

KONSPEKT LEKCJI

Temat: Niepłodność – leczenie i etyczne dylematy

*Zajęcia wychowania do życia w rodzinie dla uczniów 8. klasy szkoły podstawowej
i 2. klasy szkół średnich oraz na lekcje religii dla 3. klasy szkół średnich*

Oprac. Teresa Król

Cel ogólny: ukazanie uczniom problemu niepłodności w kontekście refleksji etycznej

Cele szczegółowe:

Po zajęciach uczeń:

- wie, czym jest niepłodność, zapłodnienie pozaustrojowe i naprotechnologia,
- potrafi wymienić etapy zapłodnienia in vitro,
- jest świadomy, że in vitro nie jest metodą leczenia,
- wie, jakie mogą być skutki zdrowotne dla matki i dziecka wynikające z procedury sztucznego zapłodnienia,
- zdaje sobie sprawę, że metoda in vitro rodzi wiele dylematów natury etycznej,
- jest świadomy, że osoby poczęte metodą in vitro posiadają godność osoby ludzkiej,
- ma wiedzę na temat naprotechnologii, tj. sposobu leczenia niepłodności,
- potrafi dokonać oceny moralnej dwóch stanowisk wobec niepłodności: in vitro i naprotechnologii,
- wie, że pragnienie dziecka może być zrealizowane również dzięki adopcji.

Metody i formy pracy:

vlog ProjektLife, rozmowa kierowana, wykład, praca z tekstem w grupach metodą 5x5x2, refleksja, plakat.

Materiały i pomoce dydaktyczne:

- Projekt Life: „In vitro”, „Naprotechnologia”, zrealizowane przez Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka;
- prof. Stanisław Cebrat- film na www.2ryby.pl;
- teksty do pracy w grupach (załączniki 1 i 3);
- 6 kartek A4 na plakaty, kolorowe pisaki;
- materiały dla nauczyciela (załączniki 2a, 2b).

Teksty do pracy w grupach oraz materiały dla nauczyciela [z:] Magdalena Guziak-Nowak, Teresa Król, *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie dożycia w rodzinie dla uczniów klasy 8 szkoły podstawowej. Podręcznik.* Wydawnictwo Rubikon, Kraków 2018, s. 110-121.

Czas: 90 minut

Przebieg zajęć (cz. 1):

1. Wprowadzenie. Pogadanka (5 minut)

- Kto z Was spotkał się z sytuacją małżeństwa (np. w bliższej lub dalszej rodzinie, wśród znajomych), które nie może doczekać się potomstwa?
- Jakie uczucia im towarzyszą?
- Dlaczego pragnienie dziecka bywa tak silne?

2. Zjawisko niepłodności oraz czynniki obniżające płodność. Praca z tekstem – metoda 5x5x2 (15 minut)

- Podział uczniów na 5 grup.
- Każda grupa otrzymuje tekst (Załącznik 1), z którym zapoznaje się w ciągu 5 minut.
- Lider grupy referuje go w ciągu 2 minut.

3. Miniwykład nauczyciela (3 minuty).

Wstęp prowadzącego na temat upowszechniania metody in vitro jako sposobu na posiadanie dziecka (Załącznik 2a – materiał dla nauczyciela „Techniki wspomaganego rozrodu”).

4. Prof. Stanisław Cebrat (profesor Uniwersytetu Wrocławskiego, biolog i genetyk) – film (5 minut) „In vitro – zapłodnienie”

<https://2ryby.pl/film/co-to-jest-in-vitro/>.

5. Kontrowersje wokół in vitro. Uświadomienie uczniom, że istnieją argumenty, które kwestionują tę metodę, ponieważ rodzi ona wiele moralnych dylematów (2 minuty).

6. Obejrzenie vloga ProjektLife Karoliny Podlewskiej – In vitro (7 minut).

7. Refleksje. Rozmowa kierowana po obejrzeniu materiału ProjektLife (8 minut).

- Jakie dylematy natury etycznej nasuwają się po wypowiedzi z vloga?
- Jak bywa traktowane dziecko – „efekt” zapłodnienia pozaustrojowego?
- Każdemu człowiekowi przyznawana jest godność osoby ludzkiej, która jest przyrodzona, powszechna i niezbywalna. Dlaczego przykłady przedmiotowego traktowania dzieci z in vitro są wysoce niepokojące?
- Jakie konsekwencje zdrowotne dla matki i dziecka niesie ze sobą zapłodnienie pozaustrojowe?

(Załącznik 2a – materiał dla nauczyciela: dalsze podrozdziały).

KONIEC LEKCJI 1

Przebieg zajęć (cz. 2):

8. Obejrzenie vloga ProjektLife Karoliny Podlewskiej – Naprotechnologia (4 minuty).

9. Wykład nauczyciela (10 minut).

Uzupełnienie informacji dotyczącej diagnostyki i leczenia niepłodności przy pomocy Modelu Creightona (Załącznik 2b-materiał dla nauczyciela).

10. In vitro a naprotechnologia – kontrowersje i moralne dylematy. Praca z tekstem w grupach oraz plakat (22 minuty)

- a) podział uczniów na 6 grup,
- b) każda grupa otrzymuje: tekst (załącznik 3), polecenie, czystą kartkę A4, kolorowe pisaki,
- c) po przeczytaniu przydzielonego tekstu uczniowie tworzą plakat, który jest „artystyczną wypowiedzią” problemu, towarzyszących emocji, refleksji związanych z moralnymi wyborami różnych stanowisk do sprawy przekazywania życia,
- d) prezentacja plakatów: umieszczenie ich na tablicy; lider grupy przedstawia daną sytuację i uzasadnia jej artystyczne ujęcie.

11. Podsumowanie pracy uczniów (2 minuty).

12. Adopcja – alternatywą (5 minut).

Odczytanie z podziałem na role fragmentów wywiadu „Poskładać dziecko z kawałków” Magdaleny Guziak – Nowak z Barbarą Słomian - dyrektorką Katolickiego Ośrodka Adopcyjnego i Opiekuńczego w Opolu (Załącznik 4).

13. Podsumowanie lekcji (2 minuty).

„Dwie kreski szczęścia” – jakimi drogami je osiągnąć? To dylemat wielu małżeństw. Dzisiejsze spotkanie pomoże uzmysłwić, że to co jest zgodne z naturą daje człowiekowi prawdziwą radość i szczęście. Natomiast zapłodnienie pozaustrojowe budzi moralny sprzeciw nie tylko dlatego, że brakuje przy poczęciu miłości, ale także narusza godność osobową poczętego dziecka.

KONIEC LEKCJI 2

Grupa 1 – Gdy trudno zostać rodzicami

Wśród wielu trudności, których mogą doświadczać małżonkowie, szczególnie bolesną sprawą są problemy z płodnością. Niepłodność to niemożność poczęcia potomstwa w sposób naturalny po okresie co najmniej jednego roku starań. Dotyka ludzi żyjących na całej kuli ziemskiej, niezależnie od długości czy szerokości geograficznej oraz warunków życia. Jednak obecnie, ze względu na częstotliwość występowania, niepłodność staje się problemem społecznym. Dane epidemiologiczne wskazują, że boryka się z nią 15-20% par oczekujących potomstwa. W praktyce oznacza to, że co piąta lub co szósta para małżeńska nie może począć dziecka, choć tego pragnie. Szacuje się, że w Polsce 1,5 mln par musi się zmierzyć z problemem niepłodności.

W nowoczesnym rozumieniu niepłodność nie jest chorobą samą w sobie, lecz objawem choroby lub zespołu zaburzeń uniemożliwiających naturalne poczęcie. U około 10-20% par małżeńskich nie daje się ustalić jej przyczyny. U pozostałych par przyczyną niepłodności jest tak zwany czynnik męski (około 40%) albo tak zwany czynnik żeński (około 30-40%) lub też współistnienie tych uwarunkowań (do około 30%).

Niepłodność i bezpłodność to nie to samo. Podczas gdy niepłodność można leczyć, to bezpłodność jest trwała i nieodwracalna; poczęcie dziecka jest niemożliwe.

Bezpłodność może być spowodowana uwarunkowaniami genetycznymi lub wadami wrodzonymi u jednego z małżonków. Może też być skutkiem urazów bądź konsekwencją działań lekarskich (na przykład wycięcia jajników).



Grupa 2 – Przyczyny niepłodności

Płodność jest sferą, w której można zaobserwować, że człowiek to coś więcej niż samo ciało i coś więcej niż sama psychika. Aby para małżeńska mogła począć dziecko, nie wystarczy stworzyć warunki idealne z biologicznego punktu widzenia. Drożne jajowody i bardzo dobra ruchliwość plemników to za mało, aby zaistniało nowe życie. Być może słyszeliście o parach, u których nie stwierdzono żadnych przeszkód, aby zostały rodzicami, a jednak upragnione potomstwo długo się nie pojawia. Potem okazuje się, że kobieta ma na przykład bardzo stresującą pracę, a mężczyzna nieustannie martwi się o zapewnienie bytu rodzinie. Może też być odwrotnie. Małżonkowie żyją w przyjaznym, serdecznym środowisku, lubią swoją pracę, dużo odpoczywają, rozwijając swoje pasje. Są młodzi, silni, aktywni, a mimo to nie mogą począć dziecka. Dopiero poszerzona diagnostyka odsłania przed nimi problemy zdrowotne, którymi są na przykład niewyleczone infekcje, niedobory witamin czy choroby tarczycy.

Ten wstęp był konieczny, abyście zrozumieli, dlaczego lista najczęstszych przyczyn niepłodności jest tak długa i tak zróżnicowana. Znajdują się na niej czynniki somatyczne (czyli związane z ciałem), ale także psychologiczne i behawioralne (związane z zachowaniami).

Grupa 3 – Czynniki biologiczne obniżające płodność

- zaburzona funkcja jajników,
- patologia jajowodów (na przykład niedrożność) i macicy (na przykład mięśniaki lub zwężenie szyjki macicy),
- endometrioza – występowanie endometrium, czyli błony śluzowej macicy poza jamą macicy,
- stany zapalne w układzie płciowym,
- obniżona liczba i słaby ruch plemników,
- antykoncepcja hormonalna i aborcja,
- palenie tytoniu, picie alkoholu i zażywanie narkotyków,
- nadwaga i otyłość,
- nieprawidłowe odżywianie,
- choroby układu pokarmowego,
- alergie,
- zakażenia przenoszone drogą płciową (na przykład chlamydia, infekcje wirusem brodawczaka ludzkiego - HPV, rzeżączka),
- zaburzenia seksualne.



Grupa 4 – Czynniki społeczne, zawodowe i środowiskowe wpływające na niepłodność:

- późniejsze zawieranie małżeństw,
- świadome opóźnianie macierzyństwa, (maksymalna płodność kobiety występuje u niej w wieku 20-24 lat, a od 25. roku życia stopniowo maleje),
- większe zainteresowanie kobiet karierą zawodową, co wiąże się z częstym pośpiechem i stresem,
- ubezpłodnienie mężczyzn (wasektomia),
- narażenie na substancje toksyczne, promieniowanie, wysoką i niską temperaturę,
- powszechne stosowanie szkodliwych środków chemicznych w różnego rodzaju produktach.

Grupa 5 – Leczenie niepłodności.

Choć w ostatnich latach trudności z poczęciem dziecka zaczęto nazywać chorobą cywilizacyjną, to problem niepłodności towarzyszył człowiekowi od zawsze. Nawet w starożytnych dziełach literackich czytamy o małżonkach stygmatyzowanych z powodu niemożności zrodzenia potomstwa. Dopiero od kilkudziesięciu lat medycyna potrafi pomóc niepłodnym małżonkom.

Procedury medyczne w przypadku niepłodności:

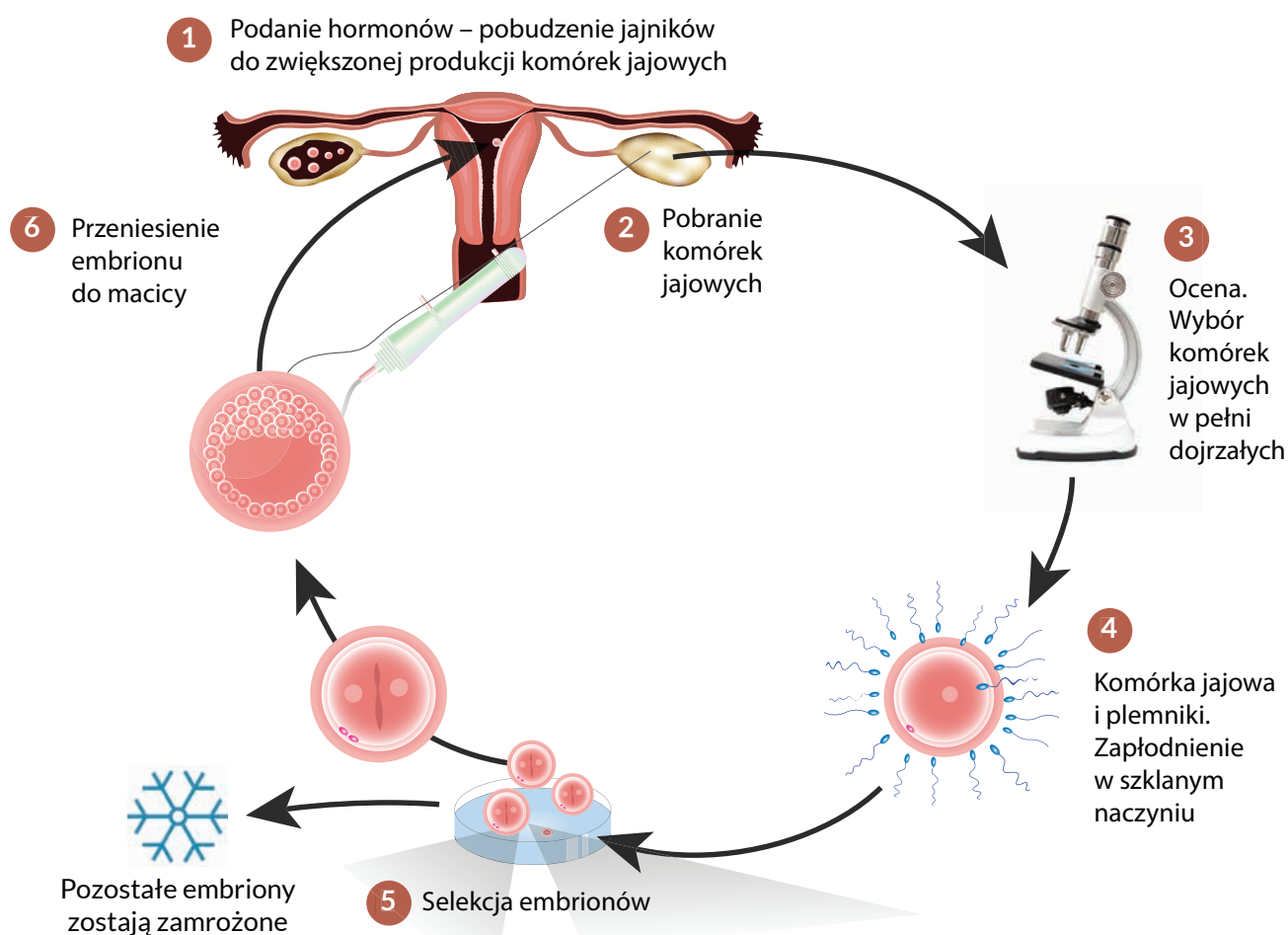
- 1) leczenie farmakologiczne – w pierwszej fazie cyklu miesięczkowego kobieta przyjmuje leki wspomagające jajczkowanie, a w drugiej fazie cyklu – wspomagające pracę ciała żółtego,
- 2) leczenie zabiegowe – to przede wszystkim zabiegi polegające na diagnostyce jamy brzusznej oraz usuwaniu polipów, zrostów czy guzów,
- 3) metody wspomaganego rozrodu – to zbiór procedur obejmujących pozyskiwanie i przechowywanie gamet (komórek jajowych, plemników) i zarodków, zapłodnienie pozaustrojowe, czyli poza organizmem kobiety, oraz wszczepienie zarodka do macicy.

Leczenie farmakologiczne i zabiegowe ma na celu przywrócenie płodności i zwiększa szansę poczęcia dziecka w sposób naturalny, czyli podczas współżycia małżeńskiego. Jeśli te sposoby nie przyniosą rezultatów, współczesna medycyna proponuje zastosowanie inseminacji oraz metody in vitro. Przekonanie, że one także leczą niepłodność, jest jednak niezgodne z prawdą, ponieważ ani metoda in vitro, ani inseminacja nie zwalczają faktycznych przyczyn niepłodności.

Techniki wspomaganego rozrodu

Techniki sztucznego zapłodnienia to różne metody stosowane w celu zapłodnienia komórki jajowej nasieniem męskim i poczęcia życia ludzkiego w sposób inny niż poprzez stosunek płciowy kobiety i mężczyzny. Techniki wspomaganego rozrodu dzielimy na dwie grupy: wewnątrzustrojowe (w tej grupie mieści się sztuczna inseminacja) oraz pozaustrojowe (zapłodnienie in vitro z przeniesieniem zarodka do macicy).

Inseminacja zastępuje naturalne współżycie i polega na aplikacji przez lekarza nasienia męskiego do narządów rodnych kobiety. Inseminacja składa się z trzech etapów. Najpierw pobiera się nasienie od mężczyzny. Tuż przed owulacją wprowadza się je bezpośrednio do szyjki macicy albo do samej macicy lub do jajowodów. Następnie dochodzi do zapłodnienia i dalsze etapy ciąży przebiegają jak w ciąży naturalnej. Natomiast zapłodnienie in vitro polega na doprowadzeniu do połączenia komórki jajowej i plemnika poza organizmem kobiety, w warunkach laboratoryjnych (łaciński termin in vitro oznacza „w szkle”).



Metoda in vitro przebiega w kilku etapach

Pierwszym jest hiperstymulacja, czyli hormonalne pobudzanie jajników w celu pozyskania w jednym cyklu kilku lub kilkunastu dojrzałych do zapłodnienia komórek jajowych (w fizjologicznym cyklu miesięczkowym dojrzewa najczęściej jedna komórka jajowa).

Następnie pobiera się gamety, czyli plemniki od mężczyzny i komórki jajowe od kobiety.

Kolejnym krokiem jest umieszczenie gamet na szkle, w wyniku czego dochodzi do zapłodnienia, czyli powstania nawet kilkanaściorga dzieci w stadium embrionalnym. Prowadzi się tak zwaną hodowlę zarodków w inkubatorze. Ostatnim etapem jest umieszczenie zarodków w macicy matki. Zwykle przenosi się do macicy od jednego do trzech zarodków, dlatego po zapłodnieniu in vitro często występują ciąży mnogie. Pozostałe zarodki, czyli dzieci w stadium embrionalnym, są najczęściej zamrażane z myślą o ewentualnym późniejszym wykorzystaniu.

Medyczne konsekwencje metody in vitro

Szacuje się, że 1% rodzących się obecnie dzieci to dzieci poczęte in vitro (Tadeusz Wasilewski, *Procedura in vitro – technika i konsekwencje*, [w:] *Wobec in vitro. Genetyczne, moralne, filozoficzne, teologiczne i prawne aspekty zapłodnienia pozaustrojowego*, Kielce 2017, s. 17–45).

Techniki wspomaganego rozrodu jawią się jako jedno z największych osiągnięć medycyny, zdejmujące z niepłodnych rodziców społeczne piętno „tych, którzy nie mogą mieć dzieci”. Dlaczego nie wszyscy ją popierają? Aby znaleźć odpowiedzi na te pytania, należy prześledzić przebieg procedury in vitro, a także zbadać jej medyczne konsekwencje, zarówno dla poczętego dziecka, jak i dla jego matki.

Z prowadzonych na całym świecie badań wynika, że dzieci poczęte in vitro są narażone na dwu-, a nawet czterokrotny wzrost ryzyka śmierci okołoporodowej. Ponadto częściej rodzą się z wadami wrodzonymi. Dla porównania: u 3–5% dzieci poczętych w sposób naturalny wkrótce po urodzeniu wykrywa się wady wrodzone i obciążenia genetyczne, podczas gdy wśród dzieci poczętych in vitro liczba ta jest większa o 30–40%. Zauważa się głównie wady przewodu pokarmowego, układu sercowo-naczyniowego lub kostno-stawowego, w tym między innymi wady serca, rozszczep wargi, niedrożność przełyku czy zarośnięcie odbytu.

Procedura in vitro nie jest też obojętna dla matki. Hiperstymulacja jajników może prowadzić do powstawania torbieli, zaburzeń układu krzepnięcia i zaburzeń wodno-elektrolitowych. Kobiety, które przeszły sztuczne zapłodnienie, częściej chorują na raka gruczołów piersiowych. Ryzyko ciąży pozamacicznej wzrasta u nich dwukrotnie. Wzrasta też ryzyko rozwoju zakrzepicy, która w skrajnych przypadkach może doprowadzić do śmierci.

Moralna ocena procedury in vitro

Przeciwnicy metody in vitro wskazują także na aspekt etyczny technik wspomaganego rozrodu. Zastrzeżenia budzi już sam ich przebieg. Zarówno podczas procedury in vitro, jak i inseminacji pobierane są męskie komórki rozrodcze. Najczęściej odbywa się to w oderwaniu od aktu seksualnego. Mężczyzna w wyniku oglądania pornografii i masturbacji przekazuje nasienie do zapłodnienia komórki jajowej. Wielu mężczyzn, którzy wraz z żonami poddali się procedurze in vitro, uważa ten etap za uwłaczający ich godności.

Poważniejsze wątpliwości budzi fakt selekcji embrionów, czyli wybierania do transferu do macicy tych, które wydają się najsilniejsze. Pozostałe są zamrażane i większość z nich nigdy nie otrzyma szansy na rozwój w łonie matki i narodziny. Niedopuszczalna z moralnego punktu widzenia jest tak zwana selektywna aborcja, polegająca na zabijaniu rozwijających się w macicy zarodków, wtedy gdy rodzice nie chcą ciąży mnogiej.

Niemale trudności może też rodzić stosowanie procedury in vitro z użyciem gamet od niespokrewnionych dawców. Tak zwane banki spermy lub banki komórek jajowych stwarzają ryzyko, że w przyszłości zakocha się w sobie i weźmie ślub genetyczne rodzeństwo.

Krytyka jakiegokolwiek procedury wspomaganego rozrodu nigdy nie może być krytyką dzieci, które poczęły się tą drogą i mają prawo do akceptacji i miłości. Każde dziecko, również to na najwcześniejszym etapie rozwoju, jest istotą ludzką, która ma swoją godność.

Skuteczność metody in vitro

Szacuje się, że skuteczność metody in vitro przy wprowadzeniu do jamy macicy jednego zarodka jest mniejsza niż 10%, przy dwóch zarodkach wynosi 15–20%, przy trzech 25–30%, a przy czterech 30–35%*. Oznacza to, że sposobem na zwiększenie skuteczności metody in vitro jest transfer większej liczby zarodków do macicy. Skutkuje to jednak większą liczbą ciąż mnogich oraz wzrostem ryzyka wystąpienia powikłań ginekologiczno-położniczych.

Statystycznie, aby mogło się urodzić jedno dziecko poczęte metodą in vitro, musi powstać aż 17 embrionów. Gdy więc rodzi się jedno dziecko, 16 embrionów ginie w wyniku tej procedury.

Naprotechnologia

Jednym z głównych nurtów tak zwanej naprawczej medycyny prokreacji jest naprotechnologia (ang. *NaProTechnology*, czyli *Natural Procreative Technology* - wsparcie naturalnej prokreacji). Ta metoda diagnostyczno-terapeutyczna, opracowana przez prof. Thomasa Hilgersa, opiera się na obserwacji objawów płodności w cyklu miesięczkowym i wpisuje się w nowoczesny trend, jakim jest tak zwana personalizacja, czyli dostosowanie leczenia do indywidualnych cech pacjenta. Atutem naprotechnologii jest dogłębne poznanie organizmów kobiety i mężczyzny starających się o poczęcie dziecka oraz aktywne włączenie ich w diagnostykę, między innymi poprzez regularne i bardzo dokładne wypełnianie karty cyklu miesięczkowego. Notatki pary są dla lekarza źródłem informacji o stanie zdrowia jego pacjentów. Dzięki tej współpracy lekarz może ustalić najlepszy czas podawania leków czy wykonywania badań laboratoryjnych. Naprotechnologia docieka przyczyn leżących u podstaw niepłodności.

Podstawowym narzędziem diagnostycznym w naprotechnologii jest tak zwany Model Creightona (po raz pierwszy użyto tej nazwy w 1980 roku). Jest to system obserwacji wydzielin pochwowych. Każdego dnia kobieta sprawdza śluz szyjki macicy i na jego podstawie ocenia, czy znajduje się w fazie płodnej, kiedy poczęcie dziecka jest możliwe, czy też w fazie niepłodnej, kiedy poczęcie dziecka jest niemożliwe.

Obserwacja śluzu pomaga nie tylko w wyznaczeniu dni płodnych i niepłodnych, ale całościowo pokazuje stan zdrowia ginekologicznego kobiety.

Naprotechnologia – metody leczenia

Czasami prowadzenie obserwacji cyklu kobiecego według Modelu Creightona jest wystarczające, aby para doczekała się dziecka. Innym razem niezbędne jest leczenie farmakologiczne czy chirurgiczne. W leczeniu naprotechnologicznym coraz częściej korzysta się z innowacyjnych technik i narzędzi, na przykład tradycyjne cięcia są zastępowane operacjami z wykorzystaniem lasera.

Lekarze naprotechnolodzy badają też niepłodność mężczyzny, czyli rozpoznają jej przyczyny (np. stany zapalne narządów rozrodczych, nowotwory, zaburzenia hormonalne) i proponują leczenie.

Skuteczność naprotechnologii

Skuteczność leczenia metodą naprotechnologii zależy od przyczyny niepłodności. I tak na przykład, kiedy przyczyną niepłodności był brak owulacji, uzyskano prawie 82% poczęć. Jeśli przeszkodą w poczęciu były policystyczne jajniki – 62,5%, a przy endometriozie – 56,7%. Wyniki badań opublikowane w 2008 i 2012 roku wskazują, że skuteczność naprotechnologii wynosi nawet 73% poczęć.

Grupa 1 – Będą żyły, a może nie... (o dzieciach w zamrażalniku)

Po przeczytaniu świadectwa ojca przedstawcie w graficznej formie, tworząc PLAKAT, problem przechowywanych zarodków – „ubocznego produktu” *in vitro*.

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

Mimo, iż cieszymy się oboje z tego, że posiadamy dziecko, którego bardzo pragnęliśmy, to jednak niesmak, który pozostawiły po sobie te przeżycia powoduje, że nie jest to pełnia radości i szczęścia. Każdego dnia mam wyrzuty sumienia, że gdzieś w zamrażalniku znajduje się 25 naszych dzieci, które być może będą żyły, a może zostaną zabite (...) Obecnie jestem przekonany, że adopcja jest najbardziej sensownym rozwiązaniem. Przestrzegam też wszystkich, którzy stoją przed podobnym wyborem i radzę, żeby w ten sposób rodzicielstwa nie podejmowali. Nie życzę nikomu takich przeżyć, jakich sami doświadczyliśmy i nadal doświadczamy.”

Świadectwo ojca, prawnika, wygłoszone podczas sesji nt. *in vitro*, 6 V 2006r. w Bielsku Białej.
Źródło: „Służba Życiu” nr 1/2008.



Grupa 2 – Kłopotliwe pytania

Po przeczytaniu poniższej refleksji na temat dzieci poczętych z *in vitro* przedstawcie w graficznej formie, tworząc PLAKAT, problem poszukiwania biologicznego ojca.

„Zastanawiam się, co ze szczęściem dzieci poczętych z gamet dawców, gdy za kilkanaście lat dziecko zapyta: jak to było?; kto naprawdę jest jego tatusiem?

Nie są to problemy odległe i abstrakcyjne. Takie pytania są już stawiane. W Stanach Zjednoczonych powstało forum dla ludzi, którzy poczęli się w wyżej opisany sposób (www.anonymousus.org). Dorośli ludzie opowiadają na nim o swoich odczuciach i przeżyciach.

Jeden z użytkowników pisze o bólu, który sprawiają mu bezmyślne żarty na ten temat. Informacje promujące dawców nasienia są wszędzie, a samo pojęcie „dawca” wydaje mu się nieodpowiednie. W końcu chodzi o jego ojca”.

Kolejna osoba wyznaje:

„Odkrycie, iż biologicznym ojcem była „fiolka zamrożonego nasienia” była prawdziwym szokiem. Żalu do rodziców nie mam, raczej współczucie”.

Źródło: Natalia Brachowicz, *Szukam ojca, nie próbówki*, Głos dla Życia 2/2011, s.27.

Grupa 3 – Druga strona medalu

Po przeczytaniu poniższej refleksji na temat dzieci poczętych z in vitro przedstawcie w graficznej formie, tworząc PLAKAT, problem poszukiwania dawcy genów i biologicznego rodzeństwa.

„Strona (www.donorsiblingregistry.com) założona została przez matkę dziecka poczętego drogą in vitro, aby pomóc mu w odnalezieniu rodzeństwa (innych osób poczętych ze spermy tego samego dawcy). W opisie podkreśliła, że ludzie mają fundamentalne prawo do informacji na temat swojego biologicznego pochodzenia i tożsamości). W Wielkiej Brytanii w 1991 roku wprowadzono obowiązek rejestracji dawców po to, aby mieć kontrole nad całym zjawiskiem i w przyszłości móc zapobiegać związkom siostr z braćmi. Do tego czasu nie było regulacji prawnych w tej kwestii, a efektywny dawca mógł mieć 30 dzieci w jednym miasteczku. Rzecz oczywiście dotyczy również dawczyń jajeczek.

Przytoczone historie to kolejny dowód na to, że natury nie da się oszukać. Człowiek jest tak stworzony, że chce wiedzieć, kto dał mu życie, czyje geny nosi i czy oczy ma po mamie czy po tacie...? Odpowiedzialność za człowieka nie kończy się na powołaniu go do życia, bo człowiek to coś więcej niż zlepek komórek.”

Źródło: Natalia Brachowicz, *Szukam ojca, nie próbówki*, Głos dla Życia 2/2011, s.27.



Grupa 4 – Tylko 3% szans, a jednak...

Po przeczytaniu poniższej wypowiedzi aktorki Małgorzaty Kożuchowskiej przedstawcie w graficznej formie, tworząc PLAKAT, drogę do rodzicielstwa Małgorzaty Kożuchowskiej.

Małgorzata Kożuchowska o roli mamy mówi: „Dziecko tłumaczy wszystko, jest poza jakąkolwiek dyskusją”.

„W klinice, w której przyjmuje pani doktor, pojawiało się wiele par po nieudanych inseminacjach. Przychodzą dziewczyny po kuracjach hormonalnych poprzedzających in vitro. Takie kuracje są niezwykle agresywną ingerencją we własny organizm. W ogromnej większości pary te były bardzo słabo zdiagnozowane. Po paru miesiącach starań o dziecko po prostu proponowano im in vitro. Siłą rzeczy sporo dowiedziałam się o skali tego problemu. Okazało się, że wcześniej byłam traktowana bardzo schematycznie. Pani doktor zobaczyła mój zapał, mój optymizm i że w moim życiowym planie nie ma tej opcji.

Poddałam się naprotechnologii, metodzie, która indywidualnie podchodzi do każdej kobiety. Po dwóch miesiącach leczenia byłam w ciąży. I dopiero wtedy pani doktor przyznała mojemu mężowi, że z badań wynikało, że miałam może dwa, może trzy procent szans na posiadanie dziecka”.

Źródło: Magazyn *Viva*, 3 grudnia 2015r.

Grupa 5 – Droga do rodzicielstwa

Po zapoznaniu się z relacją Instruktor Modelu Creightona o drodze do rodzicielstwa Ani i Piotra, zobrazujcie na PLAKACIE ich trud i radość.

„Z Anią i Piotrem po raz pierwszy spotkaliśmy się we wrześniu 2009r. Od pewnego czasu bardzo się starali o dziecko, które nie pojawiała się w ich życiu. Rozpoczęliśmy naukę obserwacji cyklu miesięczkowego Ani. Nie było to łatwe ze względu na jej nietypowe, bardzo długie cykle (np. trwające 90-120 dni). Po kilku miesiącach obserwacji przyszedł czas na kontakt z lekarzem naprotechnologii, który zebrał szczegółowy wywiad, przeprowadził badania, postawił diagnozę, wyjaśnił w jaki sposób chce prowadzić leczenie. Podał też konkretne zalecenia. Teraz kontynuując obserwację, mieliśmy niełatwe zadanie wyznaczenia dnia PIK, ponieważ w odpowiednich dniach należało przyjąć leki. 20 dnia po PIKu odebrałam od niej telefon z wiadomością, że test ciążowy jest dodatni!(...) Oleńka urodziła się o czasie, zdrowa, obdarowując swoich rodziców wielką radością(...) Kilka miesięcy później podczas jednej z konferencji poświęconych Naprotechnologii, Ania i Piotr opowiedzieli o swojej drodze do rodzicielstwa, o tym co w ich życie wniosło NaPro. Mówili o profesjonalizmie i zatroskaniu lekarzy naprotechnologów. Mówili o trudach obserwacji, diagnozowania i leczenia, ale też o radości uczenia się siebie i spokojnego oczekiwania na poczęcie się dziecka, które ma prawo do pięknej i poszukującej prawdy miłości swoich rodziców.”

Mirosława Szymaniak – biolog, Instruktor Modelu Creightona

Źródło: *Na blogu*, Głos dla Życia, 2/2011, s.28



Grupa 6 – Moralne aspekty zapłodnienia pozaustrojowego

„W procedurze in vitro dochodzi do sprowadzenia wczesnego etapu rozwoju osoby ludzkiej (kilka dni po poczęciu) do reprodukcji człowieka, a więc do „wyprodukowania”, czyli wytworzenia produktu zgodnego z oczekiwaniami klienta, w tym przypadku: zamawiających go osób (...) W efekcie dochodzi do radykalnych form manipulowania początkami życia ludzkiego i warunkami płodzenia, które stoją w sprzeczności z godnością człowieka i godnością ludzkiego poczęcia. Ujawnia się wówczas najbardziej fundamentalny problem moralny – zanegowanie człowieczeństwa poczynającej się osoby ludzkiej. Poczęty człowiek zostaje zredukowany do roli przedmiotu”, którego w duchu mentalności wytwórczej, produkcyjnej, „się robi”, a nie poczyną go.

Działania związane z zapłodnieniem pozaustrojowym pozbawiają dziecko elementarnego prawa do biologicznego związku z rodzicami. Z owocu miłości przekształca się ono w artykuł „służący” zaspokojeniu doraźnych potrzeb. Dziecko zrodzone z kobiety, która przyjęła do zrodzenia zygotę zapłodnioną komórką jajową drugiej kobiety, adoptowane zaś później przez inną jeszcze kobietę – z biologicznego punktu widzenia ma dwie matki, z prawnego – trzy, a przy pewnym zbiegu okoliczności może nie mieć żadnej, jeżeli żadna z nich nie chciałaby go uznać za swoje”.

Źródło: *Wobec in vitro*. Wydawnictwo Jedność, Kielce 2017, s. 52-53.

„Poskładać dziecko z kawałków”

Wywiad Magdaleny Guziak-Nowak z Barbarą Słomian – dyrektorką Katolickiego Ośrodka Adopcyjnego i Opiekuńczego w Opolu.

Kilka tygodni temu „Wysokie Obcasy” mocno przesadziły, publikując okładkę z napisem „Aborcja jest OK”. Kontrą do tej przerażającej narracji stała się internetowa akcja „Adopcja jest OK”. Choć zdobyła dużą popularność, coś mnie w niej razi. To tak, jakby ktoś postawił aborcję i adopcję w jednym szeregu i dał banalnie prosty wybór: albo jedno, albo drugie.

– Mnie również takie zestawienie wydaje się nieszczęśliwe. Z pewnością jest tak, że żadne dziecko nie musi umierać wskutek aborcji, bo są rodzice gotowi je przyjąć – wystarczy popatrzeć na kolejki w ośrodkach adopcyjnych. Możemy nawet powiedzieć, że nie ma dzieci niechcianych, bo każde życie może być upragnione, kochane i chronione – z tą różnicą, że jedne wychowają się w rodzinach biologicznych, inne w adopcyjnych. Jednak fakt, że są dzieci, które giną przed narodzeniem, nie może być postrzegany jako powinność moralna, jako zmuszanie do adopcji.

Tym różni się rodzicielstwo biologiczne od adopcyjnego?

– Między innymi. Dziecko przysposobione bardziej niż biologiczne potrzebuje bliskości i reakcji na każdy sygnał. Nie można go pozostawić z brakiem odpowiedzi. Mamy adopcyjne mówią czasem: „Jestem bezsilna. Dziecko przewinięte, nakarmione, przytulone, a i tak ciągle płacze”. Płacz to znak, że nadal czegoś potrzebuje. I nawet jeśli nie odgadnie tej potrzeby, powinna przy nim być, dotykać, mówić łagodnym głosem, bo to dla dziecka znak, że go nie opuściła, jest w chwili trudnej. Adopcyjny tata nie może powiedzieć: „Jesteś wykąpany i najedzony, masz sucho, jeśli chwilę popłaczesz, nic ci się nie stanie”, bo dziecko musi się nasycić miłością i poczuciem bezpieczeństwa, którego wcześniej nie miało. W ten właśnie sposób właśnie rodzi się zaufanie do nowych rodziców. Rodzice adopcyjni muszą się też zmierzyć z trudnościami zdrowotnymi, na przykład płodowym zespołem alkoholowym. Dzieci z FAS nie siedzą grzecznie na krzeselku i nie uczą się tabliczki mnożenia w trzy dni. Trzeba się liczyć z ich możliwościami i tempem rozwoju. Jednak najważniejszym zadaniem rodziców adopcyjnych jest zbudowanie z dzieckiem więzi.

Posąg na całe życie?

– Tak, właśnie o takie wyposażenie chodzi. Jeśli dziecko jest oczekiwane, kochane, a po urodzeniu otoczone prawidłową opieką i wspierane w rozwoju, zyskuje przekonanie, że z wieloma wyzwaniami potrafi sobie poradzić samodzielnie. Tworzy wtedy więź bezpieczną. Jeśli jednak niekoniecznie jest dzieckiem upragnionym, zamiast dobrego jedzenia dostawało w okresie prenatalnym używki, kiedy mama doświadczała jakiejś traumy, np. z powodu przemocy ze strony partnera, maleństwo rodzi się z wyposażeniem lękowym. Na znajome z okresu prenatalnego dźwięki reaguje płaczem, zasinieniem, strachem i jest nieufne w stosunku do kolejnych opiekunów. Dzieje się tak wówczas, gdy po urodzeniu rodzice nadal je zaniedbują i dziecko zostaje umieszczone w pieczy zastępczej. W takiej sytuacji tydzień przytulania nie wystarczy. Dziecko potrzebuje dużo czasu i uwagi ze strony nowych opiekunów, ale przede wszystkim adekwatnego zaspokajania potrzeb rozwojowych.

Zachęcasz do jawności adopcji. Dlaczego?

– Bo prawda to najwyższa wartość. Ważne, by dziecko wiedziało, gdzie tkwią jego korzenie. Nikt nie chce być NN, znajdą albo podrzutkiem. Natomiast zadaniem na całe życie rodziców adopcyjnych jest pomoc dziecku w zaakceptowaniu swojego podwójnego pochodzenia: biologicznego i emocjonalnego, oraz zintegrowaniu go z własnym życiem. Owszem, budujemy na stracie i odrzuceniu, ale też pokazujemy dziecku, że szanujemy w nim jego korzenie. Dajemy sygnał: to było trudne doświadczenie, ale kochamy cię i jesteś dla nas bezcenny. Być może w okresie dojrzewania usłyszą: „Nie jesteś moją matką, nie jesteś moim ojcem!”. Będą mogli wtedy powiedzieć: „Urodziła cię inna kobieta, ale teraz jesteś naszym dzieckiem, a my jesteśmy twoimi rodzicami”. To trzeba powiedzieć z pełnym przekonaniem, by dziecko nie miało cienia wątpliwości.

Nie będzie wtedy dylematu, co jest ważniejsze: korzenie czy wychowanie.

– Człowiek nie może należeć do dwóch rodzin jednocześnie, musi być osadzony w swoim domu na sto procent i mieć przekonanie: „Do nich należę, tu pasuję”. Dziecko musi poskładać siebie z kawałków. Rodzice adopcyjni budują więc pomost między tym, co biologiczne, a tym, co adopcyjne. Pomost łączy te dwa światy, składa dziecko w całość. To pomaga mu uzyskać tożsamość i przekonanie, kim jest.

Źródło: Przewodnik Katolicki, 13/2018.