vitro fertilization, 2000, Fertility and Sterility, Vol. 85, No. 6, June 2006

Problemy in vitro

Czarnoskóre dzieci białych rodziców

W klinice szpitala w Leeds (Wielka Brytania) nastąpiła pomyłka, w wyniku której biała para rodziców posiada czarnoskóre dzieci (bliźniaki). W czasie procesu sądowego ujawniono, że podobnych przypadków pomyłek zarodków ludzkich w tej klinice było 11. Ta sama klinika zniszczyła 7 poczętych dzieci, gdyż w wyniku zaniedbań tamtejszego personelu doszło do kolejnych pomyłek.¹ Brytyjska para, której przez pomyłkę urodzili się bliźniaki o cechach rasy azjatyckiej, tak opisuje swoje przeżycia: „To był szok fizyczny. Sam fakt, że mam dzieci z obcą osobą, już był złem sam w sobie. Nasza radość z długo oczekiwanych dzieci zastała zachwiana”.²

Dziecko wbrew woli zmarłego mężczyzny

W Takamatsu (Japonia) miał miejsce proces sądowy o uznanie ojcostwa dziecka poczętego in vitro ze spermy zmarłego mężczyzny. Za pomocą sztucznego zapłodnienia w ciążę zaszło wdowa po mężczyźnie, która praw do uznania ojcostwa dziecka musiała dochodzić w sądzie. Osobną kwestią moralną jest fakt, że mężczyzna przed śmiercią złożył pisemne oświadczenie, że nie zezwala na użycie jego nasienia do zapłodnienia swojej żony już po śmierci.

Waszyngtoński Sąd Najwyższy nakazał zniszczenie dwóch embrionów – poczętych dzieci wbrew woli matki

Państwo David i Becky Litowitz poczęli wspólnie dzieci za pomocą metody in vitro.

Dwa embriony zostały zamrożone. Następnie państwo Litowitz się rozeszli i w trakcie rozwoju pan Litowitz zażądał zniszczenia embrionów – co było sprzeczne z wolą pani Litowitz, która pragnęła urodzić i wychować dopiero co poczęte dzieci. Sąd Najwyższy (2002 r.) jednak zarządził zniszczenie zamrożonych embrionów – zabicie poczętych dzieci. Agencja AP wspomina, że podobne przypadki miały miejsce w Nowym Jorku, Massachusetts i Tennessee i za każdym razem sąd orzekł zniszczenie embrionów – wbrew woli kobiety.³

Embrion nie posiada praw jednostki, więc można go zniszczyć – według Trybunału w Starsburgu

Podobny konflikt między brytyjskimi rodzicami dziecka w fazie embrionalnej miał miejsce przed Europejskim Trybunałem Sprawiedliwości w Strasburgu (2006). 34-letnia Natalie Evans w roku 2001 zapadła na raka jajników. Postanowiła wtedy wraz z narzeczonym Howardem Johnstonem zamrozić sześć embrionów – poczętych istot ludzkich. Wkrótce potem para postanowiła się rozstać i Howard wycofał zgodę na wykorzystanie embrionów. Dla pani Evans zamrożone embriony to ostatnia szansa, by mieć własne dzieci. Trybunał uznał, że w tym przypadku decydujące znaczenia ma ustawodawstwo narodowe – a prawo brytyjskie wymaga zgody obu rodziców a embrionowi nie przysługują praw jednostki, więc jego prawa nie są naruszone.

Zabijanie poczętych dzieci „nieodpowiedniej” płci

33-letnia Brytyjka, Nicola Chenery, matka 4 synów udała się do Hiszpanii (2003), by tam metodą in vitro zająć w ciążę i urodzić dziewczynkę. Brytyjskie prawo nie zezwala na selekcję embrionów ze względu na płeć. Kobieta zdawała sobie sprawę, że w praktyce jej decyzja oznacza zniszczenie embrionów nieodpowiedniej płci.⁴

Dzieci z określonym materiałem genetycznym „na zamówienie”

Państwo Raj i Shahana Hashmi uzyskali od brytyjskich komisji zajmującej się ludzką płodnością i embriologią (Human Fertilisation and Embryology Authority) zezwolenie (2002 r.) na zająć w ciążę metodą in vitro i urodzenie dziecka tylko z określonymi przez nich cechami genetycznymi. W czasie procedury in vitro inne – niezależnie czy zdrowe czy z wadami – poczęte dzieci zostały zniszczone. Państwo Hashmi chcą w ten sposób uzyskać ratunek dla swojego narodzonego już synka, cierpiącego na rzadką chorobę krwi.⁵

Eugeniczne praktyki

W Melbourne (Australia) narodził się (2004 r.) chłopiec, Nathan Charles Runciman, który na etapie embrionalnym podczas procedury in vitro został przebadany pod kątem posiadania lub nie genu odpowiedzialnego za raka jelita. Dopiero po odpowiednich testach i upewnieniu się, że embrion nie posiada tego genu rodzice chłopca zdecydowali się na kontynuację procedury in vitro.⁶

Biznes in vitro – 500 miliardów funtów rocznie

Profesor Debora Spar z prestiżowej Harvard Business School w książce „The Baby Business” (Dziecięcy Biznes) oszacowała wielkość rynku sztucznego zapłodnienia na 500 mld funtów rocznie. Píše ona: „Musimy mieć świadomość, że powstał potężny »dziecięcy biznes«. Dlatego nie ma co udawać – musimy odejść od emocji i uczuć, a pójść w kierunku racjonalnego, ekonomicznego myślenia. Zapewne brzmi to bardzo zimno i bezwzględnie, ale jest to bardziej humanitarne podejście do pacjentów. Ci ludzie powinni dostrzegać komercyjne elementy tej »transakcji o dziecko«, a nie postrzegać ją wyłącznie w aspekcie emocjonalnym”. Teraz zamierza zwrócić się do instytucji nadzorujących procedury zapłodnienia pozaustrojowego (m. in. do brytyjskiej Komisji ds. Zapłodnienia i Embriologii Człowieka) z apelem o uświadamianie pacjentów. Według prof. Spar, należy jak naj-

szybciej wyjaśnić pacjentom, aby dali sobie spokój z jakimkolwiek sentymentalnym podejściem („pełni współczucia, wrażliwi lekarze pomogą nam w naszym nieszczęściu i dzięki ich leczeniu zostaniemy szczęśliwymi rodzicami”) i zaczęli się traktować, jak klienci określonego przemysłu.⁷

Co robić z zamrożonymi istotami ludzkimi?

W 2004 r. francuskie władze podały do wiadomości, że do 31 grudnia 2000 r. we Francji było przechowywanych ponad 118 tys. embrionów ludzkich. Wśród nich ponad 22 tys. było zamrożonych od ponad 5 lat, a w przypadku 31 tys. nie wiadomo było, od jak dawna są zamrożone. Około 23 tys. zostało już oficjalnie „porzuconych” przez rodziców.⁸ Podobny problem występuje w innych krajach. W jednej z klinik Barcelony, Instytucie Marques, istnieje możliwość adopcji zamrożonych embrionów. „Nie chcesz, aby zamrożony ludzki zarodek stał się obiektem badań naukowych? Adoptuj go!” – zachęca klinika. Na ten krok zdecydowało się 14 kobiet – wszystkim udało się zająć w ciążę.⁹

Dam pracę – urodź moje dziecko!

Bezdzietne małżeństwo z województwa pomorskiego poszukuje kobiety, która donosi stworzony z ich komórek embrion. Takie ogłoszenie ukazało się w prasie pod hasłem „dam pracę” – donosi jedna z ogólnopolskich gazet.

Dziecko sprzedane po licytacji w internecie – współczesne niewolnictwo

An Blomme, Belgijka zawarła umowę z pewną belgijską parą, że za 10 tys. euro urodzi dziecko poczęte in vitro z użyciem spermy holenderskiego mężczyzny. Po paru miesiącach ciąży wystawiła nienarodzone dziecko na licytację w internecie i wskutek uzyskania większej ceny – 15 tys. euro – od pary holenderskiej, im oddała dziecko. Kobięcie grozi proces za udział w handlu ludźmi.¹⁰

Dawca spermy musi płacić alimenty

Sąd Najwyższy Szwecji nakazał (2005) dawcy spermy dla pary lesbijskiej płacić alimentów na rzecz trójki dzieci, których jest biologicznym ojcem. Mężczyzna zawarł z kobietami umowę, że całą odpowiedzialność za synów one biorą na siebie. Kobiety się jednak rozstały i ta, która urodziła dzieci wystąpiła do sądu o alimenty. Alimenty wynoszą 1200 pln na miesiąc plus suma zaległa w wysokości 180 tys. pln.¹¹

Dawca spermy przekazał 5 dzieciom śmiertelną chorobę

Do Lawrence Boxera, dyrektora dziecięcego oddziału hematologii i onkologii przy Uniwersytecie Michigan (USA) zgłosiły się rodziny, których 5 dzieci było chorych na neutropenię, śmiertelną chorobę krwi. Po docho-dzeniu okazało się, że dzieci odziedziczyły chorobę po biologicznym ojcu podczas procedury in vitro.¹²

Wyrzeka się dziecka, żona użyła obcego nasienia

Poznański sąd musi rozstrzygnąć, czy ojciec ma prawo wyrzec się dziecka z próbówki, ponieważ żona użyła do zapłodnienia nie jego nasienia. Tomasz P. uważa, że córka, którą urodziła w czerwcu jego żona, nie jest jego dzieckiem. Anna P. upiera się, że to ich wspólny potomek. Sprawa byłaby zapewne prosta do wyjaśnienia, gdyby nie fakt, że dziecko zostało poczęte wskutek zapłodnienia in vitro. I użyte do zabiegu nasienie nie pochodziło od Tomasza P. Anna P. przyznała, że do skutecznego zapłodnienia doszło w tajemnicy przed mężem. Obecnie para jest w trakcie rozwodu.¹³

Piśmiennictwo:

¹ LifeSiteNews, June 22, 2004

² *Guardian*, May 30, 2006

³ LifeSiteNews, June 14, 2002

⁴ LifeSiteNews, June 27, 2003

⁵ LifeSiteNews, February 25, 2002

⁶ LifeSiteNews, February 16, 2004

⁷ *The Times*, 29.03.2006

⁸ *Nasz Dziennik*, 7 października 2004

⁹ *Gazeta Wyborcza*, 5–6 marca 2005

¹⁰ *Gazeta Wyborcza*, 25–26 maja 2005

¹¹ *Rzeczpospolita*, 18 października 2005

¹² LifeSiteNews, May 23, 2006

¹³ www.gazeta.pl, 20 października 2006

Jak donosi portal BioNews, w latach 1991–2005 w Wielkiej Brytanii wytworzono 2 137 924 ludzkich embrionów w ramach pomocy parom starającym się o dziecko. W tym okresie, według brytyjskiego Urzędu do Spraw Płodności i Embriologii (HFEA), łączna liczba żywych dzieci urodzonych poprzez użycie procedur zapłodnienia in vitro wynosi 109 469. **Co się w takim razie stało z pozostałymi 2 028 455 ludzkimi zarodkami?**

John Smeaton, SPUC National Director

Alternatywa dla in vitro

Naprotechnologia

– kompleksowy sposób postępowania w leczeniu niepłodności w zgodzie z kobiecą fizjologią i godnością

Współpraca z naturalną płodnością – bez jej niszczenia

Naprotechnologia (w skrócie NaPro) jest rodzajem terapii, której zasadą jest rozpoznawanie i leczenie zaburzeń prokreacji bez stosowania metod i środków niszczących naturalne jej mechanizmy. Jako kompleksowy sposób postępowania uwzględnia naturalne mechanizmy płodności, ich cykliczną fizjologię i zakłada, że diagnostyka i leczenie powinny być dostosowane indywidualnie do każdej kobiety, do jej zdrowia. Wykorzystuje zarówno specjalistyczną wiedzę medyczną z dziedzin endokrynologii i chirurgii ginekologicznej, jak i dokładnie prowadzone obserwacje cyklu płodności u kobiety. Zakłada ścisłą współpracę z parą małżeńską, która za pomocą instruktora prowadzi i dostarcza lekarzowi dokładnie prowadzone obserwacje przejawów płodności, zwłaszcza śluzu szyjki macicy, według modyfikowanej metody Billingsa – metody Creightona. Diagnostyka i leczenie farmakologiczne są dopasowywane do przebiegu naturalnego cyklu owulacyjnego. Przy tym w naprotechnologii zachowana jest zasada „primum non nocere” – po pierwsze nie szkodzić, i dlatego nie stosuje się środków ani metod eliminujących prawidłową owulację, a tym bardziej tak zwanego wspomaganego rozrodu (na przykład „in vitro”) czy innych praktyk budzących wątpliwości etyczne.

Naprotechnologia zakłada dążenie do poczęcia dziecka na drodze naturalnej, ludzkiej, czyli w ramach małżeństwa, intymności, wyłączności i miłości. Szanuje wyłączność małżeństwa, szanuje granice ich intymności. Chce wyszukiwać i leczyć przyczyny niepłodności, aby przywracać zdrowie kobietom i nie ignoruje nawet subtelnych sygnałów, że potrzebne jest leczenie, jakie mogą dostarczać karty obserwacji cyklu płodności. Jest to bardzo ważne, gdyż niestety, przy problemach niepłodności małżeństwa często są szybko kierowane do sztucznego rozrodu (na przykład „in vitro”), więc tracą nadzieję na naturalne poczęcie dziecka i nie otrzymują prawdziwego leczenia, jakiego domaga się ich zdrowie. Natomiast schematy leczenia w na-

protechnologii nigdy nie proponują zastąpienia aktu małżeńskiego procedurami sztucznego rozrodu. Zawsze szanują wyłączność małżeńskiego powołania do rodzicielstwa.

Respektując kontekst miłości ludzkiej jako kontekst wszelkich działań w dziedzinie prokreacji czy płciowości, naprotechnologia także od samego początku szanuje integralność płciową mężczyzny. Niestety, to ona często staje się pierwszą ofiarą programu sztucznego rozrodu, gdy mężczyzna jest proszony o masturbację dla „badania nasienia”. Jest często proszony przez lekarzy o to, aby doprowadził siebie do takiego pobudzenia psychofizycznego, które normalnie wyraża miłość, lojalność i oddanie osobie ukochanej... poprzez dokonanie na sobie samogwałtu, często przy pomocy pornografii. Swoją płodnością, czyli integralnym elementem aktu małżeńskiego, nie obdarza wówczas żony, lecz laboratorium. Tymczasem, według zaleceń naprotechnologii próbki nasienia do badania można uzyskać przy naturalnym współżyciu – w godzinach porannych – poprzez użycie perforowanych koszulek plastikowych (ich przedziurawienie zachowuje potencjalnie płodny wymiar aktu), przelanie ejakulatu do czystego pojemnika i jego dowieszenie jeszcze rano do laboratorium. Taka metoda pobrania nie tylko respektuje integralność płciową i godność mężczyzny, ale też daje lepszej jakości informację, bo dotyczącą naturalnego kontekstu wytrysku. Wyniki przy masturbacji mogą być zaniżone.

Silny kręgosłup etyczny

Wyraźne granice moralne, jakich naprotechnologia nie przekracza, są również jej siłą. Dzięki nim wychodzi ona naprzeciw brakom zrodzonym z przejścia wielu współczesnych ośrodków medycznych w kierunku sztucznego rozrodu. W praktyce sztuczne metody rozrodu często zamykają drogę do leczenia. Stanowią barierę dla znajdowania i usuwania przyczyn niepłodności, gdyż są półściem na skrót. Jako metody przekraczające granice etyczne, stają się poniekąd spektakularne, a w ich cieniu „ginie” zwyczajna medycyna. Stąd często zostają pominięte podstawowe etapy diagno-

styki i leczenia – zwłaszcza uwzględnienia objawów owulacji i obserwacji cyklu płodności – z których naprotechnologia czerpie duży – niestety często niedoceniany przez innych lekarzy – potencjał diagnostyczny i leczniczy.

Naprotechnologia również wychodzi naprzeciw potrzebie pacjentów, którzy, zwłaszcza w tak delikatnej dziedzinie – chcą powierzyć swoje zdrowie w ręce lekarzy, którym ufają. Brak zasad moralnych w medycynie prokreacyjnej sprawia, że małżeństwa zgłaszające się z problemem niepłodności często muszą zmierzyć się z dezorganizacją całego systemu leczenia. Wędrują od specjalisty do specjalisty, nieraz cierpiąc upokorzenia, zmagając się ze zrozumiętą huśtawką emocjonalną. Wydają coraz więcej pieniędzy na kolejne, zawodne próby uzyskania poczęcia w coraz bardziej odczłowieczonych kontekstach, i to nieraz przez długie lata. Przyczynia się to do bardzo słabych wyników zarówno diagnostyki, jak i leczenia. Dla przykładu, kliniki in vitro w Anglii notują „nieznaną przyczynę niepłodności” u połowy małżeństw. Trudno się dziwić, że zaufanie pacjentów do lekarzy w tej dziedzinie maleje. W momencie, gdy większość ośrodków kształcenia medycznego wybiera kierunek rozrodu wspomaganego, potrzebny jest dodatkowy, równoległy system kształcenia lekarzy, który zapewni wysoki poziom formacji etycznej i optymalne wykorzystanie wszelkich medycznych możliwości leczenia przyczyn niepłodności. Stąd nadzieja, jaką słusznie pokłada się w inwestowanie w wiedzę środowiska medycznego o naprotechnologii.

Skuteczność diagnostyczna metod opracowanych przez naprotechnologię wielokrotnie przewyższa wskaźniki używane przez ośrodki kierujące pacjentów do sztucznego rozrodu. Przy stosowaniu naprotechnologii niemożność postawienia jakiegokolwiek diagnozy u małżeństw zgłaszających się z problemami płodności niemalże nie występuje. Najczęściej występuje kilka czynników patofizjologicznych upośledzających płodność równocześnie i leczenie według naprotechnologii usiłuje zdiagnozować i kompleksowo leczyć wszystkie czynniki, jakie mogą być poddane leczeniu.

Wyniki leczenia pokazują, że z czasem większości małżeństw można pomóc, a pozostałe małżeństwa przynajmniej nabierają pewności, że zrobiono to, co możliwe, aby zdiagnozować i wyleczyć przyczyny ich niepłodności, rozumieją czynniki warunkujące ich płodność, uzyskują potrzebną pomoc, aby zaakceptować zaistniałe ograniczenia i nie czują się przymuszeni do dalszego wędrowania od specjalisty do specjalisty.

Naprotechnologia zatem wychodzi na przeciw głębokim ludzkim dążeniom, aby uczynić wszystko, co możliwe i rozsądne, aby mogło dojść do poczęcia na drodze naturalnej, podczas gdy, niestety, wiele klinik i ośrodków zmierza w przeciwnym kierunku.

Uporządkowanie leczenia

Schematy leczenia w naprotechnologii charakteryzują się uporządkowaniem, tym samym oszczędzając niepotrzebnych frustracji i kosztów. Zostały one opracowane na podstawie ponad 25 lat praktyki i badań lekarskich prowadzonych przez prof. Thomasa Hilgersa i założony przez niego Instytut Pawła VI w stanie Nebraska (USA). Prof. Thomas Hilgers z kolei, wykorzystał badania dotyczące obserwacji płodności przez kobiety wcześniej przeprowadzone przez dra Johna Billingsa w Australii i Prof. Erica Odeblada w Szwecji. Ponadto, dzięki stałej współpracy ośrodków naprotechnologii, wyniki i dane o przebiegu leczenia są dokładnie dokumentowane, analizowane i monitorowane, zaś zalecenia są na bieżąco udoskonalane. Struktury, jakie powstały wśród lekarzy stosujących naprotechnologię też zapewniają im możliwości wymiany myśli, wiedzy medycznej i doświadczeń, aby mogli stale doskonalić się zawodowo, podczas gdy tak wiele innych struktur i zjazdów lekarskich i ginekologicznych rozprasza się na technicznych aspektach sztucznego rozrodu lub kontroli urodzin, odchodząc od zrozumienia patofizjologicznych zaburzeń warunkujących płodność.

Proste metody i rzetelny wywiad przed podejmowaniem metod bardziej inwazyjnych

Naprotechnologia zaczyna od prostych, ale pełnych obserwacji cyklu płodności pod okiem instruktora prowadzącego. Instruktorzy poświęcają dużo czasu indywidualnym małżeństwom i odgrywają bardzo ważną rolę na poziomie „przed-lekarskim”, zezwalającą na optymalizację dalszej pracy samych lekarzy. Ten etap zakłada ścisłą współpracę małżeństwa z zespo-

łem leczniczym, zwłaszcza z instruktorem, i inwestycję w wiedzę samych pacjentów. Prowadzony jest ściśle standaryzowany zapis obserwacji zewnętrznych śluzu (bez pomiaru temperatury), który pozwala na analizy porównawcze i także dokładną ocenę jakości objawu śluzu szyjkowego. Już na tym etapie, jeszcze przed wdrożeniem leczenia, dzięki wiedzy opartej na „mapie płodności” (czyli na karcie obserwacji cyklu kobiety) uzyskanej w pierwszych miesiącach, około 30 proc. małżeństw zgłaszających się z problemem niepłodności uzyskuje upragnione poczęcie.

Diagnostyka skorelowana z cyklem

W następnym etapie leczenia naprotechnologia przewiduje badania diagnostyczne, na przykład pomiary poziomu hormonów lub USG jajników, które są precyzyjnie skorelowane z obserwacjami cyklu. Uwzględniają dokładny czas przed i po szczycie objawu śluzu płodnego u indywidualnej kobiety w danym cyklu płodności, tym samym zezwala na znaczne zawężenie rozpiętości „norm”. Ocena czy leczenie lutealnej fazy cyklu owulacyjnego, na przykład jest oparte nie o założenie, iż owulacja występuje 14 dnia cyklu (co jest może średnią statystyczną, ale ma miejsce tylko w około 20% cyklów), lecz z dokładnością 3, 5, 7 i 9 dni po szczycie objawu śluzu, czyli po owulacji. Zezwala to na wnikliwszą analizę wyników pomiarów diagnostycznych, a potem na bardziej precyzyjne leczenie. Chodzi o rzetelne uwzględnienie fizjologii cyklu miesięcznego jako istotnego czynnika płodności.

Niektóre kliniki tzw. leczenia niepłodności czy raczej in-vitro reklamują się twierdząc, że pełen komplet badań diagnostycznych wykonują jednego dnia. Przy tak wycinkowym podejściu diagnostyka samego cyklu, i właściwie całej endokrynologii płodności, jest po prostu pomijana, bo dynamika fizjologii płodności kobiecej jest rozpięta w czasie, którego nie da się przyspieszyć do jednego dnia. W naprotechnologii natomiast, nikt nie podejmie się oceny zdrowia prokreacyjnego kobiety bez dokładnej oceny przebiegu co najmniej kilku cykli owulacyjnych.

Następnie wdrażane jest ewentualne leczenie i rzetelne monitorowanie przebiegu leczenia na podstawie kart obserwacji, aby uzyskać prawidłowy przebieg cyklu płodności. Lekarze często proszą małżeństwa, aby nie starały się o poczęcie dziecka od razu, lecz aby „odliczały” zdrowe cykle, by zapewnić przyszłemu dziecku optymalne warunki dla dalszego rozwoju.

NaPro również przewiduje ewentualne interwencje z zakresu chirurgii korekcyjnej (np.

udrożnienie jajowodów, usuwanie zrostów itp.), w której wykorzystuje najnowsze zdobycze techniki i kładzie duży nacisk na wszelkie szczegóły, które są niezbędne do zapobiegania powstawaniu zrostów. Zrosty są częstym „cichym” następstwem ingerencji chirurgicznych w obrębie miednicy mniejszej, znacząco upośledzającym płodność a zwłaszcza pracę jajowodów, dlatego w naprotechnologii został opracowany kompleksowy i staranny system technik i środków zapobiegających ich powstawaniu.

Zapobieganie dalszym niepowodzeniom i poronieniom poczętego dziecka

Cała filozofia tej metody nastawiona jest nie tylko na uzyskanie ciąży, ale również na jej pomyślny przebieg, dobre prowadzenie i zapobieganie poronieniom lub wcześniactwu. Niedonoszona ciąża to nie tylko kwestia inkubatorów czy przyszłego zdrowia dziecka. To także problem stosowania inwazyjnych technik zapładniania, często kończących się ciążą mnogą, w wyniku której rodzą się trojaczki lub czworaczki. Dzieci te są narażone na zmniejszone szanse rozwojowe i wysoką umieralność nieznaną naprotechnologii. Naprotechnologia ponadto może pomóc donosić ciążę do końca i urodzić potomstwo w 78 procentach „beznadziejnych” przypadków par, skazanych wcześniej na „nawykowe” poronienia (na przestrzeni 2 lat leczenia). Dzięki obserwacjom według metody Creightona, niektóre problemy, które w przyszłości mogą skutkować poronieniem dzieci, są wykrywane z wyprzedzeniem, zezwalając na ich leczenie zapobiegawcze. Prof. T. Hilgers prowadzi również ważne badania dotyczące współwystępowania poronień samoistnych i takich zaburzeń, jak endometrioza. Opracował szczegółowe schematy wspomagania progesteronowego, aby zapobiegać wcześniactwu i zapewnić dzieciom optymalny start w życiu.

Metoda cierpliwa lecz skuteczna

Naprotechnologia zezwala na szczęśliwe urodzenie dziecka aż u 70 – 80% małżeństw zgłaszających się z problemem niepłodności i poddających się pełnemu cyklowi leczenia. Dolna granica tego wskaźnika skuteczności jest natomiast zależna od grupy wiekowej i kategorii zaburzeń płodności, gdyż nie każdą przyczynę niepłodności można usunąć.

Przy tym trzeba zaznaczyć, że niekiedy leczenie według naprotechnologii wymaga

czasu – tak jak w dalszej perspektywie wychowywanie dzieci też wymaga cierpliwości. Lekarze NaPro zwracają na to uwagę i podkreślają, że dla dzieci korzystna jest atmosfera cierpliwości, niekiedy odpoczynku, a nie nadmiernego „wyścigu z zegarem biologicznym”. Naprotechnologia nie jest pójściem na skróty.

Naprotechnologia jako dobra inwestycja w wiedzę

Podsumowując, naprotechnologia jest schematem diagnostyki i leczenia opracowanym przez prof. T. Hilgersa (USA), mieszczącym się w zupełności w ramach medycyny konwencjonalnej. **Dąży do optymalizacji opieki przy zaburzeniach płodności i szanuje granice etyczne. Opiera się na zwykłych naukach medycznych, uwzględniając zwykłą fizjologię i jej objawy, które kobieta może u siebie obserwować dzień po dniu.** W tym celu małżeństwo uczy się możliwie jak najdokładniejszych obserwacji śluzu szyjkowego i ich wystandaryzowanego zapisu według metody Creightona od profesjonalnie do tego przygotowanych instruktorów „FertilityCare” (ang. troska o płodność). Na dalszych etapach instruktorzy prowadzący towarzyszą małżeństwom we współpracy z lekarzami NaPro. Wykorzystując współczesną wiedzę i technologię w zakresie endokrynologii, farmakologii, chirurgii ginekologicznej, jak i uzyskaną wiedzę o przebiegu cyklu płodności u kobiety, lekarz może w sposób

maksymalnie skuteczny pomóc kobiecie lub małżeństwu.

Natomiast dostępność tej metody jest uzależniona od dostępności wykwalifikowanych instruktorów i lekarzy. Jak dotychczas, zdobycie kwalifikacji wymagało odbycia szkoleń zagranicą, w USA. Zdobycie kwalifikacji, aby prowadzić małżeństwa w tej metodzie, wymaga też na razie, znajomości języka angielskiego.

Wyzwanie dla status quo

Porównanie metod proponowanych przez zwolenników in vitro z prawdziwym, przyczynowym leczeniem niepłodności – jakim jest na przykład naprotechnologia – i jej profilaktyką pokazuje, iż są to dwa odmienne światy. Z jednej strony medycyna oparta na naturalnych mechanizmach leżących u podstaw naszego zdrowia, a z drugiej najpierw wieloletnie ubezdzielnienie w ramach „kontroli urodzin”, potem badanie nasienia na drodze zleconej masturbacji, sztuczna inseminacja i lodówki pełne zamrożonych ludzi... Naprotechnologia jest po prostu przykładem zdrowej medycyny – nie ma punktów styeczności z programem zapłodnienia pozaustrojowego. Takie porównanie pokazuje, że in vitro nie jest leczeniem, a istnieje zdrowa medycyna, która szanuje granice etyczne i z tego czerpie jeszcze potencjał. Można żywić nadzieję, że znajomość naprotechnologii, a przynajmniej zapoznanie się z jej propozycjami, poprawi jakość leczenia

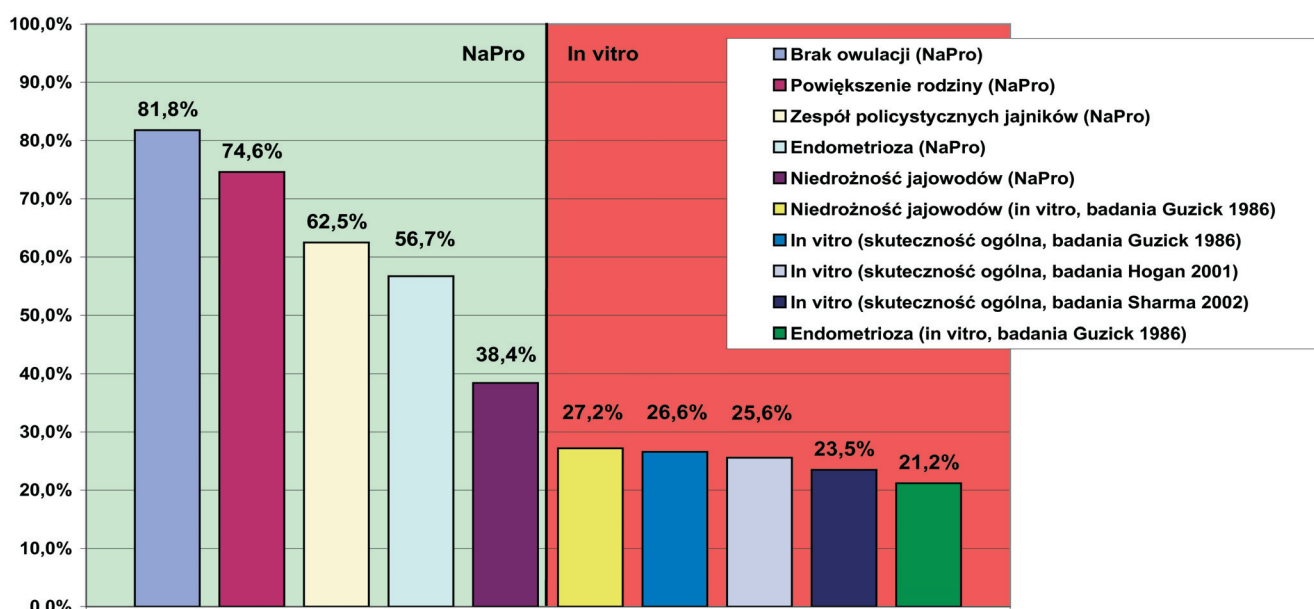
i badań we wszystkich ośrodkach zajmujących się zdrowiem prokreacyjnym, nie tylko wśród ewentualnych lekarzy NaPro.

Przyszłość w Polsce

W Polsce już pierwsze osoby działają jako instruktorzy-stażystki Fertility Care, natomiast zainteresowanie metodą sprawia, że jest duże zapotrzebowanie na więcej osób, które w pełni zaangażują się w profesjonalną obsługę zgłaszających się małżeństw po zdobyciu niezbędnych kwalifikacji akredytowanych przez ośrodek w Nebrasce. Pierwsze szkolenia zawodowe dla instruktorów w Polsce mają rozpocząć się jesienią tego roku (listopad 2008). Szkolenia będą składały się z dwóch 8-dniowych stacjonarnych kursów w odstępie półrocznym jak i z zajęć korespondencyjnych i z prowadzenia małżeństw pod ścisłym nadzorem instruktorów-wykładowców przez około 13 miesięcy. Na obecnym etapie wykwalifikowani instruktorzy-wykładowcy i lekarze NaPro będą przyjeżdżali do Polski z USA, aby wykształcić pierwsze grupy osób podejmujących się prowadzenia naprotechnologii zawodowo. Dopiero wówczas będzie to metoda szerzej dostępna w Polsce. Zachęcamy do włączenia się w tę inicjatywę i do darów na ten cel. Będzie to inwestycja w wiedzę, która przyniesie zwielokrotnione korzyści – łącznie z nadzieją na rzetelne leczenie lub potomstwo dla wielu małżeństw.

Maria Środoń, dyrektor wykonawczy MaterCare Polska

Wskaźniki uzyskania ciąży i powiększenia rodziny (na jedną kobietę)



Porównanie skuteczności naprotechnologii i procedury in vitro w wybranych problemach związanych z niepłodnością. Źródło: Pope Paul VI Institute (USA), www.naprotechnology.com



Bronić życia poczętych dzieci

Przyrzekaliśmy Matce Bożej na Jasnej Górze!

28 sierpnia mija kolejna rocznica złożenia przez półmilionową rzeszę Polaków Jasnogórskich Ślubów Narodu Polskiego. 26 sierpnia 1956 roku nasze matki i nasi ojcowie u stóp Matki Bożej ślubowali:

„Święta Boża Rodzicielko i Matko Dobrej Rady! Przyrzekamy Ci z oczyma utkwionymi w Żłóbek Betlejemski, że odtąd wszyscy staniemy na straży budzącego się życia.

Walczyć będziemy w obronie każdego dziecięcia i każdej kołyski równie mężnie, jak ojcowie nasi walczyli o byt i wolność Narodu, płacąc krwią własną.

Gotowi jesteśmy raczej śmierć ponieść aniżeli śmierć zadać bezbronnym”.

Tu na Jasnej Górze, 19 czerwca 1983 roku Sługa Boży Jan Paweł II nauczał:

„Nigdzie indziej Bóg nie uobecnia się we właściwym sobie działaniu wobec człowieka tak radykalnie i nigdzie indziej nie ujawnia się wobec człowieka tak namacalnie, jak w swoim stwórczym działaniu, czyli jako Dawca

darów życia ludzkiego. Stąd stosunek do daru życia jest wykładnikiem i podstawowym sprawdzianem autentycznego stosunku człowieka do Boga i do człowieka, czyli wykładnikiem i sprawdzianem autentycznej religijności i moralności”.

Na Jasnej Górze 15 sierpnia 1991 roku, wobec miliona młodzieży z całego świata Jan Paweł II apelował:

„Waszym posłannictwem jest zabezpieczenie w jutrzejszym świecie obecności takich wartości, jak pełna wolność religijna, poszanowanie osobowego wymiaru rozwoju, **ochrona prawa człowieka do życia począwszy od momentu poczęcia aż do naturalnej śmierci**, troska o rozwój i umocnienie rodziny”.

Obrona życia człowieka – od poczęcia po naturalny kres jest obowiązkiem każdego człowieka wierzącego czy niewierzącego – ale jest specjalnym zadaniem każdego katolika – Polaka. W dziele tym potrzebna jest ufna, wytrwała modlitwa, apostołstwo realizowane w rodzinie, sąsiedztwie, środowisku pracy.

Potrzebna jest także konkretna pomoc samotnym matkom, rodzinom wielodzietnym.

Polskie Stowarzyszenie Obrótców Życia Człowieka – powstałe w 1999 roku – prowadzi szeroką działalność pro-life. Prowadzimy i organizujemy modlitwę, pomagamy samotnym matkom, prowadzimy działalność edukacyjną.

Nasze Stowarzyszenie cieszy się uznaniem i błogosławieństwem wielu polskich biskupów. Ostatnio – 9 czerwca br. – ks. kard. Józef Glemp, Prymas Polski przyjął na specjalnej audiencji w Warszawie przedstawicieli naszego Stowarzyszenia i udzielił nam swego Błogosławieństwa.

Nasze Stowarzyszenie nie otrzymuje żadnych dotacji z budżetu państwa czy funduszy UE. Działamy tylko w oparciu o „dary serca” osób, które pragną ratować życie człowieka, osób, które czują się zobowiązane do realizacji Jasnogórskich Ślubów Narodu Polskiego i które chcą wprowadzać w życie apele i nauczanie Sługi Bożego Jana Pawła II.

Proszę więc o „dary serca”. Gdyby każdy z Czytelników ofiarował na ten szlachetny cel 20–30 zł, to mogliśmy zintensyfikować naszą działalność. Proszę serdecznie w imieniu tych, którzy nie mogą się bronić – nienarodzonych dzieci.

dr inż. Antoni Zięba, prezes

**KAŻDY CZŁOWIEK MA PRAWO DO ŻYCIA
– KAŻDE POCZĘTE DZIECKO TAKŻE!**

Nózki dziecka
w 11. tygodniu od poczęcia

Fot. A. Zachwiejka

Dary można wysłać przekazem pocztowym na adres: Polskie Stowarzyszenie Obrótców Życia Człowieka
ul. Krowoderska 24/1, 31-142 Kraków lub przelać na konto bankowe:
Pekao SA O/Kraków 93 1240 4650 1111 0000 5150 8401



Wychowawca

MIESIĘCZNIK NAUCZYCIELI I WYCHOWAWCÓW KATOLICKICH

Nauczyciele i katecheci!

- Jeśli chcecie włączyć się w obronę życia człowieka od poczęcia do naturalnej śmierci;
- Jeśli brakuje Wam pomysłów na ciekawe zajęcia z młodzieżą;
- Jeśli macie kłopoty z opanowaniem żywiołowej klasy;
- Jeśli potrzebujecie inspiracji, by przygotować ciekawe przedstawienie teatralne;
- Jeśli chcecie pogłębić współpracę z rodzicami uczniów

zaprenumerujcie „Wychowawcę”!

Każdy numer to realizacja tematów związanych z wychowaniem i profilaktyką:

- materiały pro-life,
- konspekty lekcji wychowawczych dot. profilaktyki i zachowań ryzykownych,
- scenariusze teatralne na święta, rocznice i uroczystości szkolne,
- propozycje form współpracy z rodzicami.

Można jeszcze zaprenumerować „Wychowawcę” na II półrocze 2008 w cenie 29 zł

Cena: 33 zł/pół roku, 65 zł/rok (z przesyłką) obowiązuje od stycznia 2009.

Wydawca: Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli i Wychowawców, ul. Mikołajska 17, 31-027 Kraków, tel./fax (012) 423 23 24,
nr rachunku: 63 1240 4650 1111 0000 5157 2864.

Formularz prenumeraty na www.wychowawca.pl



CZŁOWIEK – MIŁOŚĆ – RODZINA

Cykl 10 filmów edukacyjnych na płytach DVD do przedmiotu szkolnego „Wychowania do życia w rodzinie”. Środek dydaktyczny zalecany przez Ministerstwo Edukacji Narodowej, wpisany do wykazu środków dydaktycznych MEN pod numerami 743-752/1999. Scenariusz i reżyseria: Izabela Drobotowicz-Orkisz.

Filmy uzyskały I nagrodę na XV Międzynarodowym Katolickim Festiwalu Filmów i Multimedów w Niepokalanowie.

Wydziały katechetyczne kurii archidiecezjalnych w Warszawie, Lublinie i Krakowie wysoko oceniły te pomoce dydaktyczne.

Filmy integrują treści natury biologicznej z podstawowymi informacjami z zakresu psychologii i etyki. Skierowane są do nauczycieli i pedagogów z przeznaczeniem do wykorzystania na lekcjach dla młodzieży w wieku od 12 do 19 lat, oraz rodziców i katechetów, a także do wykorzystania na naukach przedślubnych dla narzeczonych. Czas trwania każdego z filmów: ok. 20 min. Tytuły filmów:

- CZŁOWIEK OD POCZĘCIA • DO PROGU DOJRZEWANIA • TAJEMNICE KOBIECOŚCI
- TAJEMNICE MĘSKOŚCI • CZŁOWIEK – ISTOTA PŁCIOWA • ETYKA SEKSUALNOŚCI
- DRAMAT ABORCJI • NATURALNE PLANOWANE RODZINY
- CZAS OCZEKIWANIA • MIŁOŚĆ

Filmy dostępne są na płytach DVD wraz z konspektami dla nauczycieli na osobnej płycie CD. Cena 58 zł za komplet plus 8 zł koszty wysyłki.

Należność płatna przelewem po otrzymaniu płyt i faktury VAT. Szkoły prosimy o podawanie numeru NIP.

Informacje i zamówienia:

Fundacja „Źródło”, ul. Mikołajska 17, 31-027 Kraków
tel./fax: (012) 423-22-57, e-mail: redakcja@zrodlo.krakow.pl

