

33. Niepłodność to nie koniec świata

1. CELE LEKCJI – WYMAGANIA OGÓLNE

- przedstawienie nauki Biblii i Kościoła na temat niepłodności;
- ukazanie moralnie dopuszczalnych dróg pokonywania problemu niepłodności.

2. TREŚCI NAUCZANIA – WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE

uczeń:

- własnymi słowami uzasadnia, że dziecko jest darem Bożym;
- w oparciu o treści lekcji dostrzega różnice między niepłodnością a bezpłodnością, leczeniem niepłodności a jednorazowym doprowadzeniem do narodzin dziecka;
- wymienia po lekcji dokumenty Kościoła odwołujące się do kwestii niepłodności;
- samodzielnie podaje argumentację, wskazując, że kultura antykonceptyjna prowadzi do niepłodności;
- wskazuje zgodne z moralnością chrześcijańską sposoby na przeciwdziałanie niepłodności, w tym leczenie nowoczesnymi metodami i adopcję.

3. POJĘCIA, POSTACI

- niepłodność,
- bezpłodność,
- *in vitro*,
- naprotechnologia.

4. WARTOŚCI

- życie jako dar Boga.

5. SCHEMAT LEKCJI

- niepłodność a bezpłodność,
- sposoby na niepłodność,
- moralnie dopuszczalne sposoby radzenia sobie z problemem niepłodności ukazane w nauce Kościoła,
- adopcja.

6. PROPOZYCJA REALIZACJI

Wprowadzenie

Metoda – licytacja. Nauczyciel zadaje pytania:

- a. Ile procent małżeństw ma problemy z poczęciem dziecka? (Odpowiedź – ok. 20%).
- b. Jakie mogą być przyczyny niepłodności?

Podsumowanie: co piąte małżeństwo ma problem z poczęciem dziecka. Nie oznacza to jednak występowania bezpłodności jako stanu stwierdzonego i nieodwracalnego, spowodowanego np. operacją narządów płciowych, ale niepłodność – nieskuteczne staranie się o dziecko. Przyczyny niepłodności mogą być rozmaite: psychiczne, anatomiczne, fizjologiczne, chorobowe, genetyczne, spowodowane trybem życia czy wiekiem. Często ma na to wpływ wcześniejsze stosowanie antykoncepcji.

Rozwinięcie tematu

Metoda – recepta. Nauczyciel rozdaje formularze recepty (załącznik 1) i zadaje pytanie: jakie znacie rozwiązania problemu niepłodności? Wypiszcie receptę na niepłodność.

Pomysły są zapisywane na tablicy, następnie nauczyciel prosi o wskazanie tych sposobów/metod, które są moralnie dopuszczalne z punktu widzenia Kościoła katolickiego.

Podsumowanie: istnieje wiele sposobów na niepłodność, jednak nie wszystkie są akceptowane z punktu widzenia nauki katolickiej. Niedopuszczalnymi metodami są np. *in vitro*, „matki zastępcze” czy handel dziećmi. Do moralnie akceptowalnych należą: adopcja i leczenie – naprotechnologia.

Metoda – kolorowe kapelusze. Nauczyciel rozdaje uczniom dodatkowe materiały z nauczania Kościoła dotyczącego niepłodności, pocięte na poszczególne punkty (załącznik 2). Uczniowie, korzystając z podręcznika i materiałów otrzymanych od nauczyciela, wypowiadają się na temat możliwych rozwiązań w przypadku niepłodności (pracują metodą „kolorowe kapelusze”, której opis znajduje się w załączniku 3).

Podsumowanie: adopcja – alternatywa dla małżeństw niemogących mieć biologicznych dzieci (zob. podręcznik).

Zakończenie

W pokonywaniu problemu niepłodności zawsze trzeba wykorzystywać metody akceptujące godność każdej osoby od momentu poczęcia. Dlatego niedopuszczalne są w nauce Kościoła metody godzące w życie lub oddzielające poczęcie od aktu małżeńskiego. Katechizm przypomina o tym:

„Dziecko nie jest czymś należnym, ale jest darem. Dlatego (...) nie może być uważane za przedmiot własności, za coś, do czego prowadziłyby 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»” (KKK 2378).

Notatka

Tekst „Zakończenia”.

Korelacja z edukacją szkolną:

a) biologia – niepłodność a bezpłodność.

7. INNE MOŻLIWOŚCI REALIZACJI

Metoda – mapa myśli. Uczniowie pracują w grupach nad poszczególnymi tekstami nauczania Kościoła na temat niepłodności, tworząc mapę myśli – stanowiska Kościoła (załącznik 2).

8. ALTERNATYWNE TEKSTY DO WYKORZYSTANIA

Zabieg *in vitro* jest uważany za metodę ostatniej szansy, a przynajmniej jest tak dotychczas w Polsce – jeśli nic nie pomogło (lub zdaniem lekarza nie jest w stanie pomóc), para otrzymuje na ogół propozycję podejścia do *in vitro*.

Jest tak nawet wtedy, kiedy lekarz nie jest w stanie określić przyczyn niepłodności i używa stwierdzenia „niepłodność idiopatyczna”, które ładnie brzmi, a w rzeczywistości oznacza: „Nie mam zielonego pojęcia, czemu państwo nie mogą doczekać się dziecka”.

Oba te fakty zaczynają inaczej wyglądać w świetle badań, jakie przeprowadzono w Australii, a których celem było stwierdzenie, u ilu kobiet, których pierwsze dziecko/dzieci urodziło się dzięki IVF, dochodzi do naturalnego poczęcia następnego dziecka w ciągu półtora do dwóch lat po porodzie. Okazuje się, że dotyczy to ponad 1/3 przypadków.

Ale przecież oni byli bez szans na dziecko, skąd więc następne ciąży? Badacze, którzy zajęli się wyżej wspomnianym tematem, wysunęli hipotezę, że chodzi o niezdiagnozowaną endometriozę. Choroba ta w czasie ciąży ulega wyciszeniu, tak więc te 9 miesięcy na tyle poprawiają stan płodności kobiety, że jest w stanie począć i donosić następną ciążę. I to jest punkt dla dra Hilgersa i pozostałych specjalistów od naprotechnologii, którzy już od dawna mówią, że większość typowych laparoskopii jest zbyt ogólna, by wychwycić wszystkie zmiany, a nawet najdrobniejsze z nich mogą okazać się decydujące dla przywrócenia płodności. Dlatego też dr Hilgers opracował metodę laparoskopii bliskiego kontaktu. Operacje przeprowadzane tą metodą są o wiele dłuższe niż klasyczna laparoscopia, ale też o wiele skuteczniejsze.

Jednak wróćmy do wyników badań: endometriozą nie da się wytłumaczyć wszystkich przypadków. Szczególnie, że pary, które usłyszały, że cierpią z powodu niepłodności idiopatycznej, dwukrotnie częściej poczywały naturalnie po raz drugi po IVF. I tu, chcąc nie chcąc, trzeba wziąć pod uwagę to, że istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo, że zostali po prostu zbyt pośpiesznie i niedokładnie zdiagnozowani. Wydali olbrzymie kwoty pieniędzy, przeszli przez bardzo nieprzyjemny zabieg, obciążający znacznie zarówno fizycznie, jak psychicznie ich relację, a to wszystko było niepotrzebne, bo ich płodność była znacznie obniżona, ale nie byli niepłodni. I tu znów punkt dla naprotechnologii, która oferuje pracochłonną i trwającą do dwóch lat, ale za to skuteczną diagnostykę.

Często, jeśli nie stale, zapomina się w sporze o *in vitro*, że metoda ta została opracowana dla przypadków, kiedy lekarz ma do czynienia z brakiem lub głęboką dysfunkcją jajowodów oraz niepłodnością ze względu na czynnik męski. To jedyne sytuacje, kiedy *in vitro* jest jedyną drogą do zostania rodzicami (poza adopcją).

Współcześnie metoda ta jest nadużywana, o czym już zresztą kiedyś tu pisałam, gdyż stosuje się ją często na zasadzie: „nic nie zadziało, może to pomoże”. Teraz tę tezę wspierają wyniki badań z Australii. Skoro co trzecia para mogła począć naturalnie po pierwszej ciąży z *in vitro*, znaczy to, że zaniedbano u nich diagnostykę bądź źle dobrano leczenie. *In vitro* nie było w ich przypadku potrzebne. (...)

Elżbieta Wiater, „Antykoncepcja dla par po *in vitro*”.

Źródło: <http://www.deon.pl/wiadomosci/komentarze-opinie/art,612,antykoncepcja-dla-par-po-in-vitro.html> (dostęp: 21.06.2014).

Przyczyny niepłodności

Przyczynę niepłodności rozpoznaje się u ok. 90% par, u pozostałych 10% stwierdza się niepłodność niewyjaśnioną. Zdarza się, że niepłodność spowodowana jest kilkoma czynnikami (ok. 10-30% par).

Określenie przyczyny niepłodności u mężczyzn nie stwarza lekarzom takiego problemu, jak w przypadku przyczyn bezpłodności u kobiet. Istnieje mnóstwo przyczyn występowania niepłodności. Wiele z nich nie zostało jeszcze do końca zdiagnozowanych. (...)

Czynniki wpływające na bezpłodność kobiet

Wiek

Wiek kobiety (a dokładnie wiek jej jajeczek) odgrywa bardzo ważną rolę w jej płodności. Po 31. roku życia rozpoczyna się okres zmniejszonej płodności. Jest to związane z uszkodzeniami chromosomalnymi w komórkach.

Waga oraz intensywne ćwiczenia

Problemy z wagą (za niska lub za wysoka masa ciała) także mają wpływ na płodność kobiety. Intensywny wysiłek fizyczny również może powodować problemy hormonalne.

Styl życia

Kobiety, które palą 20 papierosów dziennie, oraz te, które rozpoczęły palenie przed ukończeniem osiemnastego roku życia, mają o 20% mniejsze szanse na zajście w ciążę niż kobiety niepalące. Niekorzystny wpływ na płodność kobiety ma także kofeina oraz alkohol.

Praca zawodowa

Kobiety, które w pracy zawodowej są nastawione na działanie wysokich dawek związków chemicznych, substancji toksycznych, wysokich temperatur czy też ciągłego stresu mają mniejszą płodność.

Czynniki emocjonalne

Wśród kobiet, które próbują zajść w ciążę, bardzo częstym problemem jest depresja. Depresja ma bardzo poważny wpływ na wydzielanie hormonów, które są odpowiedzialne za owulację i procesy rozrodcze.

Zakażenie chlamydia trachomatis

Z badań przeprowadzonych w 6 ośrodkach Europy i USA wynika, że aż u 50% kobiet z niepłodnością jajowodową stwierdza się dowody infekcji *Chlamydia trachomatis*. (W innym badaniu wykazano je aż u 60% badanych kobiet z niepłodnością jajowodową oraz u 38% z niepłodnością innego pochodzenia).

Nieprawidłowy kariotyp

Niepłodność może mieć różne przyczyny, w tym także genetyczne. W trakcie wizyty w poradni genetycznej oboje partnerzy powinni mieć wykonane badanie kariotypu. Jest ono konieczne, ponieważ w kilku procent przypadków u jednego z partnerów, spośród par z niepłodnością, stwierdza się aberrację chromosomową.

Źródło: http://www.badaniaprenatalne.pl/przyczyny_bezplodnosci (dostęp: 21.06.2014).

Czynniki wpływające na niepłodność mężczyzn


1. Choroby ogólnoustrojowe:
 - choroby tarczycy,
 - niedorozwój gonad,
 - czynniki psychologiczne,
 - impotencja,
 - narkotyki, alkohol, niektóre leki.
2. Choroby jąder.
3. Zaburzenia genetyczne.
4. Inne przyczyny, np. stany zapalne w obrębie układu rozrodczego.

Źródło: <http://pl.wikipedia.org/wiki/Nieplodnosci> (dostęp: 21.06.2014).

33. Niepłodność to nie koniec świata

Załącznik 1

Recepta

	Ch. przewlekle
	
0700000000123456759	
Dane id. i podpis lekarza	

Kongregacja Nauki Wiary

Instrukcja *Dignitas personae* dotycząca niektórych problemów bioetycznych

12. Jeżeli chodzi o leczenie bezpłodności, nowe techniki medyczne powinny uszanować trzy podstawowe dobra: a) prawo do życia i do integralności fizycznej każdej istoty ludzkiej od poczęcia aż do naturalnej śmierci; b) jedność małżeństwa, pociągającą za sobą wzajemne poszanowanie prawa małżonków do stania się ojcem i matką wyłącznie dzięki sobie; c) specyficznie ludzkie wartości płciowości, które „wymagają, by przekazanie życia osobie ludzkiej nastąpiło jako owoc właściwego aktu małżeńskiego, aktu miłości między małżonkami”. Techniki przedstawiane jako pomoc do przekazywania życia „nie dlatego są do odrzucenia, że są sztuczne. Jako takie świadczą o możliwościach sztuki medycznej, jednak powinno się je oceniać pod kątem moralnym w odniesieniu do godności osoby ludzkiej, wezwanej do realizacji powołania Bożego, w darze miłości i w darze z życia”.

W świetle takiego kryterium należy wykluczyć wszelkie techniki sztucznego zapłodnienia heterologicznego oraz techniki sztucznego zapłodnienia homologicznego, zastępujące akt małżeński. Dopuszczalne są natomiast te metody, które mają na celu wspieranie aktu małżeńskiego i jego płodności. Instrukcja *Donum vitae* mówi: „Lekarz pozostaje w służbie osób i przekazywania życia ludzkiego. Nie jest uprawniony 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”. Natomiast na temat sztucznej inseminacji homologicznej mówi: „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”.

13. Z pewnością dopuszczalne są działania mające na celu usunięcie przeszkód uniemożliwiających naturalną płodność, jak na przykład leczenie hormonalne niepłodności spowodowanej przez zaburzenia w funkcjonowaniu gruczołów płciowych, chirurgiczne leczenie endometriozy, udrożnienie jajowodów albo mikrochirurgiczne przywrócenie ich drożności. Wszystkie te metody można uznać za *autentyczne terapie* o tyle, o ile po rozwiązaniu problemu leżącego u podstaw bezpłodności para może spełniać akty małżeńskie prowadzące do przekazywania życia bez potrzeby bezpośredniej interwencji lekarza w sam akt małżeński. Żadna z tych technik nie zastępuje aktu małżeńskiego, który jako jedyny jest godny przekazać życie w sposób naprawdę odpowiedzialny.

Ponadto, by wyjść naprzeciw wielu parom bezpłodnym, pragnącym mieć dzieci, należałoby przez odpowiednie środki ustawodawcze zachęcać do adopcji licznych sierot, które dla odpowiedniego rozwoju ludzkiego potrzebują ogniska domowego, propagować ją i ułatwiać związane z nią procedury.

Należy też zauważyć, że zasługują na zachętę badania i inwestycje ukierunkowane na *zapobieganie niepłodności*. Znaczącej części przypadków niepłodności, zgłaszanych dziś lekarzom, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, można by uniknąć gdyby wierniej przeżywano cnotę czystości, gdyby prowadzono zdrowszy styl życia i gdyby zostały wyeliminowane czynniki stwarzające zagrożenie w zakresie pracy, odżywiania się, stosowania leków oraz ekologii.

Zapłodnienie *in vitro* i zamierzone niszczenie embrionów

14. Już Instrukcja *Donum vitae* zwróciła uwagę na fakt, że zapłodnienie *in vitro* związane jest dosyć często z zamierzonym niszczeniem embrionów. Niektórzy uważali, że ma to związek z techniką, częściowo jeszcze niedoskonałą. Natomiast późniejsze doświadczenie wykazało, że wszystkie techniki zapłodnienia *in vitro* są stosowane faktycznie tak, jak gdyby ludzki embrion był po prostu zwykłym zbiorem komórek, które są używane, selekcjonowane i odrzucane.

Prawdą jest, że blisko jedna trzecia kobiet, które uciekają się do metod sztucznego przekazywania życia, rodzi dziecko. Trzeba jednak zaznaczyć, że biorąc pod uwagę stosunek wszystkich wyprodukowanych embrionów do embrionów rzeczywiście narodzonych, *liczba embrionów zniszczonych jest bardzo wysoka*. Straty te są akceptowane przez specjalistów od metod zapłodnienia *in vitro* jako cena, którą trzeba zapłacić za osiągnięcie pozytywnych rezultatów. W rzeczywistości jest dosyć niepokojące, że badania na tym polu mają w przeważającej mierze na celu uzyskanie lepszych rezultatów, jeżeli chodzi o procent urodzonych dzieci w stosunku do liczby kobiet poddających się zabiegowi, natomiast nie wydaje się, by miały na względzie rzeczywiste prawo do życia każdego pojedynczego embrionu.

15. Często mówi się, że owa śmierć embrionów najczęściej nie jest zamierzona, a nawet że dochodzi do niej wbrew woli rodziców i lekarzy. Twierdzi się, że jest to ryzyko niewiele różniące się od ryzyka wiążącego się z naturalnym procesem prokreacji i że chcąc przekazywać życie bez podejmowania żadnego ryzyka, należałoby w praktyce powstrzymać się od przekazywania go. To prawda, że nie każda strata embrionów w sytuacji przekazywania życia *in vitro* jest w jednakowym stopniu związana z wolą zaangażowanych w nie podmiotów. Ale prawdą jest również to, że w wielu wypadkach porzucenie, zniszczenie lub utrata embrionów jest przewidziane i zamierzone.

Embriony uzyskane *in vitro*, u których występują wady, są od razu odrzucane. Coraz częstsze są przypadki, że pary, które nie są bezpłodne, korzystają z metody sztucznego przekazywania życia jedynie w tym celu, by móc dokonać genetycznej selekcji swoich dzieci. Powszechną praktyką w wielu krajach stało się stymulowanie cyklu kobiecego, by uzyskać wysoką liczbę owocytów, które zostają zapłodnione. Pewna liczba uzyskanych embrionów zostaje przeniesiona do łona matki, a pozostałe są zamrażane z myślą o ewentualnych przyszłych zabiegach reprodukcyjnych. Celem przeniesienia kilku z nich jest zapewnienie, na ile to możliwe, zagnieżdżenia

się przynajmniej jednego embrionu. Środkiem, jaki stosuje się, aby osiągnąć ten cel, jest użycie większej liczby embrionów, niż wymagałoby urodzenie dziecka, w przewidywaniu, że niektóre nie zagnieżdżą się oraz w każdym razie unika się mnogiej ciąży. A zatem technika przeniesienia kilku embrionów oznacza faktycznie *czysto instrumentalne ich traktowanie*. Uderza fakt, że ani powszechna deontologia zawodowa, ani władze sanitarne nie zgodziłyby się w żadnej innej dziedzinie medycyny na zastosowanie metody dającej tak wysoki globalny procent negatywnych i zgubnych rezultatów. W rzeczywistości metody zapłodnienia *in vitro* są akceptowane, ponieważ zakłada się, że embrion nie zasługuje na pełny szacunek z powodu tego, że staje się rywalem wobec pragnienia, które trzeba zaspokoić.

Ten smutny stan rzeczy, często przemilczany, w pełni zasługuje na naganę, ponieważ „różne techniki sztucznej reprodukcji, które wydają się służyć życiu i często są stosowane z tą intencją, w rzeczywistości stwarzają możliwość nowych zamachów na życie”.

16. Ponadto Kościół uważa za etycznie nie do przyjęcia *oddzielanie prokreacji od całkowicie osobistego kontekstu aktu małżeńskiego*: przekazywanie ludzkiego życia jest aktem osobistym mężczyzny i kobiety jako pary, niedopuszczającym żadnego rodzaju zastępczego działania. Akceptowanie bez zastrzeżeń faktu, że stosowanie technik zapłodnienia *in vitro* pociąga za sobą wysoki procent poronień, pokazuje wyraźnie, że zastąpienie aktu małżeńskiego procedurą techniczną – oprócz tego, że uchybia szacunkowi, jaki należy się prokreacji, której nie można sprowadzać jedynie do wymiaru reprodukcyjnego – przyczynia się do osłabienia świadomości szacunku należnego każdej istocie ludzkiej. Natomiast uznaniu tego szacunku sprzyja bliskość małżonków, ożywiana miłością małżeńską.

Kościół uznaje słusność pragnienia dziecka i rozumie cierpienia małżonków dotkniętych problemem bezpłodności. Jednakże tego pragnienia nie można przedkładać nad godność każdego ludzkiego życia, posuwając się aż do panowania nad nim. Pragnienie dziecka nie może usprawiedliwiać jego „produkowania”, podobnie jak niechęć wobec dziecka już poczętego nie może usprawiedliwiać porzucenia go lub zniszczenia.

W rzeczywistości odnosi się wrażenie, że niektórzy badacze, pozbawieni jakiegokolwiek odniesienia etycznego i świadomości możliwości związanych z postępem technologicznym, wydają się ulegać logice jedynie subiektywnych pragnień i naciskom ekonomicznym, tak silnym w tej dziedzinie. Wobec instrumentalnego traktowania istoty ludzkiej w stadium embrionalnym trzeba powtarzać, że „miłość Boża nie robi różnicy między nowo poczętą istotą, będącą jeszcze w łonie matki, a dzieckiem, młodzieńcem, człowiekiem dojrzałym czy starszym. Nie robi różnicy, ponieważ w każdym dostrzeża odbicie swojego obrazu i podobieństwa (...). Dlatego Magisterium Kościoła niezmiennie głosiło świętość i nienaruszalność każdego ludzkiego życia, od poczęcia aż do naturalnego kresu”.

Intra Cytoplasmic Sperm Injection (ICSI)

17. Pośród najnowszych technik sztucznego zapłodnienia stopniowo szczególnego znaczenia nabrało *Intra Cytoplasmic Sperm Injection* [docytoplazmatyczne wstrzyknięcie spermy]. ICSI stało się najczęściej stosowaną techniką ze względu na największą skuteczność i pozwala zaradzić różnym formom niepłodności mężczyzny.

Podobnie jak zapłodnienie *in vitro*, którego stanowi odmianę, ICSI jest ze swej istoty techniką niegodziwą: powoduje ona *całkowite oddzielenie prokreacji od aktu małżeńskiego*. W istocie bowiem ICSI „dokonuje się poza ciałem małżonków, za pośrednictwem działania osób trzecich, od których kompetencji i działań technicznych zależy powodzenie zabiegu (...) oddaje więc 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 dzieciach. Poczęcie *w próbówce* jest wynikiem działań technicznych, które prowadzą do zapłodnienia; nie jest ono w rzeczywistości ani osiągnięte, ani pozytywnie chciane jako wyraz i owoc właściwego aktu zjednoczenia małżeńskiego”.

Zamrażanie embrionów

18. Jedną z metod wykorzystywanych do zwiększenia wskaźnika powodzenia technik przekazywania życia *in vitro* jest zwielokrotnienie liczby kolejnych zabiegów. W celu uniknięcia powtórnego pobierania owocytów od kobiety stosuje się jednorazowe pobranie większej ich liczby, po czym znaczna część embrionów uzyskanych *in vitro* zostaje poddana kriokonserwacji, z myślą o drugim cyklu zabiegu w wypadku niepowodzenia pierwszego bądź w wypadku, gdyby rodzice pragnęli następnej ciąży. Niekiedy zamraża się również embriony przeznaczone do pierwszego przeniesienia, ponieważ hormonalna stymulacja cyklu u kobiety wywołuje skutki, które skłaniają do tego, by zaczekać na unormowanie się warunków fizjologicznych, zanim przystąpi się do przeniesienia embrionów do łona matki.

Kriokonserwacja jest *nie do pogodzenia z szacunkiem należnym embrionom ludzkim*: zakłada ich produkowanie *in vitro*; wystawia je na poważne niebezpieczeństwo śmierci albo naruszenie ich integralności fizycznej, ponieważ znaczący ich procent nie przeżywa procesu zamrożenia i rozmrożenia; pozbawia je, przynajmniej czasowo, możliwości przyjęcia i kształtowania w łonie matki; naraża je na dalsze szkody i manipulacje.

Większość niewykorzystanych embrionów pozostaje „sierotami”. Ich rodzice nie dopominają się o nie, a czasem urywa się z nimi kontakt. To wyjaśnia istnienie składowych całych tysięcy zamrożonych embrionów niemal we wszystkich krajach, w których praktykuje się zapłodnienie *in vitro*.

19. Jeżeli chodzi o wielką liczbę *już istniejących zamrożonych embrionów*, pojawia się pytanie: co z nimi zrobić? Niektórzy stawiają sobie to pytanie, nie uwzględniając jego wątku etycznego, kierując się jedynie koniecznością przestrzegania prawa, które

nakazuje opróżnienie po pewnym czasie banków w ośrodkach kriokonserwacji, które później zostaną na nowo zapełnione. Natomiast inni są świadomi tego, że doszło do poważnej niesprawiedliwości, i zastanawiają się, w jaki sposób temu zadośćuczynić.

Oczywiście nie do przyjęcia są propozycje wykorzystania tych *embrionów w celach badawczych* albo *przeznaczenie ich do celów terapeutycznych*, ponieważ wówczas embriony są traktowane jako zwykły „materiał biologiczny”, co prowadzi do ich zniszczenia. Także propozycja rozmrażania tych embrionów, bez ich reaktywacji, i używanie ich do badań jakby były zwyczajnymi zwiłkami, nie jest do przyjęcia.

Również propozycja wykorzystania ich w „terapii” par bezpłodnych etycznie jest nie do przyjęcia, z tych samych powodów, które czynią niegodziwym zarówno sztuczne zapłodnienie heterologiczne, jak i wszelkie formy macierzyństwa zastępczego; taka praktyka stwarzałaby różne dalsze problemy natury medycznej, psychologicznej i prawnej.

Została też wysunięta propozycja wprowadzenia formy „adopcji prenatalnej”, tylko w tym celu, by stworzyć możliwość narodzenia się istotom ludzkim, które w przeciwnym wypadku skazane są na zniszczenie. Jednakże ta propozycja, godna pochwały co do intencji uszanowania i obrony życia ludzkiego, niesie ze sobą wiele problemów nieróżniących się od wyżej przedstawionych.

Trzeba na koniec stwierdzić, że tysiące porzuconych embrionów stwarzają *sytuację niesprawiedliwości nie do naprawienia*. Dlatego Jan Paweł II odwołał się „do sumienia osób sprawujących odpowiedzialne funkcje w środowisku naukowym, a w szczególności lekarzy, aby została wstrzymana produkcja ludzkich embrionów, zważywszy że nie ma moralnie godziwego rozwiązania, które zapewniłoby ludzką przyszłość wielu tysiącom «zamrożonych» embrionów, choć przecież mają one i zawsze zachowają swoje podstawowe prawa i tym samym winny być chronione przez prawo jako ludzkie osoby”.

Zamrażanie owocytów

20. W celu uniknięcia poważnych problemów etycznych, związanych z kriokonserwacją embrionów, w kontekście technik zapłodnienia *in vitro* wysunięto propozycję zamrażania owocytów. Po pobraniu odpowiedniej liczby owocytów, mając na względzie wiele cykli sztucznego przekazania życia, planuje się zapłodnienie tylko tych owocytów, które zostaną przeniesione do matki, natomiast inne byłyby zamrażane, by ewentualnie mogły zostać zapłodnione i przeniesione w przypadku niepowodzenia pierwszej próby.

W związku z tym trzeba zaznaczyć, że *kriokonserwację owocytów w celu sztucznego przekazywania życia należy uznać za moralnie nie do przyjęcia*.

Redukcja embrionów

21. Niektóre metody zastosowane w sztucznym przekazywaniu życia, zwłaszcza przeniesienie większej liczby embrionów do łona matki, spowodowały znaczny wzrost liczby ciąż mnogich. Dlatego pojawił się projekt dokonywania tak zwanej redukcji embrionów. Polega ona na zabiegu powodującym zmniejszenie liczby embrionów lub płodów obecnych w łonie matki przez ich bezpośrednie unicestwienie. Decyzja o unicestwieniu istot ludzkich, wcześniej bardzo upragnionych, stanowi paradoks i często powoduje cierpienie oraz poczucie winy, które mogą trwać przez całe lata.

Z punktu widzenia etycznego *redukcja embrionów jest zamierzoną aborcją selektywną*. Jest to bowiem rozmyślne i bezpośrednie zniszczenie jednej lub wielu niewinnych istot ludzkich w początkowej fazie ich istnienia, i jako takie stanowi zawsze poważny nieporządek moralny.

Argumenty przedstawiane dla usprawiedliwienia etycznego redukcji embrionów opierają się często na analogii do klęsk żywiołowych albo nadzwyczajnych katastrof, w których pomimo dobrej woli każdego nie jest możliwe ocalenie wszystkich dotkniętych nimi osób. Analogie te nie mogą w żadnym wypadku uzasadniać pozytywnego osądu moralnego odnośnie do praktyki bezpośrednio aborcyjnej. Kiedy indziej przywołuje się zasady moralne, takie jak zasada mniejszego zła albo podwójnego skutku, które tu nie mają zastosowania. Nigdy bowiem nie jest rzeczą dopuszczalną podejmowanie działania, które jest ze swej istoty niegodziwe, nawet dla dobrego celu: *cel nie uświęca środków*.

Diagnoza przedimplantacyjna

22. Diagnoza przedimplantacyjna jest formą diagnozy prenatalnej, związaną z technikami sztucznego zapłodnienia, która przewiduje genetyczną diagnozę embrionów, uformowanych *in vitro*, przed ich przeniesieniem do łona matki. Jest ona stosowana *w tym celu, by mieć pewność, że do matki przeniesione zostały jedynie embriony pozbawione wad albo o określonej płci bądź posiadające pewne szczególne cechy*.

W odróżnieniu od innych form diagnozy prenatalnej, w których faza diagnostyczna jest wyraźnie oddzielona od fazy ewentualnego zniszczenia i w której pary mogą z wolnością przyjąć chore dziecko, po diagnozie przedimplantacyjnej dochodzi zwykle do zniszczenia embrionu określonego jako „podejrzany” o wady genetyczne lub chromosomowe, bądź ze względu na niepożądane cechy czy płeć. Diagnoza przedimplantacyjna – zawsze wiążąca się ze sztucznym zapłodnieniem, już samym w sobie w istocie niegodziwym – ma na celu faktycznie *jakościową selekcję embrionów wraz z ich niszczeniem*, która jawi się jako wczesne działanie aborcyjne. Tak więc diagnoza przedimplantacyjna jest wyrazem tej *mentalności eugenicznej*, „która dopuszcza selektywne przerywanie ciąży, aby zapobiegać narodzinom dzieci dotkniętych przez różnego rodzaju anomalie. Tego rodzaju mentalność jest haniebna i w najwyższym stopniu naganna, ponieważ rości sobie prawo do mierzenia wartości ludzkiego życia

wyłącznie według kryteriów «normalności» i zdrowia fizycznego, otwierając tym samym drogę do uprawomocnienia także dzieciobójstwa i eutanazji”.

Gdy ludzki embrión traktowany jest jako zwykły „materiał laboratoryjny”, dochodzi do *zafalszowania i zmiany również samego pojęcia godności ludzkiej*. Godność przynależy w równym stopniu każdej poszczególniej istocie ludzkiej i nie jest zależna od planów rodzicielskich, pochodzenia społecznego, formacji kulturalnej i stanu rozwoju fizycznego. Jeśli w przeszłości chociaż ogólnie akceptowano pojęcie godności ludzkiej i związane z nią wymogi, dopuszczano się dyskryminacji z powodu rasy, religii lub pochodzenia społecznego, dzisiaj jesteśmy świadkami nie mniej poważnej i niesprawiedliwej dyskryminacji, prowadzącej do nieuznawania etycznego i prawnego statusu istot ludzkich dotkniętych ciężkimi patologiami i niepełnosprawnością: w ten sposób zapomina się, że osoby chore i niepełnosprawne nie stanowią jakiejś odrębnej kategorii, ponieważ choroba i niepełnosprawność należą do ludzkiej kondycji i dotyczą wszystkich osobiście, nawet jeżeli nie doświadczą się ich bezpośrednio. Taka dyskryminacja jest niemoralna, a zatem powinna być uznana za niedopuszczalną z punktu widzenia prawa; podobnie jak należy też usuwać bariery kulturowe, ekonomiczne i społeczne, utrudniające pełne uznanie i obronę osób niepełnosprawnych i chorych.

Źródło: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20081208_dignitas-personae_pl.html (dostęp: 21.06.2014).

Katechizm Kościoła Katolickiego

KKK 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” (Kongregacja Nauki Wiary, instr. *Donum vitae*, Wstęp, 2).

KKK 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 prawo 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” (Kongregacja Nauki Wiary, instr. *Donum vitae*, II, 1).

KKK 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” (Kongregacja Nauki Wiary, instr. *Donum vitae*, II, 5). „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 umożliwia rodzicielstwo zgodne z godnością osoby ludzkiej” (Kongregacja Nauki Wiary, instr. *Donum vitae*, II, 4).

Źródło: <http://www.katechizm.opoka.org.pl/> (dostęp: 21.06.2014).

Cierpienie małżonków, którzy nie mogą mieć dzieci lub obawiają się przyjscia na świat dziecka upośledzonego, jest doświadczeniem, które winno być przez wszystkich rozumiane i odpowiednio oceniane. Pragnienie posiadania dziecka przez małżonków jest czymś naturalnym. Wyraża się w nim powołanie do ojcostwa i macierzyństwa, wpisane w miłość małżeńską. Owo pragnienie może być jeszcze silniejsze w przypadku par małżeńskich dotkniętych nieuleczalną bezpłodnością. Jednakże małżeństwo nie daje małżonkom prawa do posiadania dziecka, lecz tylko prawo do podejmowania aktów naturalnych, które same przez się służą przekazywaniu życia.

Tego rodzaju prawo do posiadania dziecka sprzeciwiałoby się jego godności i naturze. Dziecko nie jest rzeczą, która należy się małżonkom, nie może być ono uważane za własność. Jest raczej darem małżeństwa, i to „największym”, najbardziej żywym świadectwem wzajemnego oddania się bezinteresownego rodziców. Z tego tytułu dziecko ma prawo – jak wspomniano – być owocem aktu właściwego miłości małżeńskiej rodziców i jako osoba od momentu swego poczęcia mieć również prawo do szacunku.

Bezpłodność jednak, niezależnie od jej przyczyn i związanych z nią prognoz, jest ciężką próbą. Wspólnota wierzących powołana jest do oświecenia i podtrzymania na duchu tych wszystkich, którzy nie mogą zrealizować uprawnionego dążenia do macierzyństwa i ojcostwa. Małżonkowie znajdujący się w tej bolesnej sytuacji powołani są do ujrzenia w niej okazji do szczególnego uczestnictwa w Krzyżu Pana, źródle duchowej płodności. Bezpłodne pary małżeńskie nie powinny zapominać o tym, że „także wówczas, kiedy zrodzenie potomstwa nie jest możliwe, życie małżeńskie nie traci z tego powodu swojej wartości. Niepłodność fizyczna może bowiem dostarczyć małżonkom sposobności do innej, ważnej służby na rzecz życia osoby ludzkiej, jak na przykład adopcja, różne formy pracy wychowawczej, niesienie pomocy innym rodzinom czy dzieciom ubogim lub upośledzonym”.

Św. Jan Paweł II, *Familiaris consortio*.

Wielu badaczy podejmowało walkę z bezpłodnością. Broniąc w pełni godności ludzkiego przekazywania życia, niektórzy z nich uzyskali wyniki, które w przeszłości uważano za nieosiągalne. Zachęca się ludzi do kontynuowania badań, aby zapobiec przyczynom bezpłodności, umożliwić jej leczenie, by małżonkowie niepełni mogli stać się zdolni do prokreacji, zachowując swą osobową godność, a także godność dziecka.

Kongregacja Nauki Wiary, *Donum vitae. Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania*, 8.

Źródło: http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WR/kongregacje/kdwiary/zbior/t_2_19.html#
(dostęp: 21.06.2014).

Rodziny chrześcijańskie, które widzą we wszystkich ludziach dzieci wspólnego Ojca Niebieskiego, będą wielkodusznie wychodzić naprzeciw dzieciom innych rodzin, pomagając im i kochając je nie jako obcych, ale jako członków jednej rodziny dzieci Bożych. W ten sposób rodzice chrześcijańscy będą mogli rozszerzyć zasięg swej miłości poza więź ciała i krwi, uznając związki wywodzące się z ducha, które rozwiną się w konkretną służbę dzieciom innych rodzin, często pozbawionych środków do życia.

Rodziny chrześcijańskie winna ożywiać większa gotowość do adopcji i przysposobienia dzieci pozbawionych rodziców czy też opuszczonych: podczas gdy te dzieci, odnajdując na nowo ciepło uczuć rodzinnych, zaznają pełnego miłości opatrnościowego ojcostwa Boga, świadczonego przez rodziców chrześcijańskich. Wzrastając w atmosferze pogody i ufności, cała rodzina zostanie ubogacona wartościami duchowymi poszerzonego braterstwa.

Przedstawiony obraz ukazuje rodzinom szerokie pole działania. Bardziej jeszcze aniżeli opuszczenie dzieci niepokoi dzisiaj marginalizacja społeczna i kulturowa, boleśnie uderzająca starych, chorych, upośledzonych, narkomanów, byłych więźniów itd.

W ten sposób poszerza się niepomiaralnie horyzont ojcostwa i macierzyństwa rodzin chrześcijańskich: ich miłość płodna duchowo podejmuje wyzwanie tych i innych naglących potrzeb naszych czasów. Chrystus Pan, wraz z rodzinami i przez nie, nadal ma „współczucie” dla rzesz.

Św. Jan Paweł II, *Familiaris consortio*, 41.

Źródło: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/apost_exhortations/documents/hf_jp-ii_exh_19811122_familiaris-consortio_pl.html (dostęp: 21.06.2014).

KOLOROWE KAPELUSZE – OPIS METODY

Metoda kolorowych kapeluszy jest jedną z metod dyskusyjnych. Jej istotą jest rozdzielenie i uporządkowanie różnych rodzajów wypowiedzi na dany temat. Można ją wykorzystać do dyskusji, np. nad projektem działań duszpasterskich w ciągu najbliższego roku czy w trakcie dyskusji nad projektem rekolekcji szkolnych.

WPROWADZENIE

Uczestnicy siadają w kręgu. Konieczne jest dokonanie wprowadzenia, przedstawienie wstępnych propozycji. Można przygotować główne punkty na piśmie i kserokopie rozdać uczestnikom.

AKTYWIZACJA

Prowadzący rozkłada na środku sali kolorowe papierowe kapelusze – tak żeby uczestnicy mogli mieć do nich swobodny dostęp. Kapelusze można wykonać z kolorowego papieru, według tzw. wzoru napoleońskiego. Prowadzący przedstawia zasady dyskusji.

1. Jeśli ktoś chce zabrać głos, musi założyć na głowę wybrany kapelusz. Wtedy ma prawo głosu.
2. Każdemu z kolorowych kapeluszy są przyporządkowane pewne rodzaje wypowiedzi. Ten, kto zabiera głos, musi wypowiadać się „zgodnie z kapeluszem”.
3. W danym momencie tylko jedna osoba może mieć kapelusz na głowie.
4. Mając na głowie kapelusz **biały**, należy mówić o faktach, o obiektywnych danych. Kolor ten jest neutralny i obiektywny, wskazuje na obiektywne fakty i liczby. Trudno z tym dyskutować. Można rozpocząć zdanie od słów: *Faktem jest, że...*
5. Mając na głowie kapelusz **czzerwony**, należy mówić o własnych emocjach, jakie budzą się w związku z przedstawionymi propozycjami. Kolor ten kojarzy się ze złością, umożliwia wyrażenie emocjonalnego punktu widzenia. Można rozpocząć zdanie od słów: *Cieszę się, że..., Mam pewne obawy, że..., To jest fascynujące...*
6. Mając na głowie kapelusz **żółty**, należy wskazywać na plusy propozycji. Jest to kolor słoneczny i pozytywny, wiąże się z nadzieją i pozytywnym myśleniem. Można rozpocząć zdanie od słów: *Podoba mi się..., Mocnym tego punktem jest...*
7. Mając na głowie kapelusz **czarny**, należy krytykować propozycje. Jest to kolor ponury i negatywny, wskazuje na negatywne aspekty zagadnienia. Można rozpocząć zdanie od słów: *Słabym punktem jest..., Nie jest dobrze, że...*
8. Mając na głowie kapelusz **zielony**, należy mówić o pomysłach, uzupełnieniach. Kolor ten to twórczość i nowe pomysły, marzenia. Można rozpocząć zdanie od słów: *Mam pomysł..., Można by to uzupełnić o..., Marzy mi się, że...*
9. Mając na głowie kapelusz **niebieski**, należy wypowiadać się w celu uporządkowania dyskusji. Kolor ten jest zimny, ale to także barwa nieba. W tym kapeluszu

człowiek zajmuje się kontrolowaniem i organizowaniem procesu myślenia i używania kapeluszy. Jest to pewnego rodzaju spojrzenie „z lotu ptaka” na przebieg dyskusji. Można rozpocząć zdanie od słów: *Chciałbym uporządkować naszą dyskusję...*, *Dotychczas ustaliliśmy...*, *Chciałbym poprosić teraz o wypowiedzi w żółtym kapeluszu...*

W celu ułatwienia procesu opanowania „kolorów” i rodzajów wypowiedzi, można wyłożyć przy kapeluszach kolorowe kartki formatu A4 z hasłowym wyjaśnieniem, np. kartka czarna z napisem: „krytyka”, kartka czerwona z napisem: „emocje”, biała – „fakty”, zielona – „pomysły, marzenia”, żółta – „pozytywy”, niebieska – „porządkowanie”.

Po przedstawieniu zasad, uczestnicy zabierają głos. Na początku prowadzący zwraca szczególną uwagę na przestrzeganie reguł. Dobrze jest notować główne wątki wypowiedzi w poszczególnych kapeluszach.

PUENTA

Prowadzący podsumowuje dyskusję. Konieczne jest uporządkowanie zebranych argumentów i przypomnienie głównych wypowiedzi w poszczególnych kapeluszach. Szczególnie warto na koniec podkreślić mocne punkty i nowe propozycje związane z dyskutowanym planem działania.

WARIANTY

Dyskusja może przebiegać np. najpierw tylko w białym, potem tylko w żółtym kapeluszu itp. Prowadzący może poprosić o założenie kapelusza w jakimś określonym kolorze, by ukierunkować dyskusję, wydobyć informację, na której mu zależy, zmienić nastawienie itd.

Źródło: http://www.opoka.org.pl/biblioteka/K/katecheta/0101E_01.html# (dostęp: 21.06.2014).