

Etyczno-medyczne aspekty początków ludzkiego życia

Ethical and Medical Aspects of the Origins of Human Life

Metody pozyskiwania wiedzy

Istnieją różne metody pozyskiwania wiedzy. Niewątpliwie największe znaczenie przywiązuje się obecnie do wiedzy zdobywanej przy pomocy naukowych metod badawczych (podejście naukowe, empiryczne). Zaliczamy do nich naukowe badania interwencyjne oraz obserwacyjne. Podejście naukowe pozwala nam na udzielenie odpowiedzi na pytania typu: Kiedy powstaje nowa istota ludzka? Jak zapobiegać ciąży? Czy da się sztucznie zapłodnić kobietę? Wiedza pozyskiwana dzięki badaniom naukowym charakteryzuje się dwoma istotnymi ograniczeniami. Pierwsze polega na nieabsolutnym, zmiennym charakterze tak zdobytej wiedzy. Na przykład zasady postępowania diagnostycznego, leczniczego czy profilaktycznego w medycynie obowiązują jedynie do momentu, kiedy kolejne badania naukowe ich nie podważą i nie zaproponują nowych, które obowiązywać będą do czasu kolejnej zmiany¹. W skrajnych przypadkach to, co wcześniej było standardem postępowania medycznego, w świetle aktualnej wiedzy może być traktowane jako błąd w sztuce lekarskiej². Identyczne ograniczenia występują oczywiście we wszystkich innych dziedzinach nauki, w których wiedzę pozyskuje się, opierając się na podejściu naukowym. Co więcej, stosując podejście naukowe, nigdy nie będziemy wiedzieć, czy już osiągnęliśmy w danej kwestii wiedzę absolutną, niezmienną i ostateczną. Drugie ograniczenie wynika z faktu, że stosowane w jednych dziedzinach wiedzy naukowe metody jej

¹ Jako przykład patrz: E. Braunwald, *The Treatment of Acute Myocardial Infarction: the Past, the Present, and the Future*. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care, 2012, 1(1): 9–12, doi: 10.1177/2048872612438026.

² Tamże, dziś nie wolno leczyć zawału serca w sposób, jaki był zalecany w latach 70. XX w.

pozyskiwania nie nadają się do zastosowania w innych³. Tymczasem ludzie poszukują odpowiedzi na wiele, w ich opinii niezwykle istotnych, pytań także z tych dziedzin, których nie da się zbadać metodami empirycznymi. Klasycznym przykładem takiej dziedziny wiedzy jest etyka medyczna. Podejście naukowe nie udzieli odpowiedzi na pytania typu: Czy istoty ludzkie wolno zabijać? Czy każda metoda antykoncepcji jest etyczna? Czy bezpłodni mają prawo posiadać dzieci? W tym przypadku konieczne jest zastosowanie podejścia filozoficzno-etycznego, opartego na racjonalnej argumentacji i dochodzeniu do wiedzy metodą logicznie uzasadnionego rozumowania. *Granice racjonalności nie pokrywają się z granicami metody naukowej i dlatego niekiedy warto wyjść poza te granice, by już poza nimi, z drugiej strony, prowadzić racjonalny dyskurs. Choć w tym obszarze nie można spodziewać się empirycznych rozstrzygnięć, krytyczne racje i rozsądne ważenie argumentów zachowują na nim swoją wagę*⁴. Pomocny w tej metodzie jest odpowiedni system moralny, który wszyscy ludzie (do których się on odnosi) rozumieją i są skłonni poddać się jego działaniu⁵. Opracowanie powszechnie akceptowanego, jednolitego i spójnego systemu moralnego nie powiodło się nigdzie na świecie i być może w zróżnicowanym światopoglądowo, demokratycznym społeczeństwie w ogóle nie będzie możliwe. Dowodem na to są nierozwiązywalne dylematy etyczne dotyczące wielu zagadnień medycznych, takich jak dopuszczalność zabiegów przerywania ciąży czy zapłodnienia *in vitro*. O ile bowiem w podejściu naukowym możliwe jest osiągnięcie powszechnego porozumienia, ponieważ uzyskane wyniki badań można w sposób obiektywny zweryfikować, powtarzając badania naukowe, o tyle w podejściu filozoficzno-etycznym uzyskanie powszechnego consensusu nie jest łatwe, gdyż nie istnieją metody obiektywnej (naukowej) weryfikacji stanowisk. Ta niedoskonałość podejścia filozoficzno-etycznego jest dla jednych powodem do totalnego negowania możliwości osiągnięcia wiedzy przy pomocy tych metod

³ Niektórzy uczeni kwestionują w ogóle możliwość pozyskiwania wiedzy innymi niż naukowe metodami. To stanowisko zapoczątkowali pozytywiści filozoficzni, tacy jak A. Comte czy J.S Mill, kontynuowali empiriokrytycyści, kwestionujący wartość wszelkich rozważań metafizycznych, a ostatnimi byli neopozytywiści. Pytania typu „Czy Bóg istnieje?” są w ich opinii pozbawione jakiegokolwiek realnego znaczenia i dlatego nie warto szukać na nie odpowiedzi. Tymczasem całkowite odrzucenie metafizyki i oparcie całej wiedzy na danych empirycznych wyklucza zasadność stosowania tej ostatniej metody. Nie można przecież w sposób doświadczalny udowodnić istnienia świata materialnego ani jego racjonalnie przewidywalnej struktury.

⁴ M. Heller, *Ostateczne wyjaśnienia wszechświata*, Kraków 2012, s. 21.

⁵ G. Bernard, C.M. Culver, C.K. Danner, *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, Gdańsk 2010, s. 37–70.

(neopozytywiści), a dla innych dowodem na konieczność oparcia się na pewnych stałych i podstawowych zasadach, które można określić jako prawa naturalne. W wielu stanowiskach etycznych te podstawowe prawa i normy znajdują swoje źródło w dogmatach wiary i prawdach objawionych, a ocena filozoficzno-etyczna godziwości działań medycznych opiera się na racjonalnym rozumowaniu uwzględniającym religijną perspektywę analizy. W takich przypadkach można mówić o religijnym podejściu poznawczym. Jego podstawową słabością jest fakt, że w zróżnicowanym światopoglądowo społeczeństwie nie wszyscy członkowie podzielają konieczne dla poprawności wywodu dogmaty wiary i prawdy objawione. Etyka medyczna nie może jednak całkowicie ignorować istnienia ludzi religijnych, tym bardziej w takim kraju jak Polska, gdzie ponad 80 proc. populacji stanowią osoby religijne⁶. Opieka zdrowotna wymaga porozumienia i współpracy pomiędzy wszystkimi podmiotami zaangażowanymi w jej realizację, na czele z lekarzem i pacjentem. Ludzie religijni (podobnie jak niereligijni czy ateści) mają prawo do opieki zgodnej z ich własnym światopoglądem (na przykład do uwzględniającej ten aspekt informacji medycznej), a wielu odmówi zgody na interwencje medyczne, których zabrania ich religia. Zadaniem opieki medycznej jest niesienie ulgi w cierpieniu, a nie toczenie sporów światopoglądowych.

Istota ludzka

Powyższy wstęp konieczny był, aby uporządkować dalszą dyskusję na temat szczegółowych zagadnień dotyczących początków ludzkiego życia. W osiąganiu wiedzy należy przyjąć zasadę, że wszystkie te pytania, na które odpowiedzi może udzielić podejście naukowe, czyli empiryczne, powinny być w ten sposób badane. I dlatego tematy możliwe do wyjaśnienia przy pomocy medycyny i nauk biologicznych nie powinny być analizowane metodami filozoficzno-etycznymi. Przykładem takiego zagadnienia jest termin „istota ludzka”. Istotą ludzką lub osobnikiem ludzkim jest każdy osobnik należący do gatunku człowiek rozumny (*Homo sapiens*). Ponieważ tematem pracy są początki ludzkiego życia, bardzo istotnym zagadnieniem jest ustalenie, w którym momencie pojawia się nowa, swoista osobniczo i gatunkowo istota

⁶ WIN-Gallup International, *Global Index of Religiosity and Atheism – 2012*, [online], [dostępny: <http://www.wingia.com/web/files/news/14/file/14.pdf>].

ludzka? Tym momentem, podobnie jak w przypadku wszystkich innych ssaków, jest moment połączenia się haploidalnej⁷ gamety męskiej (plemnik) z haploidalną gametą żeńską (komórką jajową). Powstała w wyniku tego połączenia diploidalna zygota jest pierwszym stadium rozwoju nowej, swoistej osobniczo istoty ludzkiej⁸. Zygota zawiera wszystkie podstawowe czynniki niezbędne do dalszego rozwoju człowieka. Istnieją one w postaci zakodowanego zestawu instrukcji, zlokalizowanych w genach znajdujących się w chromosomach⁹. Proces przechodzenia do kolejnych stadiów rozwoju polega w ogromnym uproszczeniu na odblokowywaniu (aktywowaniu) jednych oraz blokowaniu innych genów w ściśle określonym porządku. A zatem zagadnienie, kiedy powstaje człowiek, nie jest problemem filozoficzno-etycznym, tylko biologicznym, a pierwszym stadium rozwoju nowej istoty ludzkiej jest zygota¹⁰.

Osoba ludzka

Drugim terminem stosowanym w dyskusji nad początkami ludzkiego życia jest termin „osoba ludzka”. Termin ten oznacza istotę ludzką ważną z moralnego punktu widzenia, istotę posiadającą godność, a zatem podmiotowość, istotę, której przynależą niezbywalne prawa człowieka. Określenie, czy każda istota ludzka, niezależnie od

⁷ Haploidalny – zawierający tylko jeden chromosom każdego typu. U ssaków tylko gamety, czyli komórki rozrodcze (płciowe), posiadają haploidalną liczbę chromosomów. Pozostałe komórki organizmu są diploidalne, czyli posiadają po dwa chromosomy każdego typu. Powstawanie haploidalnych gamet jest konieczne w metodzie rozmnażania płciowego, ponieważ inaczej każde następne pokolenie danego gatunku składałoby się z dwukrotnie wyższej niż poprzednie liczby chromosomów.

⁸ Por.: *Encyclopedia Britannica*, [online], [dostępny: <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/658686/zygote>]. Jeśli podczas pierwszego podziału powstałe komórki potomne oddzielią się od siebie, to będą dalej rozwijać się jako dwa niezależne osobniki. Jest to proces naturalnego sklonowania zygoty i powstania dwóch identycznych genotypowo osobników (bliźniaki jednojajowe lub bardziej poprawnie z naukowego punktu widzenia bliźniaki monozygotyczne). Naturalne klonowanie człowieka możliwe jest jedynie na tym najwcześniejszym stadium rozwoju.

⁹ Tamże.

¹⁰ Pojawiające się czasami stwierdzenia, że zarodek czy ludzki płód to grupa komórek bez przynależności osobniczej, to opinie nieprawdziwe i niezgodne z aktualną wiedzą. O ile plemnik i komórka jajowa (niezbędne do wytworzenia zygoty) są częścią ciała odpowiednio ojca i matki, o tyle zygota jest nową istotą ludzką powstałą właśnie w momencie połączenia się plemnika i komórki jajowej. Zygota nie jest zatem ani częścią ciała ojca, ani matki, ponieważ jej materiał genetyczny różni się od materiału genetycznego każdego z rodziców. Zygota ludzka (a także wszystkie późniejsze stadia rozwoju człowieka) nie jest także komórką bez przynależności gatunkowej i osobniczej, ponieważ takich form istnienia nie przewiduje cykl rozwoju ssaków ani metoda rozmnażania się ssaków, którą nazywamy metodą płciową.

stadium rozwoju, jest osobą ludzką, to domena analiz filozoficzno-etycznych, a nie naukowych¹¹. Zaproponowano szereg kryteriów służących do określenia momentu, w którym istota ludzka osiąga status osoby ludzkiej. Najprostszym jest tzw. kryterium genetyczne. W myśl tego stanowiska etycznego każdy nowy osobnik ludzki (zygota) osiąga w momencie poczęcia jednocześnie status osoby ludzkiej. Przyjęcie takiego stanowiska wymaga traktowania także najwcześniejszych stadiów rozwoju człowieka (zygota, zarodek, płód) tak samo jak ludzi już narodzonych. Wielu etyków nie zgadza się z tym stanowiskiem. Nie przyjmują argumentacji wskazującej na ciągłość embriogenezy¹² oraz genetyczną identyczność (tożsamość) każdego człowieka, która nie ulega żadnym zmianom w trakcie przechodzenia kolejnych stadiów rozwoju i towarzyszących tym stadiom ogromnych zmian wyglądu, rozmiarów, a nawet pojawiania się i zanikania różnych struktur anatomicznych¹³. Dla wielu etyków momentem granicznym jest moment narodzin człowieka, od którego jego rozwój może odbywać się poza organizmem kobiety¹⁴. Ci etycy skłonni są przyznać status osoby ludzkiej dopiero narodzonym istotom ludzkim. Istnieją jednak koncepcje, zgodnie z którymi moment narodzin nie jest tak istotną cezurą, jak moment osiągnięcia odpowiednio wysokiego poziomu rozwoju psychicznego, czyli ukształtowania się odpowiednio wysokich zdolności intelektualnych nowej istoty ludzkiej. Według tego stanowiska osobą ludzką staje się dopiero ta istota ludzka, która posiada świadomość oraz umiejętność rozumowania, czyli rozwiązywania nowych i stosunkowo złożonych problemów¹⁵. Przy tak określonych kryteriach definiujących osobę ludzką część żyjącej populacji nie posiada statusu osoby ludzkiej, w tym na przykład wszystkie noworodki czy też wszyscy chorzy niepełnosprawni intelektualnie w stopniu

¹¹ Niektórzy próbują zanalizować to zagadnienie także metodą naukową, wykorzystując psychologię empiryczną oraz socjologię i ekonomię.

¹² Ciągły proces, który rozpoczyna się w momencie poczęcia i polega na naturalnym rozwoju człowieka zgodnie z kolejnymi stadiami rozwoju. Zmianą jakościową jest w tym procesie jedynie moment powstania zygoty (wcześniej nie istnieje ta istota ludzka) oraz śmierci organizmu, czyli nieodwracalnego zachwiania równowagi funkcjonalnej swoistej osobniczo istoty ludzkiej.

¹³ Stałość genotypu (zespół genów danego osobnika), mimo łatwo dostrzegalnych zmian fenotypu (zespół cech osobnika powstały w wyniku oddziaływania genotypu ze środowiskiem, zespół widocznych i niewidocznych cech osobniczych).

¹⁴ Większość wcześniejszych stadiów rozwoju musi odbywać się w ciele kobiety i nie istnieje żaden człowiek, który powstałby z pominięciem okresu życia w organizmie matki-żywicielki.

¹⁵ M.A. Warren, *On the Moral and Legal Status of Abortion*, *Monist*. 1973, 57 (1): s. 43–61 – polskie tłumaczenie tej pracy zamieszczone jest w: W. Galewicz, *Początki ludzkiego życia*, Kraków 2010, s. 197–214.

głębokim¹⁶. Pojawienie się stanowisk etycznych oddzielających moment powstania istoty ludzkiej od momentu nabycia przez tę istotę statusu osoby ludzkiej stanowi filozoficzno-etyczną podstawę do zanegowania potrzeby przestrzegania podstawowych praw człowieka wobec istot ludzkich nieposiadających statusu osoby, nazywanych także potencjalnymi osobami ludzkimi¹⁷.

W Polsce, gdzie większość społeczeństwa to katolicy, nie można pominąć stanowiska etycznego Kościoła katolickiego, które odzwierciedla poniższy fragment encykliki papieża Jana Pawła II: *Życie ludzkie jest święte i nienaruszalne w każdej chwili swego istnienia, także w fazie początkowej, która poprzedza narodziny*¹⁸. Kościół katolicki nie określił jednoznacznie, kiedy istota ludzka osiąga według kryteriów teologicznych status osoby ludzkiej. W definiowaniu osoby ludzkiej kluczowy jest w tym stanowisku moment, w którym materialne ciało istoty ludzkiej łączy się z niematerialną duszą (kryterium animacji). Jeśli przyjąć kryterium tzw. animacji bezpośredniej (czyli animacji dokonującej się w momencie powstania zygoty), to wówczas stanowisko etyczne Kościoła katolickiego odpowiada kryterium genetycznemu, które każdej poczętej istocie ludzkiej nadaje automatycznie status osoby ludzkiej. Jak się wydaje, wyżej wymienione stanowisko jest obecnie najczęściej prezentowane i obowiązujące. Nie można jednak pominąć faktu, że w dyskusjach teologicznych stosowane bywa także kryterium animacji opóźnionej, w której status osoby ludzkiej przysługuje istocie ludzkiej nieco starszej.

Stanowisko D. Marquisa

Odmienne od wszystkich wcześniejszych stanowisko etyczne zostało opublikowane w końcu ubiegłego stulecia¹⁹. Kluczowe jest w nim kryterium *posiadania wartościowej przyszłości podobnej do naszej*, a nie kryterium bycia istotą ludzką w sensie moralnym, czyli osobą ludzką. Przyszłość typowych istot ludzkich zawiera zbiór

¹⁶ Tamże.

¹⁷ Warto jednak podkreślić, że pierwsze przepisy prawa dopuszczające przerywanie ciąży wprowadzono w ZSRR znacznie wcześniej, niż opublikowano pracę M.A. Warrena oraz wykryto rolę genów w kształtowaniu przynależności osobniczej i gatunkowej ssaków, w tym ludzi.

¹⁸ Jan Paweł II, *Encyklika „Evangelium vitae”*, rozdział III, 61, [online], [dostępny: http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/encykliki/evangelium_3.html#m23].

¹⁹ D. Marquis, *Why Abortion is Immoral*, *J Philos.* 1989, 86 (4), 183–202 – polskie tłumaczenie tej pracy zamieszczone jest w: W. Galewicz, *Początki ludzkiego życia*, s. 215–240.

przeżyć, projektów i działań niezależnie od tego, w jakim stadium rozwoju dana istota się znajduje. Pozbawianie kogokolwiek wartościowej przyszłości jest moralnym złem, niezależnie od tego, czy daną istotę ludzką skategoryzujemy jako osobę ludzką, potencjalną osobę ludzką czy też zastosujemy jakiś inny podział. To nie potencjał osobowościowy, jakim dysponuje dana istota, tylko wartościowy charakter jej przyszłości jest najważniejszym kryterium decydującym o jej moralnym statusie. Nie należy jednak wysnuwać prostej analogii, że skoro nie wolno krzywdzić ludzi, którzy mają przed sobą wartościową przyszłość, to automatycznie można tak postępować wobec ludzi, którzy wartościowej przyszłości nie posiadają. Przeciwno temu drugiemu stanowisku mogą bowiem przemawiać inne, równie ważne racje moralne.

Przerwanie ciąży (aborcja)

Przerwanie ciąży to działanie mające na celu usunięcie istoty ludzkiej w przednoworodkowym stadium rozwoju. Istnieje wiele metod przerywania ciąży. Do najczęściej stosowanych zaliczamy aborcję farmakologiczną (polegająca na podawaniu środków farmakologicznych uniemożliwiających rozwój lub zagnieżdzenie się ciąży), zwykle stosowaną we wczesnym okresie ciąży²⁰. Ponadto stosowane są aborcje chirurgiczne, wykorzystywane w późniejszych okresach ciąży i polegające na rozszerzeniu szyjki macicy i odessaniu lub wyłuszczeniu jamy macicy²¹. Aborcję przez tzw. częściowe urodzenie stosuje się obecnie rzadko i w nielicznych krajach wobec płodów, które osiągnęły już wiek umożliwiający samodzielne życie poza organizmem matki²².

O tym, czy jest etycznie dozwolone przerywanie ciąży, decyduje kilka kryteriów. Podstawowym jest kryterium bycia osobą ludzką. We wszystkich tych stanowiskach etycznych, w których status osoby przysługuje każdej istocie ludzkiej, zabiegi przerywania ciąży uznawane są za niegodziwe i niedozwolone. Takie samo stanowisko w sprawie aborcji znajdziemy w niektórych religijnych stanowiskach etycznych,

²⁰ *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, WHO, Genewa 2003.

²¹ Tamże.

²² Abortion Rights Coalition of Canada, *Late term abortions – Position paper*, 2005, [online], [dostępny: <http://www.arcc-cdac.ca/postionpapers/22-Late-term-Abortions.PDF>].

np. Kościoła katolickiego²³. Podobnie oceniana będzie także dopuszczalność aborcji we wszystkich tych przypadkach, w których uznamy, że istota ludzka od momentu poczęcia posiada wartościową przyszłość, niezależnie od tego, czy ma już status osoby ludzkiej. Natomiast etycy, którzy skłonni są przyznać status osoby istotom ludzkim w późniejszych stadiach rozwoju [np. w momencie powstania ośrodkowego układu nerwowego albo w momencie, gdy osobnik uzyska zdolność do odczuwania bólu (kryterium patocentryczne) lub samodzielnego życia poza organizmem matki], będą oceniać zabiegi przerywania ciąży jako dopuszczalne, ale jedynie wobec tych istot ludzkich, które posiadają status potencjalnej osoby ludzkiej. Najbardziej skrajnym z tych stanowisk jest stanowisko etyków utylitarystycznych, którzy negują moment narodzin jako istotną moralnie cezurę i dopuszczają dokonywanie zabiegów tzw. aborcji pourodzeniowych²⁴. Wynika to z przyjęcia jako kryterium osoby ludzkiej kryterium tzw. sprawcy czynów moralnych, którego nie posiadają np. noworodki. Z tej perspektywy etycznej zabijanie noworodków powinno być dopuszczalne we wszystkich tych sytuacjach, w których dopuszczalna jest aborcja przedurodzeniowa²⁵.

Przedstawione powyżej stanowiska etyczne nie wyczerpują listy wszystkich możliwych, a ich mnogość dowodzi, że nie ma na obecnym etapie rozwoju cywilizacyjnego jednego jedynie słusznego i powszechnie obowiązującego. Kolejnym potwierdzeniem niemożności unifikacji etyki aborcji jest odmiennosc przepisów prawa dotyczących dopuszczalności aborcji w różnych krajach, ponieważ gdyby istniało jedno jedynie słuszne stanowisko etyczne podzielane przez wszystkich ludzi na całym świecie, to przepisy prawa byłyby ujednolicone. Tymczasem istnieją państwa, w których aborcja jest całkowicie zakazana (poza potrzebą ratowania życia matki), inne, w których jest dozwolona, ale w bardzo wyjątkowych okolicznościach, i takie, w których jest dozwolona w zasadzie na życzenie matki²⁶. Co więcej, nie ma ujednoliconych kryteriów wieku ciąży, w którym aborcja byłaby dozwolona, a obowiązujące w różnych krajach przepisy różnią się istotnie

²³ Jan Paweł II, *Encyklika „Evangelium vitae”*, rozdział III, 61, 62, [online], [dostępny: http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/encykliki/evangelium_3.html#m23].

²⁴ A. Giubilini, F. Minerva, *After-Birth Abortion: Why Should the Baby Live?*, *J Med Ethics*, 2013, 39, s. 261–633.

²⁵ Tamże.

²⁶ *World Abortion Policies*, United Nations, 2013, [online], [dostępny: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WorldAbortionPolicies2013/WorldAbortionPolicies2013_WallChart.pdf].

w tym zakresie²⁷. Pod tym względem dopuszczalność zabiegów przerwania ciąży odbiega znacząco od standardów określających zasady postępowania w dziesiątkach innych sytuacji medycznych, które nie budzą sporów etycznych. Na przykład zasady postępowania w ostrym zespole wieńcowym ze zmianami w zapisie EKG sugerującymi świeży zawał serca są identyczne w całym cywilizowanym świecie, a jedynym ograniczeniem w ich wprowadzaniu mogą być czynniki ekonomiczne²⁸. Przykład ten dobrze ilustruje wcześniejsze stwierdzenie, że w kwestiach, w których nie da się zastosować podejścia naukowego, osiągnięcie powszechnego consensusu nie jest możliwe. I dlatego wszystkie te procedury, których godziwość nie jest powszechnie akceptowana, muszą być wprowadzane w taki sposób, by nikt nie czuł się dyskryminowany z powodów światopoglądowych. Podstawowym narzędziem służącym do ochrony personelu medycznego (w tym lekarzy) przed prawnym dyktatem jest klauzula sumienia²⁹. Nie wolno jednak zapominać o pacjentkach, których prawa będą naruszane zarówno wtedy, gdy nie otrzymają dozwolonej prawnie, ale dwuznacznej etycznie pomocy, jak i wówczas, gdy będzie się im oferować niedostosowane do ich światopoglądu procedury lub opiekę obcego im światopoglądowo personelu, do którego nie mają zaufania.

W wielu dyskusjach odrzuca się możliwość stanowienia przepisów prawa medycznego opierających się na prawdach wiary. W rzeczywistości problem jest znacznie bardziej złożony, bowiem po wykluczeniu etyk religijnych nie daje się sprowadzić zróżnicowanych laickich stanowisk etycznych do jednego i jedynie słusznego. Spór dotyczący dopuszczalności aborcji nie przebiega bynajmniej pomiędzy etyką laicką a etyką dogmatyczną. Dlatego tak trudne jest stanowienie przepisów prawa, które będą szanowały zróżnicowanie światopoglądowe społeczeństw. Niestety, negowanie prawa do klauzuli sumienia budzi obawy, czy na obecnym poziomie rozwoju cywilizacyjnego jesteśmy w stanie stworzyć przepisy niedyskryminujące kogokolwiek³⁰? Demokracja to nie tylko prawa, ale także obowiązki i w przypadku zagadnień niejednoznacznych etycznie nikt nie powinien być zmuszany do

²⁷ Tamże.

²⁸ S. Windecker, R.A. Hernández-Antolín, G.G. Stefanini, W. Wijns, J.L. Zamorano, *Management of ST-Elevation Myocardial Infarction According to European and American Guidelines*, *EuroIntervention*, 2014, 10 Suppl T s. T23–31, doi: 10.4244/EIJV10STA5.

²⁹ M. Czarkowski, *Aborcja a klauzula sumienia*, „Pol Merkur Lekarski” 38 (2015) 225, s. 183–186.

³⁰ P. Saunders, *Abortion and Conscientious Objection*, *Nucleus*, 1996, s. 9–14; J. Savulescu, *Conscientious Objection in Medicine*, *BMJ*, 2006, 332 (7536), s. 294–297.

działań niezgodnych z jego światopoglądem. Nie wolno także ograniczać dostępu do zawodów medycznych z przyczyn światopoglądowych, ponieważ korzystający z usług medycznych obywatele stanowią także zróżnicowaną światopoglądowo społeczność.

Powody, dla których dokonywany jest zabieg przerwania ciąży, mogą mieć również istotny wpływ na etyczną ocenę dopuszczalności aborcji. Jeśli zabiegu przerwania ciąży dokonuje się w celu uratowania życia matki, to takie działanie jest przez wielu etyków akceptowane, tym bardziej że we wczesnych stadiach rozwoju dziecko nie jest w stanie utrzymać się przy życiu poza jej organizmem³¹. I dlatego życie i zdrowie matki jest często jedynym możliwym do uratowania. Nie znaczy to jednak, że podejmujący działania medyczne lekarz może postępować lekkomyślnie i narażać na niepotrzebne ryzyko lub szkody istoty ludzkiej we wczesnych stadiach rozwoju, ponieważ obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem³². Kobieta ciężarna może także świadomie odmówić działań medycznych, które mogłyby doprowadzić do uszkodzenia lub śmierci dziecka. Znanie są przykłady kobiet, które zachorowały podczas ciąży i świadomie odmówiły zgody na leczenie do czasu porodu³³.

Aborcja nie jest wykorzystywana jedynie jako metoda ratowania życia i zdrowia ciężarnych kobiet albo jako metoda pozwalająca kobietom decydować o tym, czy chcą dane dziecko urodzić, ale także jako bardzo skuteczna metoda ograniczania populacji ludzkiej. Warto podkreślić, że według szacunkowych danych co piąta ciąża w 1999 r. kończyła się aborcją, a ich liczba wynosiła około 46 milionów³⁴. W niektórych krajach realizujących politykę kontroli populacji aborcja była przymusowa. Jako metoda służąca depopulacji jest jedną z najbardziej skutecznych, dużo skuteczniejszą niż prowadzenie wojen³⁵. Na ten aspekt zagadnienia należy zwrócić uwagę, ponieważ nie można

³¹ Do momentu osiągnięcia przez płód wieku około 22 tygodni nie istnieje żadna znana medycznie metoda, która umożliwiałaby utrzymanie przy życiu dziecka w przypadku zgonu (zdefiniowanego w oparciu na kryteriach śmierci krążeniowej) jego matki. W tym okresie przeżycie dziecka jest możliwe jedynie w przypadku uratowania życia matki.

³² *Kodeks Etyki Lekarskiej*, art. 39.

³³ *Jeszcze raz się urodzić. Historia Agaty Mróz*, [online], [dostępny: http://www.nto.pl/magazyn/reportaz/art/4497543_jeszcze-raz-sie-urodzic-historia-agaty-mroz,id,t.html].

³⁴ *Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide*, New York, NY, Alan Guttmacher Institute, 1999.

³⁵ Najbardziej krwawa II wojna światowa spowodowała śmierć ok. 60 mln ludzi w ciągu prawie 6 lat jej trwania.

wykluczyć, że obawa przed przeludnieniem³⁶ była istotnym motywem promowania aborcji.

Metody antykoncepcyjne

Metody antykoncepcyjne są tworzone po to, by umożliwić ludziom prowadzenie satysfakcjonującego życia seksualnego i jednocześnie zapobiec towarzyszącej spółkowaniu prokreacji. Oddzielenie życia seksualnego od prokreacji to główny cel antykoncepcji. Metod antykoncepcji jest bardzo wiele i w zależności od tego, na czym one polegają, można w stosunku do nich wysuwać różnego rodzaju zastrzeżenia etyczne. Metody antykoncepcyjne dzielimy na: naturalne (termiczna, Billingsów, stosunek przerywany), mechaniczne (prezerwatywa, diafragma, kapturek), chemiczne (globulki, kremy), wkładki wewnątrzmaciczne (z jonami metali, z hormonami), hormonalne (pigułki jedno- lub dwuskładnikowe, implanty, plastry, zastrzyki, minipigułki, progestagenowe, tabletki dzień po, RU 486 – pigułka poronna) czy też chirurgiczne. Prowadzone są także prace nad antykoncepcją immunologiczną, czyli szczepionkami antykoncepcyjnymi³⁷. Antykoncepcja immunologiczna polega na wywoływaniu odpowiedzi immunologicznej skierowanej przeciwko antygenom biorącym udział w procesie zapłodnienia lub rozwoju ciąży. Takim antygenem może być na przykład gonadotropina kosmówkowa – hormon produkowany przez zarodek i łożysko, niezbędny do prawidłowego rozwoju ciąży³⁸. U kobiet zaszczepionych taką antykoncepcyjną szczepionką powstają przeciwciała skierowane przeciwko gonadotropinie i dopóki ich poziom jest dostatecznie wysoki, kobiety nie zachodzą w ciążę mimo aktywnego życia seksualnego.

Skuteczność i bezpieczeństwo stosowania metod antykoncepcyjnych różni się, czasami nawet znacznie. Metody naturalne nie są obciążone poważnymi objawami ubocznymi, a ponadto nie budzą

³⁶ Chodzi tu o kierunek nazywany neomaltuzjanizmem. Por.: D.H. Meadows, D.L. Meadows, J. Randers, W.W. Behrens, *The Limits to Growth: A Report for the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind*, New York: Universe Books 1972.

³⁷ K. Kaur, V. Prabha, *Immunocontraceptives: New Approaches to Fertility Control*, Biomed Res Int, 2014, doi: 10.1155/2014/868196; S.Lekhwani, N. Vaswani, V.S. Ghalaut, V. Shanker, R. Singh, *Immunocontraceptives: How far from Reality?*, Adv Biomed Res. 2014, 6, s. 247.

³⁸ G.P. Talwar, O.M. Singh, S.K. Gupta, S.E. Hasnain, R. Pal, S.S. Majumbar, S. Vrati, A. Mukhopadhyay, J. Srinivasan, U. Deshmukh, S. Ganga, A. Mandokhot, A. Gupta, *The HSD-hCG Vaccine Prevents Pregnancy in Women: Feasibility Study of a Reversible Safe Contraceptive Vaccine*, Am J Reprod Immunol. 1997, 37 (2), s. 153–160.

zastrzeżeń etycznych. W przypadku prawidłowego stosowania niektórych metod naturalnych, polegających na określaniu dni płodnych, w tym także przy pomocy specjalnych urządzeń ułatwiających prowadzenie takiej kontroli, skuteczność antykoncepcji sięga 96–99 proc.³⁹. Pewnym minusem tej metody jest fakt, że przez 10–12 dni każdego cyklu miesięczkowego współżycie seksualne jest wykluczone bez dodatkowych zabezpieczeń. Wbrew stereotypom, religijność nie jest istotnym czynnikiem wpływającym na wybór tej metody antykoncepcji, natomiast chętnie korzystają z niej małżeństwa prowadzące uregulowane życie seksualne⁴⁰. Antykoncepcja hormonalna, czyli najczęściej tabletki antykoncepcyjne, charakteryzuje się jeszcze wyższą skutecznością antykoncepcyjną (pod warunkiem prawidłowego stosowania tych produktów), ale jej stosowanie budzi więcej problemów natury etycznej oraz występują uboczne objawy. Kobiety palące tytoń nie powinny w ogóle stosować tej metody.

Największe opory etyczne budzą przede wszystkim te metody, których stosowanie wiąże się ze śmiercią nowej istoty ludzkiej we wczesnych stadiach rozwoju. Takimi metodami są na przykład: wkładki wewnątrzmaciczne, antykoncepcja hormonalna, a przede wszystkim tabletki hormonalne jednoskładnikowe, czy tabletki mające na celu wywołać poronienie, a także niektóre rodzaje antykoncepcji immunologicznej. Firmy produkujące te środki często negują możliwość powodowania przez nie śmierci istot ludzkich. W wielu przypadkach działanie środków antykoncepcyjnych jest złożone i obok reakcji mogących prowadzić do śmierci istot ludzkich występują również inne zapobiegające powstaniu ciąży i jednocześnie niepowodujące śmierci nowych istot. Celem działania producenta branży medycznej jest jak największa sprzedaż każdego produktu i dlatego ekspozycja tych cech produktu, które są etycznie obojętne, a przemilczanie tych działań, które są etycznie wątpliwe, służy pomnażaniu dochodów producenta. Społeczeństwo powinno jednak domagać się umieszczenia pełnej informacji na temat charakterystyki poszczególnych produktów leczniczych czy wyrobów medycznych. Wiedza, że dany produkt lub wyrób może spowodować śmierć nowej istoty ludzkiej (nawet przy

³⁹ E. Germano, V. Jennings, *New Approaches to Fertility Awareness-Based Methods: Incorporating the Standard Days and Two Day Methods into practice*, J Midwifery Womens Health, 2006, 51 (6), s. 471–477; P. Binkiewicz, K. Michaluk, A. Demiańczyk, *Indeks Pearl'a komputerów cyklu Lady-Comp, Baby-Comp i Pearly stosowanych jako metoda antykoncepcji*, „Ginekol Pol” 81 (11) (2010), s. 834–839.

⁴⁰ J.N. Gribble, *The Standard Days Method of Family Planning: A Response to Cairo*, [online], [dostępny: <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/2918803.pdf>].

niskim prawdopodobieństwie takiego efektu) ma dla osób opowiadających się za np. kryterium genetycznym definiowania osoby ludzkiej kluczowe znaczenie podczas podejmowania decyzji o wyborze metody antykoncepcyjnej. Kobiety mają prawo być w sposób prawdziwy i wyczerpujący informowane o wszystkich działaniach poszczególnych metod, tym bardziej że wyjaśnienie, czy dany produkt może, czy też nie może powodować śmierci nowo powstałej istoty ludzkiej, da się określić metodami naukowymi w sposób jednoznaczny.

Bardzo skuteczną antykoncepcją jest metoda chirurgiczna polegająca na przecięciu lub podwiązaniu nasieniowodów (wazektomia). Ten prosty zabieg, możliwy do wykonania w warunkach ambulatoryjnych, w USA jest dość popularną metodą antykoncepcji⁴¹. Wazektomia połączona z badaniem ejakulatu potwierdzającym skuteczność zabiegu daje praktycznie 100 proc. gwarancję skuteczności antykoncepcyjnej. Poważnym ograniczeniem tej metody jest jej nieodwracalność (a ściślej ograniczona możliwość przywrócenia płodności) i dlatego decyzję o takim sposobie zabezpieczenia musi podejmować zawsze sam zainteresowany, w sposób wolny od jakichkolwiek nacisków i w pełni świadom konsekwencji. W warunkach polskich ta metoda nie jest refundowana, a koszt jej wykonania w prywatnym ośrodku wynosi około 2 tys. zł⁴².

Dużym problemem etycznym jest niejednakowe, a zatem niesprawiedliwe traktowanie kobiet i mężczyzn w kwestiach dotyczących antykoncepcji⁴³. Tolerowana jest postawa, w której osobą odpowiedzialną za antykoncepcję czyni się przede wszystkim kobiety. W pewnym stopniu wynika to z faktu, że za najskuteczniejszą metodę zapobiegania ciąży uważa się antykoncepcję hormonalną, którą mogą stosować wyłącznie kobiety. Stosowanie tych metod antykoncepcji wiąże się jednak z ryzykiem poważnych powikłań, wysokimi kosztami i obniżeniem libido, co ogranicza możliwość prowadzenia satysfakcjonującego pożycia seksualnego. Firmy farmaceutyczne, które czerpią dochody ze sprzedaży tego rodzaju środków, są zainteresowane promocją właśnie tych metod antykoncepcji, co dodatkowo przyczynia się do nieproporcjonalnego promowania antykoncepcji hormonalnej.

⁴¹ I.D. Sharlip, A.M. Belker, S. Honig, M. Labrecque, J.L. Marmar, L.S. Ross, J.I. Sandlow, D.C. Sokal, *Vasectomy: AUA Guideline*, *J Urol.*, 2012, 188 (6 Suppl), s. 2482–2491, doi: 10.1016/j.juro.2012.09.080.

⁴² [online], [dostępny: <http://wazektomia.com/cennik-wazektomii>].

⁴³ L. Campo-Engelstein, *Contraceptive Justice: Why We Need a Male Pill*, *Virtual Mentor.* 2012, 14 (2), s. 146–151, doi: 10.1001/virtualmentor.2012.14.2.msoc1-1202.

Obecnie istnieją nie tylko skuteczne, ale również dopuszczalne pod względem etycznym dla zdecydowanej większości ludzi metody antykoncepcyjne. W Polsce katolicy mogą korzystać z metod naturalnych, które obecnie charakteryzują się wysoką skutecznością, są praktycznie pozbawione działań ubocznych, a zatem bezpieczne, i nie naruszają etyki katolickiej. Niestety nie każda osoba może otrzymać prawdziwe i wyczerpujące informacje na temat antykoncepcji. Wynika to przede wszystkim z dysproporcji środków, jakie na reklamę poszczególnych metod mogą przeznaczyć różne podmioty. Państwo powinno zadbać, by informacje dostarczane obywatelom zawierały nie tylko pełny wykaz dostępnych metod, w tym bardzo istotne informacje na temat działań ubocznych, ale także informacje dotyczące etycznej dopuszczalności stosowania poszczególnych metod zależnie od światopoglądu.

Zapłodnienie *in vitro*

W przypadku różnych metod wspomaganej prokreacji, które polegają na uzyskaniu ciąży poprzez pominięcie jednego lub kilku etapów naturalnego rozrodu, w dyskusjach etycznych zwykle omawiane jest zapłodnienie *in vitro*, ponieważ jest ono najczęściej stosowaną metodą sztucznej prokreacji. Zapłodnienie *in vitro* polega na wydobyciu z ciała kobiety komórek jajowych, uzyskanych w wyniku stymulacji hormonalnej (zwykle kobieta podczas owulacji uwalnia z jajników tylko jedną komórkę jajową, a w większości technik zapłodnienia *in vitro* konieczne jest pozyskanie jednorazowo kilku, a nawet kilkunastu komórek jajowych), które następnie poza ciałem kobiety są zapładniane męskim nasieniem pobranym metodą masturbacji lub podczas spółkowania. Potrzeba posiadania większej liczby komórek jajowych ma wielorakie uzasadnienie. Po pierwsze proces pobrania komórek jajowych to procedura nieprzyjemna i inwazyjna, a zatem obciążona ryzykiem powikłań. Zwykle polega ona na nakłuciu jajnika z dojścia poprzez pochwę i aspiracji komórek jajowych. Bezpieczniej zatem przeprowadzić jeden zabieg, niż powtarzać go wielokrotnie. Po drugie posiadanie większej niż jedna komórek jajowych jest konieczne, jeśli zamierza się prowadzić selekcję zarodków w celu wybrania najbardziej odpowiedniego pod kątem pożądanych cech (np. najbardziej „żywnego” zarodka w przypadku osób bezpłodnych) lub w celu powtórzenia procedury zapłodnienia *in vitro*, co jest konieczne w większości przypadków, gdy do macicy implantowane są pojedyncze zarodki,

gdyż skuteczność pojedynczego zapłodnienia *in vitro* wynosi jedynie około 25 proc.⁴⁴. Pozostałe zarodki są zwykle zamrażane i przechowywane w ciekłym azocie. Zamrażanie przeprowadza się, obniżając powoli temperaturę, po to, by uniknąć tworzenia się kryształków lodu, które mogą uszkadzać organelle i błony komórkowe. Dodatkową ochroną przed uszkodzeniem zarodków podczas zamrażania jest metoda zeszkliwania (witryfikacji), która polega na umieszczaniu ich w roztworze zawierającym czynnik chemiczny utrudniający tworzenie się kryształów lodu (np. propanediol, sacharoza).

Zapłodnienie *in vitro* jest wykorzystywane nie tylko jako metoda umożliwiająca posiadanie dzieci osobom bezpłodnym. Poza korekcją niepłodności może być stosowane w celu uzyskania potomstwa przez: osoby samotne chcące posiadać dziecko, kobiety po okresie menopauzy, homoseksualistów żyjących w związkach partnerskich. Metoda ta umożliwia także uzyskanie potomstwa od osób zmarłych (pod warunkiem odpowiednio szybkiego od momentu stwierdzenia zgonu pobrania gamet), jak również potomstwa o ściśle określonej charakterystyce (np. głuchoniemych potomków wyselekcjonowanych w ten sposób dla osób chorujących na tę samą chorobę albo dzieci o określonej preferencji genetycznej poczętych w celu wykorzystania ich po urodzeniu do leczenia rodzeństwa⁴⁵). Może być także stosowana jako metoda umożliwiająca kobietom chorującym na chorobę nowotworową, u których konieczne leczenie (radioterapia, chemioterapia) może spowodować uszkodzenie jajników, posiadanie dzieci po skutecznym wyleczeniu choroby⁴⁶.

Zapłodnienie *in vitro* jest obecnie szybko rozwijającą się i dochodową gałęzią usług medycznych. Światowy rynek usług *in vitro* ma obecnie szacunkową wartość około 10 mld dolarów, a szacowany wzrost na rok 2020 to ponad 21 mld dolarów⁴⁷.

⁴⁴ B.A. Malizia, M.R. Hacker, A.S. Penzias, *Cumulative Live-Birth Rates After in Vitro Fertilization*, *N Engl J Med* 2009, 360, s. 236–243.

⁴⁵ G. Pennings, R. Schots, I. Liebaers, *Ethical Considerations on Preimplantation Genetic Diagnosis for HLA Typing to Match a Future Child as a Donor of Haematopoietic Stem Cells to a Sibling*, *Hum Reprod.* 2002, 17 (3), s. 534–538; J.A. Robertson, *Ethics and the Future of Preimplantation Genetic Diagnosis*, *Reprod Biomed Online*, 2005, 10, Suppl 1, s. 97–101.

⁴⁶ S. Dudani, A. Gupta, *Fertility Preservation in Young Patients with Cancer*, *J Midlife Health*, 2014, 5 (4), s. 165–167.

⁴⁷ Por.: Allied Market Research, *IVF Brings New Hope for Infertile Couples*, [online], [dostępny: <http://www.slideshare.net/alliedmarketresearch/global-in-vitro-fertilization-ivf-market-size-share-trends-opportunities-global-demand-insights-analysis-research-report-company-profiles-segmentation-and-forecast-2013-2020>].

Ta stosunkowo nowa technika medyczna może jednak budzić szereg oporów natury etycznej. Pierwszym jest sama nienaturalność metody, co w przypadku niektórych etyk religijnych jest zabronione. Na przykład w religii katolickiej poczęcie może nastąpić jedynie podczas współżycia seksualnego małżonków (spółkowania)⁴⁸. Każda metoda sztucznego zapłodnienia kobiety, także metoda prostej inseminacji, czyli wprowadzenia w sposób sztuczny męskiego nasienia do ciała kobiety, jest z tej perspektywy etycznej niedopuszczalna. Istnieją jednak znacznie poważniejsze zarzuty etyczne w stosunku do zapłodnienia *in vitro*. Jednym z najważniejszych jest kwestia tworzenia licznych zarodków, z których tylko niektórym daje się możliwość dalszego rozwoju w ciele kobiety. Przyczyn, dla których rozwój zarodków nie będzie możliwy, jest kilka. Po pierwsze część z zarodków zostanie zniszczona w procesie przechowywania, nawet jeśli pierwotnym zamiarem było ich późniejsze implantowanie w kobiecej macicy⁴⁹. Podczas procedur zamrażania i rozmrażania zarodków ginie około 20–25 proc., a jeszcze więcej nie nadaje się do użycia⁵⁰. Problem etyczny, który w tym przypadku się pojawia, to pytanie, czy wolno dla uzyskania jednego życia poświęcać życie innych istot ludzkich? Odpowiedź będzie uzależniona od tego, które z przedstawionych powyżej przykładowych stanowisk etycznych przyjmiemy. Jeśli będziemy skłonni przyznać status osoby ludzkiej każdej poczętej istocie ludzkiej albo jeśli uznamy, że każda z tych istot ma przed sobą wartościową przyszłość, to takie postępowanie będzie naganne moralnie. Po drugie, niektóre zarodki wykazują wady rozwojowe, które można wykryć przy pomocy diagnostyki preimplantacyjnej. Przykładami takich wad są zespół Downa, zespół Turnera, zespół Edwardsa. W metodzie *in vitro* obowiązek diagnostyki preimplantacyjnej jest standardem, ponieważ pozwala zmniejszyć ryzyko urodzenia dziecka z wadą wrodzoną i można przypuszczać, że w większości placówek taka selekcja zarodków się odbywa. Możliwości diagnostyki preimplantacyjnej są ograniczone i nie pozwalają na wykrycie wszystkich wad wrodzonych, jak również wad, które ujawnią się już podczas rozwoju wewnątrzmacicznego. Mimo stosowania metod preimplantacyjnej selekcji uszkodzonych zarodków ryzyko urodzenia dziecka z poważną

⁴⁸ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Pallotinum 1994, s. 533.

⁴⁹ Y.X. Cao, Q. Xing, L. Li, L. Cong, Z.G. Zhang, Z.L. Wei, P. Zhou, *Comparison of Survival and Embryonic Development in Human Oocytes Cryopreserved by Slow-Freezing and Vitrification*, *Fertil Steril*, 2009, 92 (4), s. 1306–1311, doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.08.069.

⁵⁰ Por.: [online], [dostępny: <http://www.givf.com/fertility/embryofreezing.shtml>].

wadą wrodzoną jest istotnie wyższe w przypadku ciąż powstałych w wyniku zapłodnienia *in vitro* w porównaniu do ciąż powstałych w wyniku naturalnego współżycia⁵¹. Z etycznego punktu widzenia odsiewanie uszkodzonych zarodków może być traktowane jako działania eugeniczne i naganne moralnie. Po trzecie, spośród powstałych zarodków nie wszystkie, nawet spośród tych nieposiadających wad, zostaną umieszczone w macicy i tysiące, a być może miliony takich istot ludzkich pozostanie w stanie zamrożenia, bez pomysłu na to, co z nimi dalej robić. Tworzenie nowych, nadliczbowych istot ludzkich, którym uniemożliwia się dalszy rozwój, może być także oceniane jako działanie niemoralne i dlatego w niektórych technikach zapłodnienia *in vitro* świadomie rezygnuje się zarówno z tworzenia nadliczbowych zarodków, jak i z ich selekcji, a nawet stara się stworzyć warunki, by do zapłodnienia doszło dopiero w ciele kobiety, chociaż komórka jajowa jest pobierana w sposób sztuczny⁵². Niektóre kraje zezwalają na prowadzenie eksperymentów medycznych na nadliczbowych zarodkach (pod warunkiem uzyskania zgody rodziców na takie działania), co prowadzić może do uszkodzenia lub śmierci tych zarodków⁵³. Takie eksperymenty, zwykle niebudzące wątpliwości co do ich naukowej zasadności, mogą jednocześnie budzić zastrzeżenia etyczne. Dla zwolenników ochrony każdej istoty ludzkiej ich etyczna niedopuszczalność wynika z zasady prymatu istoty ludzkiej, w myśl której interes i dobro każdego człowieka przeważa nad wyłącznym interesem społeczeństwa lub nauki⁵⁴. Nie wolno zatem poświęcać zdrowia ani tym bardziej życia jednych ludzi, po to by ratować zdrowie lub życie innych. O ile prowadzenie na zarodkach eksperymentów leczniczych, czyli mających na celu wprowadzenie nowych lub tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla ich zdrowia, jest w świetle większości stanowisk etycznych dozwolone, o tyle dopuszczalność prowadzenia eksperymentów badawczych mających na celu

⁵¹ Por.: M. Hansen, J.J. Kurinczuk, E. Milne, N. de Klerk, C. Bower, *Assisted Reproductive Technology and Birth Defects: A Systematic Review and Meta-Analysis*, Hum Reprod Update, 2013, 19 (4), s. 330–53, doi: 10.1093/humupd/dmt006.

⁵² K. Sterzik, B. Rosenbusch, D. Grab, C. Lauritzen, *Pregnancies Following Direct Oocyte-Sperm Transfer (DOST): A Simple Alternative to Conventional in vitro Fertilization (IVF)*, J In Vitro Fert Embryo Transf, 1991, 8 (4), s. 241–242, [online], [dostępny: <http://www.njnfp.org/documents/FOCUS-Infertility.pdf> <http://www.cuf.org/FileDownloads/reprotech.pdf>].

⁵³ Por.: [online], [dostępny: <http://www.eurostemcell.org/regulations/regulation-stem-cell-research-united-kingdom>].

⁵⁴ *Europejska Konwencja Bioetyczna*, art. 2, [online], [dostępny: http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf].

przede wszystkim rozszerzenie wiedzy medycznej w dużym stopniu zależy od poziomu ryzyka, jakie tym badaniom może towarzyszyć, a przede wszystkim od tego, które stanowisko etyczne zamierzamy w analizie zagrożenia zastosować. Na przykład *Kodeks Etyki Lekarskiej* zabrania realizacji eksperymentów badawczych na ludzkich zarodkach oraz zezwala na prowadzenie eksperymentów leczniczych, ale pod warunkiem, że spodziewane korzyści zdrowotne, jakie mogą uzyskać zarodki poddane eksperymentowi, w sposób istotny przekraczają ryzyko zdrowotne zarodków niepoddanych eksperymentowi⁵⁵.

Wspomniane powyżej zastrzeżenia nie wyczerpują listy zarzutów, jakie można stawiać zapłodnieniu *in vitro*. W wielu przypadkach niemożliwe jest skorzystanie z gamet osób chcących posiadać potomstwo. Powodem tego może być na przykład stale rosnąca liczba osób bezpłodnych, u których przyczyną choroby jest brak pełnowartościowych gamet albo w przypadku par jedнопłciowych niemożność uzyskania kompletu gamet. Wówczas konieczne jest skorzystanie z materiału pochodzącego od dawcy. W przypadku korzystania z materiału biologicznego (najczęściej całych gamet) pochodzącego od dawców problem etyczny dotyczy anonimowości dawców. Każdy człowiek ma prawo znać swoich rodziców – nie tylko prawnych (czyli tych, którzy faktycznie opiekują się i wychowują dziecko), ale również rodziców biologicznych (czyli tych, którzy są dawcami materiału biologicznego, z którego powstało to dziecko)⁵⁶. Większość dzieci poczętych metodą *in vitro* (67 proc.) chce poznać swoich biologicznych rodziców⁵⁷. W przypadku zapłodnienia *in vitro* rodzice biologiczni są znani osobom pobierającym od nich materiał do zapłodnienia, ale mogą i najczęściej pozostają anonimowymi. Powodem anonimizacji jest chęć zabezpieczenia tych osób przed obowiązkiem realizacji świadczeń na rzecz poczętych z ich gamet dzieci⁵⁸. Ponieważ w przypadku zaakceptowania obowiązku wypełniania przez dawców materiału biologicznego wszystkich przewidzianych przez prawo świadczeń oraz przyznania uprawnień wszystkim poczętym z ich materiału biologicznego dzieciom (np. do udziału w podziale majątku po śmierci

⁵⁵ *Kodeks Etyki Lekarskiej*, art. 45.

⁵⁶ Wskazuje na to m.in. art. 8 *Konwencji o prawach dziecka*, [online], [dostępny: http://www.unicef.org/magic/resources/CRC_polish_language_version.pdf].

⁵⁷ E.C. Ilioi, S. Golombok, *Psychological Adjustment in Adolescents Conceived by Assisted Reproduction Techniques: A Systematic Review*, *Human Reproduction Update*, 2015, 21 (1), s. 84–96.

⁵⁸ Obawy te są uzasadnione, czego dowodzą wydawane wyroki sądowe, np.: Case No. 12 D 2686, [online], [dostępny: <http://www.shawneecourt.org/DocumentCenter/View/468>].

dawcy) ludzie przestaliby godzić się na oddawanie swoich gamet dla procedur *in vitro*, uznano, że prawo do ochrony interesów dawców jest ważniejsze od prawa dzieci do poznania swoich biologicznych rodziców. Z etycznego punktu widzenia wyższość prawa do pozostania anonimowym dawcą nad prawem do poznania własnych rodziców nie jest ani oczywista, ani przekonująca.

Zapłodnienie *in vitro* stwarza także możliwości wybierania cech przyszłego dziecka. Wraz z rozwojem medycyny zakres możliwych do wybierania cech będzie się powiększał. Jedną z podstawowych cech możliwych do wyboru już dziś jest płeć dziecka. W wielu krajach wybieranie płci dziecka jest dozwolone jedynie wówczas, gdy pozwala uniknąć poważnej choroby dziedzicznej zależnej od płci dziecka⁵⁹. Wybieranie płci dziecka bez uzasadnionego etycznie powodu budzi zastrzeżenia, ponieważ takie działanie jest traktowane jako jedna z form dyskryminacji ludzi oraz naruszenie zasady sprawiedliwości. Każdy lekarz powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na płeć⁶⁰.

Dziecko urodzone w wyniku zapłodnienia *in vitro* może posiadać więcej rodziców niż poczęte metodą tradycyjną. Spowodowane jest to możliwością ingerowania w proces zapłodnienia, a także rozwoju płodowego. Materiał biologiczny może być dostarczony przez inne osoby od tych, które będą się dzieckiem opiekować. Ponadto możliwe jest już tworzenie komórek jajowych z dwóch różnych materiałów biologicznych. Na przykład kobieta, której materiał genetyczny zawarty w mitochondriach komórki jajowej jest uszkodzony, może otrzymać prawidłowy materiał pochodzący z komórki jajowej innej kobiety. W przypadku tak poczętego dziecka będzie ono posiadało trójkę biologicznych rodziców. W niektórych sytuacjach osoba oczekująca dziecka nie może (lub nie chce) nosić zarodka w swoim ciele i wówczas konieczne jest wynajęcie matki zastępczej, czyli kobiety, która zgodzi się na umieszczenie w swojej macicy zarodka i donoszenia ciąży do momentu porodu. Będzie to zatem kolejna biologiczna matka tego samego człowieka. Surogatka po porodzie zobowiązuje się do przekazania urodzonego dziecka ostatecznym rodzicom. Sposób pozyskiwania materiału biologicznego i procedur prowadzących do urodzenia się dziecka w takich sytuacjach może przypominać proces

⁵⁹ Europejska Konwencja Bioetyczna, art. 14.

⁶⁰ Kodeks Etyki Lekarskiej, art. 3; *Declaration of Geneva*, WMA, [online], [dostępny: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/>].

„produkcji” dzieci na zamówienie. Mamy osoby dostarczające materiał biologiczny, wynajmujące swoje macice i zamawiających, którzy oczekują na dziecko o wybranej charakterystyce – „produkt” procedury *in vitro*. Istnieją obawy, że ludzie ubodzy będą częściej niż zamożni skłonni do przekazywania swoich komórek lub użyczenia swojego ciała dla procedur *in vitro*⁶¹. Niektórzy etycy obawiają się, że tak pozyskiwane dzieci mogą być traktowane podobnie jak dobra materialne, a komodyfikacja ludzi nawet we wczesnych stadiach rozwoju jest niedopuszczalna. Czy w przypadku, gdy zamówione dziecko urodzi się z wadami lub nie będzie posiadało oczekiwanej charakterystyki, rodzice będą mogli złożyć reklamację? I jak realizacja tej reklamacji powinna przebiegać? Te dziś na pozór absurdalne pytania mogą w przyszłości nabrać znaczenia. Tym bardziej że ludzie nie są skłonni do akceptowania pomyłek w procedurze *in vitro*⁶². Owocem takich nieuchronnych pomyłek są nowi ludzie, którymi już dziś zamawiający nie chcą się opiekować. Oczywiście dla jednych będzie to problem etyczny, który można określić pytaniem: kto powinien dzieciom wyprodukowanym „pomyłkowo” lub „niezgodnie z zamówieniem” zapewnić godne życie i szczęśliwe dzieciństwo (czy jest to w ogóle możliwe?), a dla innych dodatkowy dowód celowości promowania aborcji pourodzeniowych.

Przedstawione zagadnienia nie wyczerpują listy istotnych pytań pojawiających się, gdy mowa o metodach sztucznego zapłodnienia ludzi. Kolejnym jest wiarygodność danych naukowych dotyczących bezpieczeństwa i skuteczności zabiegów zapłodnienia *in vitro*. Niestety, mimo kilkudziesięciu lat stosowania tej metody nadal nie posiadamy wystarczających danych na temat odsetka żywych urodzeń, skumulowanego wskaźnika żywych urodzeń (liczby żywych urodzeń po wielokrotnych próbach zapłodnienia), liczby ciąży mnogich, zespołu hiperstymulacji jajników i liczby przerwania cyklu stymulacji hormonalnej kobiet prowadzonej w celu uzyskania dużej liczby komórek jajowych⁶³. Spowodowane jest to brakiem odpowiedniej liczby takich badań lub ich nieopublikowaniem. Można przypuszczać, że przemysł usług *in vitro*, podobnie jak przemysł farmaceutyczny, nie jest

⁶¹ K.K. Ahuja, E.G. Simons, *Anonymous Egg Donation and Dignity*, Hum Reprod, 1996, 11 (6), s. 1151–1154.

⁶² *Błąd w klinice in vitro*, [online], [dostępny: <http://wiadomosci.onet.pl/szczecin/blad-w-klinice-in-vitro-arlukowicz-sprawa-jest-delikatna/fqcf3>].

⁶³ C. Farquhar, J.R. Rishworth, J. Brown, W.L.D.M. Nelen, J. Marjoribanks, *Assisted Reproductive Technology: An Overview of Cochrane Reviews*, Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013, 8, art. no.: CD010537, doi: 10.1002/14651858.CD010537.pub2.

zainteresowany publikowaniem niektórych wyników własnych badań ani prowadzeniem badań, których wyniki mogłyby spowodować obniżenie przychodów tych firm⁶⁴. Obowiązkiem nauki jest natomiast te luki poznawcze uzupełniać, a obowiązkiem państw znajdować na takie badania środki finansowe. Społeczeństwa powinny domagać się, by istotne z punktu widzenia wiedzy medycznej badania naukowe były prowadzone niezależnie od tego, jak ich realizacja wpłynie na wyniki finansowe firm zajmujących się zapłodnieniem *in vitro*.

Nasuwa się pytanie, czy osoby mające opory etyczne lub nieprzekonane do stosowania procedury *in vitro* z powodu braku dostatecznej liczby wiarygodnych wyników odnoszących się do skuteczności i bezpieczeństwa jej stosowania mają alternatywę? Odpowiedź na to pytanie nie jest prosta. Po pierwsze, porównywanie różnych metod zwalczania bezpłodności nie zawsze ma sens, ponieważ nie dla każdej pary istnieje alternatywa, innymi słowy: nie zawsze jedna metoda może być zastąpiona inną. Na przykład kobieta, która nie ma macicy, może albo skorzystać z metody sztucznego zapłodnienia i pomocy surrogatki, albo zaadoptować już urodzone obce biologicznie dziecko. Dla niektórych osób alternatywą może być naprotechnologia, czyli całościowe i metodyczne podejście do bezpłodności oparte na szczegółowym badaniu procesu owulacji i przebiegu całego cyklu miesięczkowego, prowadzonym wspólnie przez lekarza oraz pacjentkę, która monitoruje biomarkery cyklu miesięcznego. Jej podstawową zaletą jest brak zastrzeżeń etycznych, ale metoda ta nie jest możliwa do zastosowania we wszystkich przypadkach bezpłodności. Nie jest ona również wystarczająco zbadana pod kątem skuteczności i bezpieczeństwa, jakkolwiek wstępne wyniki są zachęcające i wskazują na podobną do sztucznych metod prokreacji skuteczność⁶⁵. Niewątpliwie więcej będzie można powiedzieć o przydatności naprotechnologii po zakończeniu międzynarodowego badania, w którym planuje się udział 15 tys. osób i które zakończy się w 2026 r.⁶⁶

⁶⁴ J.E. Bekelman, Y. Li, C.P. Gross, *Scope and Impact of Financial Conflicts of Interest in Biomedical Research: A Systematic Review*, JAMA, 2003, 289 (4), s. 454–465.

⁶⁵ J.B. Stanford, T.A. Parnell, P.C. Boyle, *Outcomes from Treatment of Infertility with Natural Procreative Technology in an Irish General Practice*, J Am Board Fam Med, 2008, 21 (5), s. 375–384, doi: 10.3122/jabfm.2008.05.070239. Erratum in: J Am Board Fam Med, 2008, 21 (6), s. 583.

⁶⁶ *International NaProTechnology Evaluation and Surveillance of Treatment for Infertility and Miscarriage (iNEST)*, [online], [dostępny: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01363596?term=international+naprotechnology&rank=1>].

Podsumowanie

Zaprezentowane powyżej etyczne i medyczne aspekty początków ludzkiego życia stanowią jedynie pobieżny zarys tego tematu. Zostały przedstawione w celu zilustrowania złożoności zagadnień i trudności, przed jakimi stają lekarze, etycy i zwykli ludzie oczekujący pomocy w różnych sytuacjach zdrowotnych. Wielu domaga się realizacji wszystkich możliwych technicznie działań, nie zważając na piętrzące się problemy etyczne. Wobec gwałtownego postępu, jaki dokonuje się w dziedzinach medycyny dotyczących początków ludzkiego życia i pędu naukowców w kierunku jeszcze silniejszego ingerowania w naturalne procesy powstawania i rozwoju człowieka, należy spodziewać się, że etykę i medycynę początków ludzkiego życia czeka szereg poważnych wyzwań, a dyskusja nad już istniejącymi i przyszłymi dylematami będzie na pewno bardzo gorąca. Nie wiadomo, czy ludzkość kiedykolwiek osiągnie taki etap rozwoju, w którym wszyscy racjonalnie rozumujący i dobrze poinformowani jej członkowie będą skłonni zaakceptować jedno stanowisko etyczne w takich kwestiach jak dopuszczalność aborcji, zapłodnień *in vitro* czy antykoncepcji. Ponieważ Polska potrafiła przez całe stulecia łączyć pod jednym wspólnym, „państwowym” dachem bardzo odmienne społeczności, powinniśmy się starać nawiązywać do tej tradycji i dalej kroczyć drogą wolną od stygmatyzowania „odmieńców”, drogą tolerancji, ale bez obowiązku przyjmowania innych światopoglądów, drogą wolną od wojen ideologicznych. Podtrzymuje ten kierunek wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 października 2015 r. w sprawie klauzuli sumienia⁶⁷. Blokowanie dostępu do zawodu lekarza ludziom o odmiennych od jedynie słusznych poglądach nie służy uwalnianiu opieki zdrowotnej od dogmatyzmu ideologicznego. Dlatego warto kontynuować takie projekty w opiece zdrowotnej, które będą uwzględniały zróżnicowanie światopoglądowe ludzi, zwłaszcza w zakresie dopuszczalności naruszania najbardziej kardynalnego prawa każdego człowieka – prawa do życia. Wymaga przedyskutowania potrzeba tworzenia placówek medycznych przede wszystkim z dziedziny ginekologii i położnictwa o określonej – liberalnej, bądź opowiadającej się za ochroną każdego życia, specjalizacji. Powyższe rozwiązanie to bezpieczna i cywilizowana alternatywa dla prawnego dyktatu większości. Taka polityka sprzyja

⁶⁷ [online], [dostępny: http://ipo.trybunal.gov.pl/ipo/Sprawa?sprawa=13434&dokument=13021&cid=1#uzasadnienie_13021].

zapewnieniu opieki zdrowotnej, która zadowoli wszystkie pacjentki i pacjentów. Wymaga jednak zaakceptowania kosztów życia w zróżnicowanym światopoglądowo społeczeństwie. Tym kosztem jest brak możliwości uzyskania przez każdą z kobiet oczekiwanej opieki zdrowotnej w absolutnie każdej placówce medycznej. Obowiązkiem państwa jest zabezpieczenie, by każda z procedur mogła mimo tego zróżnicowania być zrealizowana w odpowiednich warunkach i terminie.

Summary

Knowledge can be gained through research but also through logically justified reasoning. Some people claim rational reasoning is based on constant fundamental principles, the origins of which can be found in the dogmas of faith and revealed truths. There are three methods of analysis and knowledge gaining: a scientific method, a philosophical and ethical approach, and a religious one. Everything that is knowable through scientific research should be analyzed with the help of his method. However, there are issues significant from the existential point of view that can be researched solely by means of philosophical and ethical methods, including those based on natural law. While the scientific approach allows a universal consensus, it is often impossible to reach a widely accepted agreement using the other two methods. This is demonstrated by the contradictory stands on the acceptability of contraception, abortion and in vitro fertilization. The differences stem first and foremost from various approaches to the right to life of all human beings. The ethical judgment of acceptability of procedures significant from the point of view of natural human needs may vary considerably depending on what ethical stand we adopt. At this stage of civilizational progress a consensus on those issues is not possible. The paper discusses not only ethical but also relevant medical aspects of contraception, abortion and in vitro fertilization. It stresses the need to take account of various viewpoints while dealing with health care in a broad sense of the term.

