

bp Józef Wróbel SCJ

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie

NIEPŁODNOŚĆ I MOŻLIWOŚCI JEJ PRZEZWYCIĘŻENIA Z PERSPEKTYWY BIOETYKI KATOLICKIEJ

INFERTILITY AND POSSIBILITIES TO OVERCOME IT FROM THE PERSPECTIVE OF CATHOLIC BIOETHICS

Abstrakt

Niepłodność staje się coraz większym problemem związków małżeńskich. W jednakowym stopniu dotyczy ona mężczyzn i kobiet. Mając na uwadze wartość płodności i rodzicielstwa (w wymiarze indywidualnym, społecznym i eklezjalnym), z pomocą bezdzietnym małżeństwom stara się przyjść medycyna. Korzysta ona z dwóch skrajnie różnych metod. Z jednej strony są to metody sztucznej prokreacji. Z drugiej strony są to metody naturalne. W licznych dokumentach Magisterium Kościoła odrzuca metody sztuczne jako godzące w godność dziecka i jego rodziców, a nie rzadko także niosące ze sobą duże zagrożenie dla zdrowia dziecka i jego matki. Jednocześnie bioetyka katolicka odnosi się z szacunkiem do metod medycznych leczących stany chorobowe utrudniające poczęcie i urodzenie dziecka. Warunkiem jest uszanowanie naturalnego aktu prokreacyjnego w łonie małżeństwa.

Słowa kluczowe: niepłodność, in vitro, naprotechnologia

Abstract

Infertility has become more frequent problem of the married couples. Equally it affects both men and women. Taking into consideration the value of fertility and parenthood (in various dimensions: individual, social and ecclesial) the medicine attempts to come with necessary help to childless couples. It uses two extremely different methods. On one hand there are methods of artificial procreation. On the other hand there are natural methods of procreation. In numerous documents the Magisterium of the Church rejects the artificial methods as discriminatory against the rights and dignity of the child and the parents, and often carrying an enormous danger to the health of the child and the mother. At the same time Catholic bioethics accepts and approves the medical methods healing the diseases, which are the obstacles in conceiving and delivering a child. The condition is to respect the natural act of procreation within the married couple.

Keywords: infertility, in vitro, NaProTechnology

Niepłodność¹ nie jest przeżywana wyłącznie przez dotknięte nią małżeństwa. Na różnych płaszczyznach jej skutków doświadczają również ludzka społeczność i wspólnota Kościoła. Naprzeciw tym problemom stara się wyjść biomedycyna. Przedstawia ona różne propozycje przezwyciężenia trudności z poczęciem i zrodzeniem dziecka. Jedne z nich, o charakterze sztucznym, starają się obejść napotymane bariery metodami zastępczymi. Inne, o charakterze naturalnym, starają się osiągnąć ten cel, między innymi z pomocą działań o charakterze medyczno-terapeutycznym. Metody te pozwalają bowiem w licznych przypadkach skutecznie

¹ W profesjonalnej literaturze wyróżnia się bezpłodność (stan trwały, nieodwracalny) i niepłodność (stan odwracalny). W niniejszej publikacji niepłodność oznacza obydwa stany, a partykularne odniesienie będzie wynikać z kontekstu prowadzonych analiz. W niektórych publikacjach można się też spotkać z podziałem na niepłodność całkowitą, względną, wrodzoną, nabytą, pierwotną, wtórną. Por. J. SKRZYPCZAK, L. PAWELCZYK, T. PISARSKI, *Zaburzenia czynności rozrodczych. Niepłodność żeńska*, w: T. Pisarski, M. Szamatowicz (red.), *Niepłodność*, Warszawa 1997, s. 302.

i trwale przewyciężyć niepłodność, przywracając naturalną zdolność zrodzenia dziecka.

W ramach wstępu należy też zauważyć, że różnicy między metodami sztucznymi i naprotechnologią nie określa wyłącznie specyfika stosowanych technik medycznych, to znaczy nienaturalność jednych metod i naturalność drugich. W rzeczywistości linia podziału między tymi metodami ma charakter jakościowy i pozostaje w bezpośrednim związku z godnością uczestniczących w procedurze osób oraz w zgodzie z klasycznym rozumieniem roli medycyny. Naprotechnologia jest ukierunkowana na pełne poszanowanie zasad moralnych wynikających z natury osoby ludzkiej. Z kolei metody sztuczne nie zwracają uwagi na te zasady i dążą do osiągnięcia wyznaczonego sobie celu dostępnymi środkami, nawet za cenę życia ludzkich embrionów oraz ich zdrowia.

1. Płodność jako dar

Płodność to nie tylko biologicznie i fizjologicznie rozumiana zdolność do przekazywania życia. Z perspektywy filozoficznej i teologicznej jest ona nieocenionym darem. Stanowi przedłużenie stwórczej płodności samego Boga, który dzięki małżonkom wciąż kontynuuje dzieło stworzenia człowieka i przemieniania świata. Stąd opis stworzenia pierwszych rodziców jako kobiety i mężczyzny na obraz i podobieństwo Boga (por. Rdz 1,27) podkreśla ich zróżnicowanie płciowe oraz zlecenie im przekazywania życia: „Bądźcie płodni i rozmnażajcie się, abyście zaludnili ziemię i uczynili ją sobie poddaną” (Rdz 1,28). Konsekwentnie płodność i rodzicielstwo są szczególnym darem potrójnie zorientowanym oraz znakiem Bożego błogosławieństwa²:

² Por. LEON XIII, Encyklika *Arcanum Divinae Sapientiae*, Rzym 1880, 6, „Chrześcjanin w świecie” 17(140) (1985), s. 89: „związkowi małżeńskiemu dane zostało wyższe i wznioślejsze posłannictwo niż to, które mu przysługiwało z natury; zmierzać ma ono nie tylko do utrzymania rodu ludzkiego, lecz do rodzenia dzieci Kościoła, współmieszkańcy świętych i domownicy Boży; aby mianowicie rodził się, był wychowywany lud czcicieli i wyznawców Boga i Zbawiciela naszego Chrystusa Pana”; JAN PAWEŁ II, Adhortacja apostołska *Familiaris consortio*, Rzym 1981, 17-19, a zwłaszcza numer 17, gdzie synod na-

– po pierwsze jest ona darem dla samych małżonków, którzy dzięki niej stają się rodzicami, a dziecko jest ucieleśnieniem ich miłości i nadzieją na przyszłość;

– w dalszej perspektywie jest ona darem dla ludzkiej społeczności, gdyż służy ona pomnażaniu rodzaju ludzkiego;

– w końcu jest ona szczególnym darem dla Kościoła, dzięki któremu może się urzeczywistnić zbawczy zamysł Boga i rozwijać królestwo Boże, zarówno na ziemi, jak i w niebie.

2. Niepłodność

Zgodnie z nową definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „para może być uznana za niepłodną, jeżeli po 12 miesiącach lub więcej regularnego niezabezpieczonego [przez środki antykoncepcyjne] seksualnego współżycia nie osiąga ciąży”³.

Jeszcze nie tak dawno za niepłodną uznawano tę parę, która nie miała dziecka po roku współżycia⁴. Określenie to jednak ignorowało fizjologiczną specyfikę cyklu płodności kobiety. Podczas gdy mężczyzna jest praktycznie cały czas płodny (jeżeli nie cierpi na jakieś ubezpłodniające go schorzenia), kobieta jest płodna w jednym cyklu tylko przez 12 do 24 godzin. Utrafienie w ten przedział czasu bez dobrego obeznania

światlił cztery podstawowe zadania rodziny: 1) tworzenie wspólnoty osób; 2) służba życiu; 3) udział w rozwoju społeczeństwa; 4) uczestnictwo w życiu i posłannictwie Kościoła; SOBÓR WATYKAŃSKI II, Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym *Gaudium et spes*, Rzym 1965, 50: „[Spełniając swoje rodzicielskie powołanie, małżonkowie] niech mają na uwadze dobro wspólnoty rodzinnej, społeczeństwa doczesnego i samego Kościoła”.

³ „Infertility is a disease of the reproductive system defined by the failure to achieve a clinical pregnancy after 12 months or more of regular unprotected sexual intercourse”. WORLD HEALTH ORGANISATION, *Sexual and Reproductive Health. Infertility Definitions and Terminology*, <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/> (odczyt z dn. 5.10.2017 r.). W definicji tej niepłodność została też uznana za jednostkę chorobową, której przydzielono numer w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10): N.46 – w przypadku niepłodności męskiej, oraz N.97 – dla niepłodności kobiety (z rozszerzeniami przyczynowymi, N.97.0-97.9).

⁴ Por. np. *Niepłodność*, w: E. Cravetto (red.), *Wielka encyklopedia medyczna*, T. 13, Warszawa 2011, s. 258.

w przedmiocie (zwłaszcza w przypadku organicznych zakłóceń rytmu) jest raczej trudne. Z badań wynika bowiem, że w ciągu roku współżycia otwartego na nowe życie tylko 50% małżeństw doczeka się dziecka. W drugim roku ilość ta wzrasta do 80%.

Z prowadzonych badań wynika też, że problemy z płodnością ma około 20-25% par, czyli w wymiarach ogólnoswiatowych około 60-80 mln związków małżeńskich. Wskaźnik ten cały czas wzrasta o około 2 mln rocznie. Dane te podobnie przedstawiają się w Polsce, przy czym 4% stanowią osoby niepełne, a 15% osoby z ograniczoną zdolnością wydania potomstwa⁵.

Prowadzone obserwacje mówią o porównywalnych problemach z płodnością w przypadku kobiet i mężczyzn. Statystycznie każda z płci w takiej samej mierze może być obciążona czynnikami ograniczającymi jej płodność, czyli 50% na 50%. Inni specjaliści stwierdzają natomiast, że w 40% przypadków niepełna jest kobieta, w 40% mężczyzna, a w 20% przypadków niepełni są obydwaj małżonkowie jednocześnie⁶.

2.1. Niepłodność żeńska

Medycyna poznała już wiele przyczyn niepłodności kobiet. Oto niektóre z nich:

1) Stan pierwotny (niepłodność pierwotna) jako efekt wrodzonych chorób genetycznych (np. zespół Turnera). Dotyczy to szczególnie wad rozwoju układu płciowego.

2) Dużą, bo aż 20-30%, grupę przyczyn niepłodności stanowią tak zwane czynniki mechaniczne. Zalicza się do nich niedrożność jajowodów, narośle, guzy i zrosty w obrębie miednicy.

⁵ Por. J. K. WOLSKI, *Niepłodność męska – diagnostyka i leczenie*, „Novum”, <http://www.novum.com.pl/niepłodność-męska-diagnostyka-i-leczenie> (odczyt z dn. 5.10.2017 r.). Por. także S. GURUNATH, Z. PANDIAN, R. A. ANDERSON, S. BHATTACHARYA, *Defining Infertility. A Systematic Review of Prevalence Studies*, „Human Reproduction Update” 5(17) (2011), s. 575.

⁶ Por. *Niepłodność*, w: E. Cravetto (red.), *Wielka encyklopedia medyczna*, dz. cyt., s. 258; także T. WASILEWSKI, *Niepłodność – przyczyny i możliwości leczenia*, w: *Naprotechnologia. Ekologia płodności*, Kraków 2009, s. 40.

3) Podobną miarę ilościową, czyli 20-30%, stanowią przyczyny hormonalne. Do tej grupy zalicza się policystyczne jajniki, zaburzenia cyklu owulacyjnego, niedostateczne oddziaływanie progesteronu, hiperprolaktynemia (czyli podwyższony poziom prolaktyny – hormonu przysadki mózgowej)⁷.

4) Stan środowiska biologicznego narządów rodnych kobiety. Niskie pH, czyli kwaśne środowisko narządu receptywnego kobiety, jest szkodliwe dla plemników i hamuje ich ruch.

5) 5% przypadków niepłodności jest wynikiem reakcji immunologicznej organizmu kobiety na gamety męskie. Przeciwciała skierowane przeciwko tym gametom są obecne we krwi kobiety, a także miejscowo w śluzie szyjkowym. Wpływ przeciwciał krążących na niepłodność jest większy niż przeciwciał ulokowanych lokalnie⁸.

6) Przebyte choroby układu rozrodczego, niedrożność jajowodów w efekcie stanów zapalnych (np. wywoływanych przez bakterie Chlamydie), endometrioza, czy też zrosty po operacjach ginekologicznych. Do tej grupy należy też zaliczyć zmiany organiczne i anatomiczne powstałe w wyniku chorób ogólnych, poczynając od chorób wieku dziecięcego.

7) Dobrowolny wybór w postaci trwałej w skutkach sterylizacji.

8) Efekt stosowania różnych środków i metod antykoncepcyjnych, zwłaszcza hormonalnych. Wbrew powszechnie nagłaśnianym opiniom niepłodność wywołana środkami antykoncepcyjnymi hormonalnymi nie zawsze ma charakter czasowy. Często staje się ona przyczyną niepłodności trwałej lub też poważnie utrudnia odzyskanie płodności po dłuższym okresie stosowania środków blokujących cykl płodności. Problem ten ujawnia się najczęściej w przypadku młodych dziewczyn, które wcześniej podejmują współżycie i stosują środki hormonalne. Blokiwanie cyklu płodności prowadzi do „wyłączenia” jajników, czy też do ich

⁷ Por. T. WASILEWSKI, *Niepłodność – przyczyny...*, dz. cyt., s. 39-40.

⁸ Por. H. BARTEL, *Embriologia*, Warszawa 2007⁴, s. 49-51; K. OSTROWSKI, *Embriologia człowieka*, Warszawa 1988, s. 41-43; M. KURPISZ, K. DREWS, *Wybrane zagadnienia z immunologii klinicznej*, w: T. Pisarski (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa 2002⁴, s. 59-60.

„uśpienia”. W efekcie takiego postępowania przywrócenie cykli płodności jest bardzo utrudnione⁹.

9) Stosowanie antykoncepcyjnych środków mechanicznych, takich jak wkładki domaciczne, które powodują stany zapalne, a w efekcie zrosty i niedrożność jajowodów.

10) Analogiczne następstwa niesie ze sobą wczesna inicjacja seksualna oraz promiskuityzm (częsta zmiana partnerów). Tego typu zachowania stają się przyczyną chorób płciowych wywołujących stany zapalne organów płciowych i ich niedrożność, a niekiedy także zakażenie wirusem HPV (Human Papillomavirus, czyli wirus brodawczaka ludzkiego), na które zapadają kobiety i mężczyźni najczęściej między 15. i 25. rokiem życia. Wirus ten niesie ze sobą ryzyko zmian patologicznych, a u kobiet także niebezpieczeństwo raka szyjki macicznej (jest on wykrywany w przypadku 99,7% tych zachorowań)¹⁰. Zmiany te i stosowane terapie nierzadko skutkują niepłodnością.

11) Ryzyko podobnych skutków niesie ze sobą aborcja mająca na celu uniknięcie ciąży przez młodocianą mamę¹¹.

12) Nierzadko niepłodność jest efektem różnych terapii, których domagają się stany chorobowe. W grę wchodzi między innymi leczenie operacyjne wspomnianych wcześniej policystycznych jajników, torbieli na jajnikach, endometriozy, zmian rakowych w obrębie miednicy.

⁹ Por. J. BĄTKIEWICZ-BROŻEK, *Bóg wyciągnął mnie z in vitro. Rozmowa z Jackiem Szulcem, do niedawna lekarzem jednej z największych klinik in vitro w Polsce* [porzucił praktykowanie in vitro 27 stycznia 2012 roku], „Gość Niedzielny” 11(93) (2016), s. 26-27: „90% pań, które przychodzą do mojego gabinetu z problemem płodności, ma krótszy lub dłuższy epizod brania hormonalnych środków antykoncepcyjnych”; „Firma, która produkuje leki potrzebne w programie in vitro, za kwartał wykazuje zyski opiewające na 11 mld dolarów. Tylko z leków do stymulacji jajczkowania! Są też firmy, które mają sprecyzowany plan: najpierw sprzedają młodym dziewczynom antykoncepcję, czyli coś, co zniszczy ich płodność, a potem leki do stymulacji jajczkowania w in vitro. Wiedzą, że po 35. roku życia te same dziewczyny, które kupiły od nich antykoncepcję, będą pracowały na ich dochody w klinikach in vitro”.

¹⁰ Por. *Co to jest HPV czyli wirus brodawczaka ludzkiego i jak się można nim zarazić?*, „Nucleagena”, <https://nucleagena.pl/co-to-jest-hpv-czyli-wirus-brodawczaka-ludzkiego-i-jak-sie-mozna-nim-zarazic/> (odczyt z dn. 19.09.2017 r.).

¹¹ Por. POLSKIE STOWARZYSZENIE OBROŃCÓW ŻYCIA CZŁOWIEKA, *Ekologia prokreacji. Vademecum*, Kraków 2016, s. 169-177.

W tym ostatnim przypadku źródłem niepłodności są także naświetlenia promieniami X.

13) Macierzyństwo utrudnia także odkładanie ciąży na późniejszy czas. Kobieta najłatwiej staje się matką między 20. i 25. rokiem życia. Około 30. roku życia szanse na dziecko spadają do 30%, a po 40. roku życia już tylko do 5%.

2.2. Niepłodność męska

Niepłodność jest też udziałem mężczyzn. W niektórych przypadkach jej przyczyny są podobne jak w przypadku kobiet. Mogą one wynikać z nadużywania alkoholu, zażywania narkotyków. W większości przypadków ma ona przyczyny specyficzne dla mężczyzn. Oto niektóre przyczyny męskiej niepłodności:

1) Choroby wrodzone genetyczne (na przykład zespół Klinefeltera, zespół XYY, zespół komórek Sertolego) oraz wady rozwoju układu płciowego, na przykład wnetrostwo czy spodziectwo.

2) Choroby wieku dziecięcego, takie jak świnka.

3) Stany nabyte, takie jak urazy gonad, przebyte choroby weneryczne (rzeżączka, kiła), stany zapalne w obrębie układu płciowego, choroby ogólne.

4) Niskie parametry nasienia (75,1% przypadków). W grę wchodzi zarówno jego ilość, jak i jakość. Przyczyną niepłodności mężczyzny może być zarówno niedobór plemników, jak i ich nadmiar. Takie stany mogą mieć różną postać. W przypadku azospermii w ejakulacie w ogóle nie ma plemników. Oligospermia to sytuacja, kiedy zawartość plemników w milimetrze sześciennym jest mała (wynosi od 30 do 50 tys. plemników). W przypadku kryptospermii stężenie wynosi od 10 do 29 tys. plemników. Przy dużej oligospermii jest ich mniej niż 10 tys. Zapłodnienie jest jeszcze możliwe, jeżeli plemników jest mniej niż 30 tys., pod warunkiem że są one prawidłowe pod względem budowy i ruchliwości¹².

¹² Por. H. BARTEL, *Embriologia, dz. cyt.*, s. 49-51; K. OSTROWSKI, *Embriologia człowieka, dz. cyt.*, s. 41-43; P. JĘDRZEJCZAK, *Niepłodność męska*, w: T. Pisarski, M. Szamatowicz (red.), *Niepłodność*, Warszawa 1997, s. 322-333; J. K. WOLSKI, *Niepłodność męska – diagno-*

Powodem niepłodności może być także wspomniany już nadmiar plemników. Polispermia lub polizoospermia to sytuacja, kiedy ilość plemników jest większa od uznanej za standardową (powyżej 150 mln/ml). Związek niepłodności z nadmiarem plemników dziwił przez długi czas naukowców, gdyż wydawał się on nielogiczny. Duża ilość plemników winna sprzyjać zapłodnieniu, a nie być przyczyną bezpłodności. Po dokładniejszych badaniach odkryto przyczynę tej zależności. Nadmiar plemników w ejakulacie powoduje, że zbyt wiele z nich dociera do komórki jajowej i w tym samym czasie stara się do niej wniknąć. Przedział czasu, jaki jest potrzebny, aby w wyniku wniknięcia pierwszej gamety męskiej zmienił się potencjał elektryczny oocytu, a następnie zaszły w jego otoczce zmiany biochemiczne uniemożliwiające wniknięcie kolejnych gamet, okazuje się za długi w przypadku nadmiaru plemników. W efekcie komórka jajowa zostaje zapłodniona nie przez jeden, a przez dwa lub więcej plemników. Taka sytuacja prowadzi do nieprawidłowego rozwoju zarodka i konsekwentnie do jego wczesnego obumarcia, a małżonkowie są uważani za niepłodnych¹³.

W przypadku jakości gamet męskich problem niepłodności jest związany z ich budową i ruchliwością. Zdolność ta ma duże, a często decydujące znaczenie dla procesu zapłodnienia¹⁴. Zwyczajnie plemniki muszą przebyć około 18 cm i potrzebują na to około 1,5 godziny. Choć są one zdolne do przeżycia przez 2-4 dni, zwłaszcza w śluzie szyjki macicy, to jednak ruchliwość zachowują tylko przez mniej więcej 4 godziny. Istotną rolę odgrywają też ruchy wykonywane przez narządy rodne kobiety, zwłaszcza przez błonę mięśniową macicy i jajowodów. Ruchliwość plemników odgrywa dużą rolę zwłaszcza na ostatnim etapie prowadzącym do zapłodnienia, w ich zbliżaniu się do komórki jajowej i w przenikaniu jej otoczki. Brak dostatecznej ruchliwości stanowi jedną z przyczyn niepłodności¹⁵.

styka i leczenie, „Nasz Bocian”, http://www.nasz-bocian.pl/tata_a_niepłodnosc_meska_diagnostyka%20i%20leczenie (odczyt z dn. 2.09.2017 r.).

¹³ Por. K. OSTROWSKI, *Embriologia człowieka*, dz. cyt., s. 53.

¹⁴ Por. H. BARTEL, *Embriologia*, dz. cyt., s. 49-51; K. OSTROWSKI, *Embriologia człowieka*, dz. cyt., s. 41-43.

¹⁵ Brak ruchu wszystkich plemników nazywa się nekrospermią, a w przypadku gdy tylko 50% porusza się – astenospermią. Por. L. SPEROFF, M. A. FRITZ, *Kliniczna endokrynologia ginekologiczna i niepłodność*, Warszawa 2007, s. 265.

Zdolność plemników do zapłodnienia komórki jajowej jest uzależniona od procesu kapacytacji (*capacitatio*, uzdatnienie). Plemniki znajdujące się w ejakulacie nie są w stanie tego uczynić. Tę zdolność nabywają w śluzie jajowodowym. W procesie tym zmieniają się między innymi właściwości zewnętrznej otoczki plemnika polegające na usunięciu czynników osocza nasienia, modyfikacji ładunku powierzchniowego oraz błon komórkowych. Zmiany te uwalniają specyficzne enzymy, które umożliwiają wniknięcie plemnika do oocytu¹⁶. Warto zauważyć, że kapacytacja jest ściśle związana ze środowiskiem gatunkowym. Oznacza to, że uzdatnienie ludzkich plemników nie dokona się w środowisku rozrodczym samicy innego gatunku, a plemniki zwierzęce nie zostaną uzdatnione w środowisku kobiety.

3. Przewyciężanie niepłodności

Refleksja bioetyczna nie koncentruje swojej uwagi na samym tylko przewyciężeniu niepłodności. Równie mocno zwraca uwagę na jej ochronę etycznymi metodami, w tym na stosowną profilaktykę ogarniającą zdrowie człowieka od wieku dziecięcego aż do osiągnięcia przez niego fizjologicznej granicy zdolności rozrodczej, lub też do granicy narkreślonej przez ramy odpowiedzialnego rodzicielstwa. W grę wchodzi więc troska o zabezpieczenie zdrowia dzieci przed infekcjami niszczącymi sferę płciową, o higienę i zdrowe życie, o wychowanie do czystości, a w przypadku starszej młodzieży i osób dorosłych o wstrzemięźliwość seksualną w okresie przedślubnym oraz o wierność małżeńską. W dalszej kolejności chodzi też o unikanie, jak dalece to możliwe, zabiegów niszczących płodność¹⁷.

Występującą coraz częściej niepłodność współczesna biomedycyna stara się przewyciężyć na dwa sposoby: bądź to stosując procedury sztuczne, bądź też metody naturalne. Przedstawiciele metod sztucznych

¹⁶ Por. tamże, s. 267-268.

¹⁷ Por. niektóre z powyższych elementów: J. SKRZYPCZAK, L. PAWELCZYK, T. PISARSKI, *Niepłodność żeńska*, w: T. Pisarski (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa 2002⁴, s. 321-322.

uznają za słuszne swoje postępowanie w przypadkach niepłodności uznanej przez nich za nieuleczalną lub w sytuacjach, kiedy trudno jest ustalić jej przyczyny. Szukanie tych przyczyn jest przez nich uznawane za niepotrzebną stratę czasu oraz mnożenie kosztów związanych z koniecznymi badaniami lekarskimi i z aplikowaniem środków medycznych. Przy takich założeniach wstępnych o wiele łatwiejsze i korzystniejsze wydaje się osiągnięcie ciąży za pomocą procedur sztucznego zapłodnienia.

Grupa metod naturalnych jest złożona. Należą do nich w sensie ścisłym medyczne wspomaganie małżonków w skutecznieniu cielesnego zbliżenia (tutaj pominięte ze względu na obszerność zagadnienia) oraz naprotechnologia starająca się odkryć przyczynę niepłodności, uleczyć ją, a tym samym przywrócić małżonkom naturalną zdolność do rodzenia potomstwa. W określonym zakresie, zwłaszcza kładącym nacisk na profilaktyczną ochronę płodności, do metod naturalnych można zaliczyć *ekologię prokreacyjną* wypracowaną przez dra Włodzimierza Fijałkowskiego¹⁸, a aktualnie propagowaną między innymi przez Duszpasterstwo Rodzin, Ligę Małżeństwo Małżeństwu, Instytut Rötzera czy Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli Naturalnego Planowania Rodziny. W sensie bardzo szerokim do tej grupy zalicza się też niekiedy praktyki, w których płodność otrzymuje wydzwięk duchowo-moralny. Są to „adopcja, różne formy pracy wychowawczej, niesienie pomocy innym rodzinom czy dzieciom ubogim lub upośledzonym”¹⁹.

3.1. Prokreacja technicyzowana

Jak już podkreślono, zwolennicy metod sztucznych są zdania, że w wielu przypadkach trudno jest określić przyczyny niepłodności. Stąd po upływie określonego czasu bezowocnego oczekiwania na dziecko należy podjąć działania w kierunku jej przewyciężenia. Polski nestor techniki *in vitro*, prof. dr hab. n. med. Jacek Szamatowicz, uważa, że „można sobie pozwolić na wyczekiwanie [cięży] przez 6-12 miesięcy,

¹⁸ Por. W. FIJAŁKOWSKI, *Ekologia rodziny: ekologiczna odnowa prokreacji*, Kraków 2011; TENŻE, *Biologiczny rytm płodności a regulacja urodzin*, Warszawa 1978.

¹⁹ JAN PAWEŁ II, Adhortacja apostołska *Familiaris consortio*, Rzym 1981, 14.

jeżeli kobieta ma poniżej 35 lat, a czas niepłodności jest krótszy niż 3 lata. W innym wypadku powinno się wdrożyć zdecydowaną terapię²⁰. Pewne możliwości stwarzają metody in vivo i in vitro w różnych odmianach. Jednakże – również z daniem J. Szamatowicza – w przypadku braku pozytywnych efektów po sześciu próbach inseminacji należy rozpocząć procedurę FIVET²¹.

Skuteczność metod sztucznych próbuje się zwiększyć, stosując zwłaszcza dwie metody. Jedną z nich to procedura ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection – docytoplazmatyczne wstrzyknięcie plemnika). W tym przypadku odpowiednio przygotowana, pojedyncza gameta męska zostaje wprowadzona pod mikroskopem, za pomocą pipety, bezpośrednio do cytoplazmy komórki jajowej. Metoda ta jest często praktykowana (w Stanach Zjednoczonych ma ona stanowić 90% przypadków stosowania metod sztucznych), gdyż daje dobre wyniki i pozwala przezwyciężyć różne formy niepłodności, na przykład w przypadku nieprawidłowości nasienia (zbyt mała ilość plemników w ejakulacie, mała ruchliwość plemników, nieprawidłowa morfologia plemników) lub w przypadku nieprawidłowej budowy komórek jajowych²².

Inną metodą mającą zwiększyć skuteczność jest metoda AneVivo. Łączy ona w sobie metodę in vitro z metodą in vivo. Metoda ta stosuje specjalną silikonową kapsułkę o długości 1 cm i szerokości 1 mm. Została ona stworzona przez szwajcarską firmę biotechnologiczną AneCova na Politechnice Federalnej w Lozannie (Szwajcaria). W kapsułce tej umieszcza się komórki jajowe oraz plemniki pobrane wcześniej od pary chcącej mieć dziecko i umieszcawia się ją w macicy pacjentki, gdzie w naturalny sposób dochodzi do zapłodnienia i powstania zarodków. Po 24 godzinach kapsułka jest wyjmowana z organizmu kobiety. Po kolejnych 2-4 dniach otrzymane embriony są transferowane z powrotem do jamy macicy. Po krótkim czasie sprawdza się, czy zagnieżdżyły się one poprawnie w śluzówce. Jednocześnie celem uniknięcia ciąży mnogiej nadliczbowe embriony zostają abortowane.

²⁰ J. SZAMATOWICZ, *Niepłodność idiopatyczna*, „Rodzinko.pl”, <http://www.rodzinko.pl/niep-odno-ae/5137-niep-odno-ae-idiopatyczna.html> (odczyt z dn. 5.10.2017 r.).

²¹ Por. tamże.

²² Por. KONGREGACJA NAUKI WIARY, *Instrukcja Dignitas personae*, Rzym 2008, 17.

Sztuczne metody bynajmniej nie osiągają rewelacyjnych wyników. Statystyki mówią o 5-45% ich skuteczności. Podaje się też, że średnia europejska wynosi 28%²³. Te widełki w cytowanych osiągnięciach są wynikiem sposobu ich obliczania. Jeżeli się porówna liczbę związków małżeńskich, które się zgłaszają do klinik przeprowadzających zabiegi in vitro, z liczbą dzieci faktycznie urodzonych, to skuteczność wynosi nie więcej niż 5-8%. Jeżeli zaś porównuje się ilość pozytywnych wyników testów ciążowych po udanej nidacji otrzymanych wcześniej embrionów w słuźowce macicy do ilości urodzonych dzieci, to ta skuteczność może wynieść nawet 80%. Jednakże przeprowadzone obliczenia pozwalają też stwierdzić, że w procedurze sztucznej prokreacji nawet w najlepszych klinikach aż 65-80% stworzonych embrionów ginie²⁴.

Wobec takich wskaźników skuteczność procedury in vitro próbuje się też zwiększyć, wytwarzając większą ilość embrionów – przeważnie od 6 do 8. Spośród nich wybiera się 2-3 dające najlepsze rokowania i transferuje się je do macicy. Ponieważ ciąża mnoga jest zawsze niekorzystna dla zdrowia rozwijających się dzieci i dla ich matki, stąd też po implantacji pozwala się dalej rozwijać jednemu lub najwyżej dwóm embrionom, pozostałe zaś są odsysane, czyli abortowane. Z kolei inne embriony uzyskane w procedurze in vitro i dobrze się zapowiadające, a w tym momencie zbędne, zamraża się. Stanowią one rezerwę, gdyby poprzedni transfer się nie udał. Jednakże w procesie dehydratacji (bądź witrifikacji) i rehydratacji, nieodzownie związanym z zamrażaniem i rozmrażaniem, ginie ich od 59% do 97%. Ilość ta zależy od stopnia rozwoju embrionu, od zastosowanej techniki oraz od użytych w kriokonserwacji środków²⁵. Po-

²³ Por. T. WASILEWSKI, *Niepłodność – przyczyny...*, dz. cyt., s. 44.

²⁴ Por. KONGREGACJA NAUKI WIARY, *Instrukcja Dignitas personae*, dz. cyt., 14, przypis 27.

²⁵ Por. J. H. CHECK, D. SUMMERS-CHASE, D. HORWATH, K. SWENSON, W. YUAN, *A Comparison of Efficacy of Freezing Embryos at the 2 Pronuclear (2PN) Stage VS Multi-Cell when Using a Simplified Freezing Protocol with One-Step Removal of Cryoprotectant*, „Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology” 4(36) (2009), s. 210-211; T. K. LIN, J. T. SU, F.-K. LEE, Y.-R. LIN, H.-CH. LO, *Cryotop Vitrification as Compared to Conventional Slow Freezing for Human Embryos at the Cleavage Stage: Survival and Outcomes*, „Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology” 3(49) (2010), s. 272-278.

zostałe embriony, niepewne z punktu widzenia zdrowotnego, niszczy się albo przeznaczają do eksperymentów biomedycznych. Taka postawa wobec ludzkich embrionów w omawianej procedurze stanowi szczytową formę podeptania jego osobowej godności. Specjalista przeprowadzający taki zabieg nie tylko czyni siebie panem życia konkretnego, bezbronniego człowieka (na etapie embrionalnego rozwoju), ale też wprost traktuje go przedmiotowo. Decyduje on bowiem arbitralnie o jego losie: jednemu pozwala żyć i się rozwijać, drugiego redukuje do poziomu materiału doświadczalnego, a jeszcze inne zamraża, pograżając je w niepewnej przyszłości, naruszając ich integralność lub wprost skazując je na śmierć. W stanie kriokonserwacji pozostają one niekiedy długie lata. Praktyka pokazuje jednocześnie, że wiele z nich nigdy nie będzie miało szans na dalszy rozwój. Oblicza się, że w stanie zamrożenia pozostają tysiące embrionów²⁶.

Chociaż jest to szczytowy wyraz moralnego zła sztucznej prokreacji, to jednak nie jest jedyną okolicznością dyskwalifikującą moralnie takie procedury. Negatywna ocena wynika również ze zdrowotnych skutków tej metody. Niesie ona bowiem spore ryzyko dla zdrowia dziecka, a także matki, włącznie z ryzykiem jej śmierci. Badania prowadzone przez medyczne ośrodki i publikowane w naukowych periodykach wykazują znaczący wzrost obciążeń dziecka chorobami dziedzicznymi ujawniającymi się czy to od razu na wczesnych etapach rozwoju płodowego, czy też w późniejszym okresie życia²⁷. Jeżeli dziś eliminuje się takie

²⁶ Por. KONGREGACJA NAUKI WIARY, Instrukcja *Dignitas personae*, dz. cyt., 14, przypis 18-19.

²⁷ Por. bibliografia naukowa i dane zebrane z różnych periodyków naukowych na temat zdrowotnych skutków *in vitro* w: A. KOCHAŃSKI, T. A. MERRITT, J. GADZINOWSKI, A. JOPEK, *The Impact of Assisted Reproductive Technologies on the Genome and Epigenome of the Newborn*, „Journal Neonatal Perinatal Medicine” 2(6) (2013), s. 101-108; A. T. MIDRO, H. F. HOSER, *Problemy bioetyczne ingerencji medycznych zaburzających genetyczne i epigenetyczne uwarunkowania rozwoju człowieka*, „Family Forum” 5 (2015), s. 29-42; A. T. MIDRO, *Niektóre zaburzenia genetyczne u dzieci wynikające z zastosowania procedur zapłodnienia pozaustrojowego in vitro*, w: *Otoczmy troską życie. Międzynarodowa konferencja naukowa w Białymstoku w dniach 14-15 października 2011 roku*, Białystok 2011, s. 81-93; A. T. MIDRO, *Metody zapłodnienia pozaustrojowego in vitro jako przykład ingerencji medycznych wpływających na genetyczne i epigenetyczne uwarunkowania rozwoju człowieka*, w: *Dylematy*

zagrożenie, to na bazie diagnozy preimplantacyjnej i prenatalnej o charakterze eugenicznym²⁸.

Dla niektórych zwolenników omawianych metod powód zdrowotny dyskwalifikacji moralnej ma wyłącznie charakter relatywny i czasowy. Jest on związany z niedoskonałością techniczną procedury, która zostanie przezwyciężona w przyszłości. W rzeczywistości jest to opinia błędna. Towarzyszące tej procedurze negatywne skutki pomnażają tylko jej zło moralne. Tymczasem sama procedura nie jest moralnie zła wyłącznie z powodu okoliczności budzących etyczne zastrzeżenia, ale z powodu jej niemoralności wewnętrznej, czyli z punktu widzenia jej moralnej natury. Oznacza to, że tego typu metody nigdy nie będą moralnie dobre, nawet po wyeliminowaniu moralnie złych okoliczności, i w żadnym przypadku nie mogą być moralnie usprawiedliwione, nawet przez najszczytniejsze motywy i cele.

Na taką naturę sztucznego zapłodnienia wskazują liczne dokumenty Magisterium Kościoła²⁹. Podkreślają one, że „istnieją dwie podstawowe

ludzkiej płodności, Warszawa 2015, s. 227-246; A. KOCHAŃSKI, A. JOPEK, J. GADZINOWSKI, A. T. MIDRO, *Zaburzenia genetyczne u potomstwa powstałe w związku ze stosowaniem metod zapłodnienia pozaustrojowego in vitro*, „Przegląd Pediatryczny” 4(45) (2016), s. 34-40; J. WOLSKI, *In vitro a nadzieje i zagrożenia współczesnej rodziny*, „Teologia i Moralność” 4 (2008), s. 128-131; J. WRÓBEL, *Prokreacja technicyzowana – wyzwania etyczne*, „Roczniki Teologii Moralnej” 1(56) (2009), s. 191-198.

²⁸ Por. KONGREGACJA NAUKI WIARY, Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania *Donum vitae*, Rzym 1987, nr I, 2-3; KONGREGACJA NAUKI WIARY, Instrukcja *Dignitas personae*, dz. cyt., 22; M. MACHINEK, *Życie w dyspozycji człowieka. Teologia moralna wobec problemów etycznych u początku ludzkiego życia*, Olsztyn 2000, s. 81-92; TENŻE, *Życie w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u początku ludzkiego życia*, Olsztyn 2004, s. 168-184; A. KOCHAŃSKI, A. T. MIDRO, *Prenatal Diagnosis as an Element of Genetic Counselling*, „Bioethik in der Diskussion” 1 (2017), s. 25-41; M. NOVAK, „Will ich dieses Kind bekommen?” *Einflussfaktoren auf die Entscheidung angesichts eines auffälligen PND-Befunds in Österreich*, „Bioethik in der Diskussion” 1 (2017), s. 67-94.

²⁹ Pierwsza wypowiedź Kościoła w tej materii miała miejsce już 17.03.1897 roku. Por. ASS 29 (1896-1897), s. 704, w: H. J. Denzinger, A. Schönmetzer, *Enchiridion Symbolorum definitionem et declarationum: de rebus fidei et morum*, Barcinone-Friburgi Brigisgrariae-Romae 1976, 3323; por. także J. WRÓBEL, *Inseminacja sztuczna*, w: J. Duchniewski [i in.] (red.), *Encyklopedia katolicka*, T. 7, Lublin 1997, kol. 267. W tej kwestii wypowiadali się kolejni papieże, w tym Pius XII, Jan XXIII, Jan Paweł II. Por. J. WRÓBEL, *Prokreacja technicyzowana*, dz. cyt., s. 184-186.

wartości związane z technikami przekazywania życia: życie istoty ludzkiej powołanej do istnienia i wyłączność jego przekazywania w małżeństwie [jako owoc cielesnego zbliżenia]³⁰. Tym samym zło moralne omawianej procedury polega na rozerwaniu podwójnego znaczenia aktu małżeńskiego: „znaczenia jednoczącego i znaczenia rodzicielskiego”³¹. Wymóg ten jest podyktowany przez relację między aktem rodzicielskim, prokreacją i dzieckiem. Godność dziecka domaga się bowiem, aby od samego początku było ono traktowane przez rodziców jako równe im w godności. Tę równość gwarantuje zrodzenie go w akcie miłości (nie chodzi tutaj koniecznie o przeżycia uczuciowe małżonków, ale naturę aktu rodzicielskiego): rodzice, czyniąc wzajemnie dar z siebie (żona dla męża i mąż dla żony), jednocześnie czynią z siebie dar dla dziecka; z takiego daru ono się poczyina i rodzi. W takim rodzicielskim akcie wszyscy troje są sobie równi w godności i jako takich afirmuje ten akt.

Taka relacja zostaje zanegowana w akcie sztucznego przekazywania życia. Nawet jeżeli z miłości rodzice złączeni trwałym związkiem ofiarują swoje gamety, to ich dziecko nie jest afirmowane jako im równe w godności, nawet jeżeli darzą je rodzicielskim uczuciem. Dziecko przyjmują oni jako stworzone przez specjalistę przeprowadzającego zabieg. Innymi słowy, rodzice stają się świadomymi i czynnymi uczestnikami aktu stworzenia dziecka w określonym procesie biotechnologicznym. W przypadku relacji stwarzającego do stworzonego nie można już mówić o równości w godności. Stwarzający zawsze stoi ponad stwarzanym, czyniąc siebie panem jego zaistnienia i życia; on decyduje, że drugi człowiek może żyć, lub też pozbawia go tej szansy. Czymś przeciwnym jest akt naturalnej prokreacji, czyli zrodzenia. Tutaj dziecko jest przyjęte, kiedy się pojawia. Rodzice wprawdzie pragną mieć dziecko, spełniają akt prokreatywny, jednak jego skuteczenie się nie zależy od nich. Do połączenia się ich gamet i do poczęcia dochodzi poza ich wglądem, tym bardziej że zgodnie z wiarą Kościoła to Bóg ostatecznie skutecznia ich

³⁰ KONGREGACJA NAUKI WIARY, Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania *Donum vitae*, dz. cyt., Wstęp, 4.

³¹ Tamże, nr II, B: „Nigdy nie jest dozwolone rozdzielanie tych dwóch różnych aspektów wykluczając pozytywnie lub w intencji przekazywanie życia lub akt małżeński”.

rodzicielski akt. Za każdym bowiem razem stwarza duszę, która nadaje ludzką formę poczętemu życiu.

Natura przywołanej relacji między rodzicami i ich dzieckiem (w przeciwieństwie do relacji między stwarzającym i stwarzanym w procedurze *in vitro*) znajduje swoją najdonioślejszą afirmację w relacji między Osobami Trójcy Świętej. W dogmacie *trynitarnym* i w *Credo* Kościoła wyraża relację między Ojcem i Synem w słowach „zrodzony, a nie stworzony”, gdyż zrodzenie wskazuje na równość Osób w Ich Bóstwie i Ich jedność³². Stworzenie Syna przez Ojca oznaczałoby natomiast, że Syn nie jest równy Ojcu, ale od Niego niższy w Majestacie i Mu podlegający; Syn nie byłby Bogiem w takiej mierze jak Ojciec. Ojcu Niebieskiemu – Stwórcy kosmosu i człowieka – podlega natomiast całe stworzenie, poczynając od człowieka, który oddaje Mu należną boską cześć jako swojemu Stwórcy i Panu.

3.2. Naprotechnologia

Zgodnie z wcześniejszymi uwagami dla zwolenników metod sztucznych różnorodność przyczyn niepłodności stanowi powód rezygnacji z jej leczenia i rozpoczęcia procedury sztucznego zapłodnienia. Przedstawiciele naprotechnologii wychodzą natomiast z założenia (przeciwnie, niż to czynni WHO³³), że niepłodność nie jest chorobą, ale jest przejawem choroby³⁴. Właśnie konkretny charakter przyczyn niepłodności, mimo występującej niekiedy ich złożoności, stanowi dla nich motyw podjęcia leczenia i przywrócenia zdolności do naturalnej prokreacji.

Twórcą metody naprotechnologii jest Thomas W. Hilgers. W swej pracy badawczej został on zainspirowany encykliką papieża Pawła VI

³² Por. *Katechizm Kościoła katolickiego*, Poznań 2002², 254: „Ojciec jest Tym, który rodzi; Syn Tym, który jest zrodzony; Duch Święty Tym, który pochodzi”; por. także IV SOBÓR LATERAŃSKI, *Constitutiones*. I. *De fide catholica*, w: G. Alberigo [i in.] (red.), *Conciliorum Oecumenicorum Decreta*, Bologna 1991, s. 230: „*Pater a nullo, Filius autem a solo Patre ac Spiritus sanctus ab utroque pariter [...]. Pater generans, Filius nascens et Spiritus sanctus procedens*”.

³³ Por. przypis nr 3.

³⁴ Por. M. BARCENTEWICZ, *Naprotechnology – podstawy naukowe i skuteczność metody*, w: *Naprotechnologia. Ekologia płodności*, dz. cyt., s. 17.

Humanae vitae. Jest on profesorem Wydziału Położnictwa i Ginekologii na Creighton University School of Medicine. W pewnym okresie był on też członkiem Papieskiej Rady ds. Rodziny. W 1985 roku założył wraz z żoną w Omaha (Nebraska) Instytut Papieża Pawła VI (Pope Paul VI Institut). Razem ze swoimi współpracownikami opracował metodę diagnostyczną zwaną Metodą Creightona (Creighton Model System) oraz NaProTechnology (od Natural Procreative Technology). Dzieło flagowe prof. T. W. Hilgersa, w którym opisał on swoją metodę, to *Praktyka farmakologiczna i chirurgiczna w naprotechnologii (The Medical and Surgical Practice of NaProTechnology)*. Należy też dodać, że w uznaniu zasług i naukowych osiągnięć Jan Paweł II w 1994 roku powołał prof. T. W. Hilgersa na członka Papieskiej Akademii Życia. Został on też ogłoszony „Lekarzem Roku” (1997) przez Stanową Organizację Rodzinną (Nebraska Family Council).

Metoda prof. Thomasa W. Hilgersa służy leczeniu niepłodności, ale także rozwiązywaniu takich problemów medycznych, jak nawracające poronienia spontaniczne, przedwczesne porody, depresja poporodowa czy syndrom napięcia przedmiesiączkowego. W terapii metoda korzysta z technik diagnostycznych, leczenia profilaktycznego w zakresie problemów ginekologicznych oraz ingerencji chirurgicznych³⁵:

1) Diagnostyka: u podstaw diagnostyki i terapii stoi model Creightona będący rozwinięciem naturalnej metody regulacji poczęć Billingsów. Opiera się on na precyzyjnej obserwacji takich biopskaźników, jak wydzieliny organu rodnego kobiety, biomarkery związane z cyklem płodności kobiety, wielokrotne badanie pełnego profilu poziomu hormonów danej kobiety (w różnych momentach cyklu), a także doświadczenia fizyczno-psychiczne kobiety pozostające w związku z owulacją i zespołem napięcia przedmiesiączkowego. W dalszej kolejności w grę wchodzi

³⁵ Por. tamże, s. 13-35; T. WASILEWSKI, *Niepłodność – przyczyny...*, dz. cyt., s. 42-57; TENŻE, *Życie i godność każdej istoty ludzkiej a leczenie niepłodności małżeńskiej. In vitro czy naprotechnologia*, w: *Mój najmłodszy pacjent. Godność osoby ludzkiej – in vitro czy naprotechnologia*, Częstochowa 2012, s. 9-36; P. MARZEC, *Naprotechnologia. Nowoczesna troska o płodność. Ujęcie teologicznomoralne*, Tarnów 2015; K. SZYNCEL, *Sztuczne zapłodnienie*, Kraków 2010, s. 56-66; *Upragnione potomstwo. Historie par, które pokonały niepłodność naprotechnologią*, Poznań 2017.

badania biochemiczne morfologii krwi i moczu. W końcu także badania w zakresie anatomii i ewentualnych zmian patologicznych w obrębie miednicy kobiety za pomocą prześwietlenia radiologicznego (kontrastowego w przypadku badania budowy jajowodu), ultrasonografii (ogłęd układu struktury anatomicznej jamy brzusznej), laparoskopii (ogłęd wnętrza jamy brzusznej i wewnętrznych narządów związanych z płciowością), histeroskopii (ogłęd ewentualnych zmian w zakresie endometrium).

Diagnostyka ta z jednej strony służy poznaniu przyczyn nieprawidłowości, a z drugiej strony w miarę precyzyjnego rozpoznaniu cyklu płodnego kobiety, który często ma charakter indywidualny dla każdej badanej. To różnicowanie dotyczy aż 70% kobiet. Innymi słowy diagnostyka ta pozwala odnaleźć moment najbardziej sprzyjający dla zajścia w ciążę. Takie określenie czasu konkretnej kobiety jest bardzo ważne, gdyż nawet w przypadku zdrowego małżeństwa, które nie przekroczyło 35. roku życia, skuteczność jednego cyklu miesięczkowego wynosi tylko około 20%.

2) Działania profilaktyczne i leczenie nieprawidłowości pozostających w związku z niepłodnością. W grę wchodzi stosowanie specyfików służących owulacji, poprawieniu morfologii, terapii schorzeń i nieprawidłowości w funkcjonowaniu sfery endokrynologicznej, a także likwidacji stanów zapalnych i zakażeń bakteryjnych.

3) Ingerencje chirurgiczne. Najczęściej mają one charakter naprawy lub mają na celu usunięcie torbieli, mięsaków, zrostów, udroźnienie jajowodów, a także ognisk endometriozy, która bywa przyczyną niepłodności i nawykowych poronień.

Określony schemat leczenia jest również stosowany w przypadku niepłodności męskiej. Dotyczy on działań farmakologicznych, a także chirurgicznych.

Okres leczenia przyczyn niepłodności lub obniżonej płodności wynosi przeważnie od 18 do 24 miesięcy. W przypadku leczenia endometriozy może on się wydłużyć nawet do 72 miesięcy, czyli do sześciu lat. Jeżeli w ciągu tego okresu dziecko się nie narodzi, przywrócenie płodności przekracza aktualne możliwości naprotechnologii. Nie wyklucza to jednak jej możliwości w przyszłości, gdyż czyni ona duże postępy. Należy jednocześnie zauważyć, że w przypadkach niektórych patologii bywa

też ona bezradna. Dotyczy to na przykład schorzeń uwarunkowanych genetycznie, wad wrodzonych, wad rozwojowych (brak macicy czy gonad), zniszczenia czy ekstrakcji gonad lub narządów rodnych, tak mężczyzny, jak kobiety. Dotyczy to też takich przypadków, kiedy w ejakulacji brak jest gamet (azoospermia) lub jest ich bardzo mało (oligospermia).

We wszystkich tych przypadkach powraca jednak klasyczne dla bioetyki pytanie, czy wszystko, co technicznie jest możliwe, jest też etycznie dopuszczalne, czy cel może uswięcać środki, czy można płacić godnością dziecka i jego życiem za sukcesy techniki. Oprócz oczywistych korzyści w wymiarze metafizycznym na podkreślenie zasługuje zdrowie fizyczne i psychiczne małżonków, a także ich dobro. W końcu u samych swoich podstaw naprotechnologia jest ukierunkowana na ocalenie życia i godności każdego dziecka, które się poczytna i przychodzi na świat z jej pomocą. W odrębnym wymiarze jest ona świadectwem otwartości medycyny na sugestie katolickiej bioetyki, która z największym szacunkiem odnosi się do wszystkich działań medycznych leczących człowieka, szanujących jego ludzką tożsamość oraz wpisanych w jego naturę zasad urzeczywistniania właściwego mu powołania.

Bibliografia

Dokumenty Kościoła

Leon XIII, Encyklika *Arcanum Divinae Sapientiae*, Rzym 1880, „Chrześcijanin w świecie” 17(140) (1985), s. 84-102.

Jan Paweł II, Adhortacja apostolska *Familiaris consortio*, Rzym 1981.

Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania *Donum vitae*, Rzym 1987.

Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, Rzym 2008.

Katechizm Kościoła katolickiego, Poznań 2002².

Literatura bioetyczna

Fijałkowski W., *Biologiczny rytm płodności a regulacja urodzin*, Warszawa 1978.

Fijałkowski W., *Ekologia rodziny: ekologiczna odnowa prokreacji*, Kraków 2011.

- Machinek M., *Życie w dyspozycji człowieka. Teologia moralna wobec problemów etycznych u początku ludzkiego życia*, Olsztyn 2000.
- Machinek M., *Życie w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u początku ludzkiego życia*, Olsztyn 2004.
- Marzec P., *Naprotechnologia. Nowoczesna troska o płodność. Ujęcie teologiczno-moralne*, Tarnów 2015.
- Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka, *Ekologia prokreacji. Vademecum*, Kraków 2016.
- Sobór Laterański IV, *Constitutiones. I. De fide catholica*, w: G. Alberigo [i in.] (red.), *Conciliorum Oecumenicorum Decreta*, Bologna 1991, s. 230-271.
- Sobór Watykański II, Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym *Gaudium et spes*, Rzym 1965.
- Szyncel K., *Sztuczne zapłodnienie*, Kraków 2010.
- Upragnione potomstwo. Historie par, które pokonały niepłodność naprotechnologią*, Poznań 2017.
- Wolski J., *In vitro a nadzieje i zagrożenia współczesnej rodziny*, „Teologia i Moralność” 4 (2008), s. 128-131.
- Wróbel J., *Inseminacja sztuczna*, w: J. Duchniewski [i in.] (red.), *Encyklopedia katolicka*, T. 7, Lublin 1997, kol. 266-268.
- Wróbel J., *Prokreacja techniczowana – wyzwania etyczne*, „Roczniki Teologii Moralnej” 1(56) (2009), s. 183-202.

Literatura biologiczno-medyczna

- Barcentewicz M., *Naprotechnology – podstawy naukowe i skuteczność metody*, w: *Naprotechnologia. Ekologia płodności*, Kraków 2009, s. 13-36.
- Bartel H., *Embriologia*, Warszawa 2007⁴.
- Bątkiewicz-Brożek J., *Bóg wyciągnął mnie z in vitro. Rozmowa z Jackiem Szulcem, do niedawna lekarzem jednej z największych klinik in vitro w Polsce*, „Gość Niedzielny” 11(93) (2016), s. 26-27.
- Check J. H., Summers-Chase D., Horwath D., Swenson K., Yuan W., *A Comparison of Efficacy of Freezing Embryos at the 2 Pronuclear (2PN) Stage VS Multi-Cell when Using a Simplified Freezing Protocol with One-Step Removal of Cryoprotectant*, „Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology” 4(36) (2009), s. 210-211.

- Co to jest HPV czyli wirus brodawczaka ludzkiego i jak się można nim zarazić?, „Nucleagena”, <https://nucleagena.pl/co-to-jest-hpv-czyli-wirus-brodawczaka-ludzkiego-i-jak-sie-mozna-nim-zarazic/> (odczyt z dn. 19.09.2017 r.).
- Gurunath S., Pandian Z., Anderson R. A., Bhattacharya S., *Defining Infertility. A Systematic Review of Prevalence Studies*, „Human Reproduction Update” 5(17) (2011), s. 575-588.
- Jędrzejczak P., *Niepłodność męska*, w: T. Pisarski, M. Szamatowicz (red.), *Niepłodność*, Warszawa 1997, s. 322-333.
- Kochański A., Jopek A., Gadzinowski J., Midro A. T., *Zaburzenia genetyczne u potomstwa powstałe w związku ze stosowaniem metod zapłodnienia pozaustrojowego in vitro*, „Przegląd Pediatryczny” 4(45) (2016), s. 34-40.
- Kochański A., Merritt T. A., Gadzinowski J., Jopek A., *The Impact of Assisted Reproductive Technologies on the Genome and Epigenome of the Newborn*, „Journal Neonatal Perinatal Medicine” 2(6) (2013), s. 101-108.
- Kochański A., Midro A. T., *Prenatal Diagnosis as an Element of Genetic Counselling*, „Bioethik in der Diskussion” 1 (2017), s. 25-41.
- Kurpisz M., Drews K., *Wybrane zagadnienia z immunologii klinicznej*, w: T. Pisarski (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa 2002⁴, s. 44-60.
- Lin T. K., Su J.T., Lee F.-K., Lin Y.-R., Lo H.-Ch., *Cryotop Vitrification as Compared to Conventional Slow Freezing for Human Embryos at the Cleavage Stage: Survival and Outcomes*, „Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology” 3(49) (2010), s. 272-278.
- Midro A. T., *Metody zapłodnienia pozaustrojowego in vitro jako przykład ingerencji medycznych wpływających na genetyczne i epigenetyczne uwarunkowania rozwoju człowieka*, w: *Dylematy ludzkiej płodności*, Warszawa 2015, s. 227-246.
- Midro A. T., *Niektóre zaburzenia genetyczne u dzieci wynikające z zastosowania procedur zapłodnienia pozaustrojowego in vitro*, w: *Otoczmy troską życie. Międzynarodowa konferencja naukowa w Białymstoku w dniach 14-15 października 2011 roku*, Białystok 2011, s. 81-93.
- Midro A. T., Hoser H. F., *Problemy bioetyczne ingerencji medycznych zaburzających genetyczne i epigenetyczne uwarunkowania rozwoju człowieka*, „Family Forum” 5 (2015), s. 29-42.

- Niepłodność, w: E. Cravetto (red.), *Wielka encyklopedia medyczna*, T. 13, Warszawa 2011, s. 258.
- Novak M., „Will ich dieses Kind bekommen?” *Einflussfaktoren auf die Entscheidung angesichts eines auffälligen PND-Befunds in Österreich*, „Bioethik in der Diskussion” 1 (2017), s. 67-94.
- Nyboe A., Goossens V., Bhattacharya S., Ferraretti A. P., Kupka M. S., De Mouzon J., Nygren K. G., *The European IVF monitoring (EIM) Consortium, for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Assisted Reproductive Technology and Intrauterine Inseminations in Europe, 2005: Results Generated from European Registers by ESHRE*, „Human Reproduction” 1 (2009).
- Ostrowski K., *Embriologia człowieka*, Warszawa 1988.
- Pisarski T. (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa 2002⁴.
- Skrzypczak J., Pawelczyk L., Pisarski T., *Niepłodność żeńska*, w: T. Pisarski (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa 2002⁴, s. 301-322.
- Skrzypczak J., Pawelczyk L., Pisarski T., *Zaburzenia czynności rozrodczych. Niepłodność żeńska*, w: T. Pisarski, M. Szamatowicz (red.), *Niepłodność*, Warszawa 1997, s. 301-322.
- Speroff L., Fritz M. A., *Kliniczna endokrynologia ginekologiczna i niepłodność*, Warszawa 2007.
- Szamatowicz J., *Niepłodność idiopatyczna*, „Rodzinko.pl”, <http://www.rodzinko.pl/niep-odno-ae/5137-niep-odno-ae-idiopatyczna.html> (odczyt z dn. 5.10.2017 r.).
- Wasilewski T., *Niepłodność – przyczyny i możliwości leczenia*, w: *Naprotechnologia. Ekologia płodności*, Kraków 2009, s. 42-57.
- Wasilewski T., *Życie i godność każdej istoty ludzkiej a leczenie niepłodności małżeńskiej. In vitro czy naprotechnologia*, w: *Mój najmłodszy pacjent. Godność osoby ludzkiej – in vitro czy naprotechnologia*, Częstochowa 2012, s. 9-36.
- Wolski J. K., *Niepłodność męska – diagnostyka i leczenie*, „Novum”, <http://www.novum.com.pl/niepłodność-męska-diagnostyka-i-leczenie> (odczyt z dn. 15.10.2017 r.); także: „Nasz Bocian”, http://www.nasz-bocian.pl/tata_a_niepłodność_męska_diagnostyka%20i%20leczenie (odczyt z dn. 2.09.2017 r.).
- World Health Organisation, *Sexual and Reproductive Health. Infertility Definitions and Terminology*, <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/> (odczyt z dn. 5.10.2017 r.).

Bp dr hab. Józef Wróbel SCJ, prof. KUL – ur. 1952, absolwent Wyższego Seminarium Misyjnego Księży Sercanów w Stadnikach. Biskup pomocniczy archidiecezji lubelskiej, pracownik naukowy KUL, kierownik Katedry Teologii Życia. Autor licznych publikacji, polskich i zagranicznych, z zakresu teologii moralnej i bioetyki.

e-mail: j.wrobel@diecezja.lublin.pl