



Wydawnictwo
Uniwersytetu
Wrocławskiego

Joanna Helios

Wioletta Jedlecka

Etyczno-prawne uwarunkowania praw reprodukcyjnych kobiet w Polsce

Wrocław 2025

Etyczno-prawne uwarunkowania
praw reprodukcyjnych kobiet
w Polsce

Prace Naukowe
Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii
Uniwersytetu Wrocławskiego

Seria: **e-Monografie**

Nr 227



<https://doi.org/10.19195/978-83-229-4048-8>

Publikacja dostępna również w Bibliotece Cyfrowej
Uniwersytetu Wrocławskiego:

<https://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/158898>

Joanna Helios

Uniwersytet Wrocławski
Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii
ORCID: [0000-0003-3571-1665](https://orcid.org/0000-0003-3571-1665)

Wioletta Jedlecka

Uniwersytet Wrocławski
Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii
ORCID: [0000-0002-0542-9303](https://orcid.org/0000-0002-0542-9303)

etyczno-prawne uwarunkowania praw reprodukcyjnych kobiet w Polsce

Wrocław 2025

Kolegium Redakcyjne

prof. dr hab. Leonard Górnicki – przewodniczący

dr Julian Jezioro – zastępca przewodniczącego

mgr Aleksandra Dorywała – sekretarz

mgr Bożena Górna – członek

mgr Aleksandra Lassota – członek

Recenzenci:

dr hab. Samanta Kowalska, prof. UK;

dr hab. Iwona Sierpowska, prof. USWPS

© Copyright by Joanna Helios, Wioletta Jedlecka, Wrocław 2025

Korekta: *Wojciech Nowakowski*

Projekt okładki do serii e-Monografie: *Karolina Drozd*

Wykonanie okładki: *Agnieszka Buszewska*

Skład i opracowanie techniczne: *Maciej Torz*

Opracowanie redakcyjne i graficzne

E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa.

Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego

Wydawca

Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego

Wydawnictwo „Szermierz” sp. z o.o.

<https://doi.org/10.19195/978-83-229-4048-8>

ISBN 978-83-229-4048-8

Spis treści

Wprowadzenie	8
Rozdział 1	
Aborcja	15
1.1. Historyczne spojrzenie na problematykę aborcji	16
1.2. Prawo aborcyjne na świecie	24
1.3. Przepisy prawne regulujące kwestię aborcji w Polsce	29
1.4. Aborcja a prawa kobiet	34
Rozdział 2	
Antykoncepcja	42
2.1. O antykoncepcji w ogólności	42
2.2. Antykoncepcja awaryjna	49
2.3. Historia antykoncepcji i dylematy etyczne z nią związane	52
2.4. Aspekty prawne antykoncepcji, w tym antykoncepcji awaryjnej ..	68
2.5. Sterylizacja antykoncepcyjna	77
Rozdział 3	
Sztuczna prokreacja	84
3.1. Niepłodność	84
3.2. Inseminacja	92
3.3. <i>In vitro</i>	93
3.3.1. <i>In vitro</i> a religia/etyka/moralność	96
3.3.2. <i>In vitro</i> a prawo	105
3.3.3. <i>In vitro</i> a ekonomia	110
3.4. Dawstwo gamet – adopcja komórki jajowej, plemnika lub zarodka	112
3.5. Zapłodnienie <i>post mortem</i>	121

3.6. Surogacja – „macierzyństwo zastępcze”	125
3.7. Wybór płci dziecka	132
Zakończenie	137
Bibliografia	139

Myśl o aborcji nie budziła we mnie żadnych obaw. Wydawało mi się to jeśli nie łatwe, to przynajmniej wykonalne i niewymagające szczególnej odwagi. Zwykle przykre doświadczenie. Wystarczyło pójść ścieżką, którą wydeptał przede mną długi łańcuch kobiet. Odkąd byłam nastolatką, gromadziły się we mnie historie przeczytane w powieściach lub przyniesione przez sąsiedzką plotkę podczas rozmów prowadzonych ściszym głosem. Zdobyłam mgliste pojęcie o środkach, które do tego służą – druty do robótek, łodyżki pietruszki, irygacje z mydlin, jazda konna – z tym że najlepszym rozwiązaniem było znalezienie tak zwanego lewego lekarza lub kobiety określanej ładnym mianem „fabrykantki aniołków”; oba rozwiązania były bardzo kosztowne, ale nie miałam pojęcia o taryfach. Rok wcześniej pewna młoda rozwódka powiedziała mi, że lekarz w Strasburgu spędził jej płód, nie podała jednak żadnych szczegółów poza tym, że „bolało tak bardzo, że chwyciłam się umywalki”. Ja też byłam gotowa chwycić się umywalki. Nie sądziłam, że mogę od tego umrzeć¹.

Podobno w płodzie, który powstaje z zarodka, a który ma być dziewczynką, są już jajniki (to straszne), a w nich zaczątek siedmiu milionów jajeczek. Jest ich wtedy najwięcej. Potem już tylko ubywa. Kiedy dziewczynka się rodzi, ma już ich tylko milion. I dalej ubywa. Gdy jest w moim wieku i zaczyna miesiączkować, jest ich trzydzieści tysięcy. I tylko mała ich część dojrzewa, to znaczy staje się jajeczkiem, które może zostać zapłodnione i przez które kobieta zachodzi w ciążę. To straszne, naprawdę straszne, że zanim się urodziłam, miałam już te jajeczka, dużo więcej niż teraz, i wszystko, co potrzebne, żebym ja też mogła rodzić dzieci. To tak, jakbym się urodziła jedynie po to, żeby rodzić. I to nie jest tylko jakaś teoria z książek. To wszystko dzieje się naprawdę, we mnie, w moim brzuchu. Rodzić się, żeby rodzić kogoś, kto będzie rodzić kogoś... Co to w ogóle jest?! Najchętniej powyrywałabym z siebie te wszystkie organy.

Midoriko².

¹ A. Ernaux, *Ciała*, przeł. A. Kozak, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2024, s. 22–23.

² M. Kawakami, *Piersi i jajeczka*, przeł. A. Horikoshi, Grupa Wydawnictwo KobiECE, wyd. 1, Białystok 2023, s. 114–115.

Wprowadzenie

Rozpoczynając nasze rozważania, punktem wyjścia uczyniliśmy przedstawienie pojęcia praw reprodukcyjnych, które wydaje się kluczowe dla zrozumienia istoty problemów poruszonych w prezentowanej monografii.

Prawa reprodukcyjne oznaczają możliwość podejmowania decyzji prokreacyjnych w sposób wolny od dyskryminacji, przemocy i nacisku. Stanowią element normy zobowiązującej państwa do zapewnienia mieszkańcom usług medycznych w zakresie planowania rodziny oraz edukacji seksualnej młodzieży. Prawa reprodukcyjne wiążą się także ze szczególnym rodzajem wolności, oznaczającym możliwość decydowania o sobie, i prawem do kontroli wszelkich aspektów swego zdrowia przez daną osobę³. Zdrowie reprodukcyjne, będące tłumaczeniem angielskiego terminu *reproductive health*⁴, połączone ze zdrowiem seksualnym, jest fizycznym, psychicznym i społecznym dobrostanem we wszystkich obszarach związanych z systemem reprodukcji. Zdrowie reprodukcyjne oznacza, że ludzie są w stanie prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne, płodzić dzieci oraz swobodnie decydować, czy, kiedy i ile ich posiadać. Zdrowie reprodukcyjne i seksualne są uzależnione od respektowania praw seksualnych, które dotyczą szerokiego zakresu kwestii związanych z seksualnością i płcią, a także często krzyżują się z innymi prawami człowieka⁵. System ochrony zdrowia również w odniesieniu do seksualności i reprodukcji musi odpowiadać na zapotrzebowanie użytkowników/użytkowniczek i powinien być łatwo dostępny. Usługi zdrowotne związane z seksualnością i repro-

³ D. Bach-Golecka, *Rozważania o kontrowersjach i konsekwencjach koncepcji praw reprodukcyjnych*, „Polski Rocznik Praw Człowieka i Prawa Humanitarnego” UWM w Olsztynie 2016, nr 7, s. 21–23.

⁴ J. Moćkun-Pietrzak, *Zdrowie reprodukcyjne i zadowolenie z życia seksualnego położnych pracujących zmianowo*, praca doktorska Gdański Uniwersytet Medyczny, promotor prof. Aleksandra Gaworska-Krzemińska, Gdańsk 2022, s. 7.

⁵ D. Karkowska (red.), Z. Izdebski, A. Janik, E. Baum, *Godna prokreacja. Ciąża. Poród i połóg. Prawa kobiet*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2023, s. 26.

dukcją obejmują przykładowo: opiekę ginekologiczną, dostęp do bezpiecznej i skutecznej antykoncepcji, leczenie niepłodności, zabieg przerwania ciąży⁶.

Pojęcia zdrowie reprodukcyjne i prawa reprodukcyjne zostały przyjęte na Międzynarodowej Konferencji na temat Ludności i Rozwoju w Kairze w 1994 r. W kontekście praw reprodukcyjnych poruszono problem „niebezpiecznej aborcji”, rozumiany jako zabieg przerywania ciąży, który odbywa się w warunkach zagrażających życiu kobiety⁷. Zaznaczmy, iż lata 90. XX w. były okresem, w którym organizowano ważne z punktu widzenia praw reprodukcyjnych konferencje. Kluczową rolę odegrały wspomniana Międzynarodowa Konferencja na rzecz Ludności i Rozwoju w Kairze w 1994 r. oraz zorganizowana w 1995 r. Światowa Konferencja w sprawie Kobiet w Pekinie. Już w Kairze zwrócono uwagę na przenikanie się kultur, a co za tym idzie – próbowano odpowiedzieć na pytanie: prawa kobiet jako jednostek czy prawa kobiet jako matek? Zaobserwowano zderzenie kultury z prawami człowieka⁸. W Kairze jako główny cel obrano pomoc w korzystaniu z prawa posiadania „dzieci z wyboru”⁹. Z kolei w Pekinie określono strategię działania na rzecz równości kobiet i mężczyzn oraz zwiększenia udziału kobiet w sferze określonej jako publiczna, co przekłada się na rolę praw reprodukcyjnych i zdrowia reprodukcyjnego¹⁰.

Gisèle Halimi, prezydentka organizacji The Right to Choose for Women, na konferencji pekińskiej¹¹ w 1995 r. uznała, iż środki antykoncepcyjne, aborcja i edukacja seksualna są prawami fundamentalnymi kobiet, podstawową wolnością, która zakończyła tysiące lat ich niewolnictwa związanego z przypadkową ciążą i ukrywaną aborcją. Nie zgadzała się także na traktowanie kobiet jako „zwierząt rozplodowych”. Kobiety nie są też „krzywą demograficzną”. Co za tym

⁶ Amnesty International, *Szanuj moje prawa, szanuj moją godność. Moduł 3 – Prawa seksualne i reprodukcyjne są prawami człowieka*, 2015, <https://www.amnesty.org.pl/uploads.>2015/11> [dostęp: 9.01.2025].

⁷ K. Głowacka, *Prawa nie tylko dla kobiet. Rozmowa z Eleonorą Zielińską*, „Miesięcznik Znak” 2017, lipiec-sierpień, <https://www miesiecznik.znak.com.pl/prawa-nie-tylko-dla-kobiet/> [dostęp: 7.05.2024].

⁸ M. Goldberg, *Wojny reprodukcyjne. Płeć, władza a przyszłość świata*, przeł. A. Weseli-Ginter, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2011, s. 181 i n.

⁹ A. Szachniewicz, *Metafizyka ciąży a prawa reprodukcyjne*, „Filozofia w Praktyce” 2019, t. 5, s. 1.

¹⁰ W. Jedlecka, *Wpływ myśli feministycznej na zmiany współczesnego prawa – szkic problemu*, „Wrocławskie Studia Erazmiańskie” 2015, nr IX, s. 120.

¹¹ Nadmienimy, iż w deklaracji pekińskiej wyrażono przekonanie, że prawa kobiet są prawami człowieka. K. Kocemba, *Operatywność przeciwdziałania przemocy wobec kobiet*, „Folia Iuridica Universitatis Wratislaviensis” 2016, vol. 5, no 2, s. 24.

idzie – ich prawa reprodukcyjne nie mogą być związane z faktem opadania czy wzrastania przedmiotowej krzywej. Sprzeciwiła się ingerencji czynników religijnych w prawa reprodukcyjne kobiet. Halimi przypomniała, że prawa cywilnego nie wolno mieszać z prawem religijnym. Owo mieszanie stanowi zagrożenie dla demokracji, wolności i przekonań. Z kolei wiceprzewodnicząca The Women's Environment and Development Organization Bella Abzug opowiedziała się za wprowadzeniem kobiet do polityki celem zmiany instytucji oraz wizji świata, co ma zapewnić zabezpieczanie praw reprodukcyjnych dla kobiet¹².

Tym samym koncepcja praw reprodukcyjnych i seksualnych nierozdzielnie związana jest z ruchem feministycznym, w szczególności z działalnością feministek tzw. drugiej fali. Opresja kobiet została połączona z ludzką płciowością, a afirmacja seksualnego wyzwolenia wiązała się z wrogością wobec funkcji prokreacyjnej kobiet. Feministki sprzeciwiały się łączeniu stosunku płciowego z jego zasadniczym celem, czyli prokreacją. Konsekwencją takiego podejścia stało się dążenie do uzyskania „całkowitej kontroli nad ciałem”¹³. W ujęciu badaczek feministycznych prawa reprodukcyjne oraz macierzyństwo powinny być tak samo ważne, jak gotowość do walki, śmierci i życia dla państwa¹⁴.

W pierwszej połowie XX w. na skutek rozwoju nowoczesnych metod antykoncepcji, bezpiecznego przerywania ciąży oraz diagnostyki prenatalnej do walki o uwolnienie decyzji prokreacyjnych spod przymusu państwowego dołączyła walka kobiet o wyzwolenie ich ciał od tradycji patriarchalnej i dyktatury biologii¹⁵. Wyzwolenie kobiet zależy od zmiany kontekstu kulturowego, wyłonienia się podmiotowości i kultury tego, co kobiece, a także od możliwości zaistnienia relacji pomiędzy kobietami i mężczyznami, która nie będzie legitymizowana przez fakt posiadania lub brak dzieci¹⁶. Nierówność ze względu na płeć jest traktowana jako źródło naruszeń praw reprodukcyjnych. Nierówności tego rodza-

¹² J. Balicki, *Spór o rolę i miejsce kobiety w rodzinie i społeczeństwie – IV Międzynarodowa Konferencja nt. Kobiet w Pekinie*, „Studia Gdańskie” 1995, nr X, s. 86.

¹³ K. Dobrowolska, *Prawa reprodukcyjne i seksualne w ONZ i ich doktrynalne uwarunkowania*, „Zeszyty Prawnicze” 2016, t. 16, nr 2, s. 165–167.

¹⁴ B. Kowalska, R. Nawojski, *Matka – Obywatelka. O rekonceptualizacji obywatelstwa w kontekście Czarnych Protestów*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia de Sociologica” 2019, nr 11, vol. 1, s. 39.

¹⁵ J. Różyńska, *Rozwój i ochrona praw reprodukcyjnych jako praw człowieka*, https://www.researchgate.net/publication/301673695_Rozwoj_i_ochrona_praw_reprodukcyjnych_jako_praw_czlowieka_Development_and_protection_of_reproductive_rights_as_human_rights_-_draft [dostęp: 11.05.2024].

¹⁶ K. Szopa, *Elementy kultury politycznej dla tego, co kobiece. Rozmowa Katarzyny Szopy z Luce Irigaray*, „Śląskie Studia Polonistyczne” 2019, nr 1(13), s. 13.

ju są charakterystyczne dla społeczeństw patriarchalnych. W społeczeństwach tych kluczową rolę odgrywali i nadal odgrywają mężczyźni. Przez całe wieki macierzyństwo pozostawało na marginesie, poza głównym nurtem zainteresowań polityków i państwa. Państwo wkroczyło w sferę prywatności i macierzyństwa głównie po to, by poddać rozrodczość i płodność społecznej kontroli, wprowadzić regulacje prawnomedyczne dotyczące porodów i zakazać usuwania ciąży. Naruszenia praw kobiet mają miejsce przede wszystkim w sferze prywatnej, domowej czy związanej z rozrodczością¹⁷. Nieutrudniony dostęp we właściwym czasie do usług zdrowia reprodukcyjnego oraz uszanowanie niezależności i decyzji reprodukcyjnych kobiet mają podstawowe znaczenie dla ochrony ich praw w kontekście praw człowieka i równouprawnienia płci. Według stanowiska ekspertów ONZ prawa człowieka, które przysługują kobietom, są prawami podstawowymi. Wobec tego nie mogą być podporządkowane względem kulturowym, politycznym lub religijnym. Wpływ ingerencji legitymizowanych ideologicznie lub religijnie na kwestie zdrowia publicznego jest szczególnie szkodliwy dla zdrowia oraz dobrostanu kobiet i dziewcząt¹⁸. Prawa i zdrowie reprodukcyjne oraz seksualne są ogólnym terminem, dotyczącym wszystkich ludzi. Należą do czterech różnych obszarów: zdrowia seksualnego, praw seksualnych, zdrowia reprodukcyjnego i praw reprodukcyjnych. Opierają się na prawie wszystkich osób do tego, aby inni szanowali ich integralność cielesną, prywatność i osobistą autonomię do pełnego poszanowania ich orientacji seksualnej i tożsamości płciowej. Chodzi też o autonomiczne prawo do decydowania, z kim i kiedy są aktywne seksualnie, kiedy i kogo chcą poślubić, czy chcą mieć dzieci. Osoby powinny mieć przez całe życie dostęp do informacji, zasobów, usług i wsparcia w zakresie niezbędnym do osiągnięcia dobrostanu. Dyskryminacja, przymus, wykorzystywanie i przemoc są zakazane. Prawa seksualne i reprodukcyjne są chronione jako prawa człowieka międzynarodowymi i unijnymi aktami prawnymi. Naruszenie praw reprodukcyjnych i seksualnych oraz zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego stanowi naruszenie praw człowieka i jest traktowane jako przemoc¹⁹.

¹⁷ W. Nowicka, *Naruszenie praw reprodukcyjnych jako forma tortur*, „Prawo i Medycyna” 2017, nr 4(69, vol. 19), s. 158 i n.

¹⁸ Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 11 listopada 2021 r. w sprawie pierwszej rocznicy faktycznego zakazu aborcji w Polsce (2021/2925/(RSP)), Dz. Urz. UE C 205/44 z 20.05.2022 r.

¹⁹ Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 24 czerwca 2021 r. w sprawie sytuacji w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie w UE w kontekście zdrowia kobiet (2020/2215 (INI)), Dz. Urz. UE C 81/43 z 18.02.2022 r.

Dodajmy, iż z pojęciem praw reprodukcyjnych związana jest sprawiedliwość reprodukcyjna. Pojęcie to powstało w latach 90. XX w. w środowisku czarnych feministek i czerpało inspirację z podejścia intersekcyjnego. Sprawiedliwość reprodukcyjna miała służyć do opisanie sfery praw reprodukcyjnych przy jednoczesnym uwzględnieniu czynników systemowych. Często powoływano się na rasizm, klasizm czy inne czynniki opresji. Sprawiedliwość reprodukcyjna wywodzi się z rozpoznania ograniczeń związanych z kategorią wyboru. Następuje wyjście poza jednostkową decyzję i wskazanie na jej społeczne zakorzenienie. Indywidualny wybór nie jest wystarczający w pokonaniu barier strukturalnych, które wywodzą się z opresji społecznej dotyczącej płci, niepełnosprawności, orientacji seksualnej, pochodzenia etnicznego. W ramach analiz dotyczących sprawiedliwości reprodukcyjnej podkreśla się społeczne konstruowanie rodzicielstwa, stawiane jest pytanie, kto i dlaczego może być rodzicem, kto o tym decyduje. Brana jest pod uwagę pozycja kobiet w społeczeństwie. Sprawiedliwość reprodukcyjna obejmuje: ograniczanie i kryminalizację reprodukcji, politykę publiczną dotyczącą praw reprodukcyjnych, międzynarodowe regulacje surogacji, definiowanie rodziny, dostęp do *in vitro*, rodzicielstwo grup marginalizowanych, stygmatyzowanie nastoletnich matek, rodzicielstwo osób pozbawionych wolności, dostęp do niezmedykalizowanego porodu, związki degradacji środowiska naturalnego z płodnością. Perspektywa sprawiedliwościowa zdaje się redefiniować podejście oparte na prawach reprodukcyjnych, które kojarzone jest w głównej mierze z prawem do aborcji. Sprawiedliwość reprodukcyjna obejmuje doświadczenia związane z nieposiadaniem dzieci, bycie rodzicem i wsparcie w rodzicielstwie²⁰.

W Polsce ginekologię oraz położnictwo cechuje znaczny stopień paternalizmu oraz konserwatyzm. Dochodzi do sytuacji, w których kobiety nie są traktowane podmiotowo (np. niewykonywanie prawa aborcyjnego, trudna dostępność do antykoncepcji w różnych formach, uchybienia w opiece okołoporodowej czy bariery w leczeniu niepłodności). Prawa kobiet w zakresie zdrowia reprodukcyjnego nie zostały ugruntowane, tym samym kobiety w Polsce wciąż muszą o nie walczyć²¹. Te, które chcą dokonać przerwania ciąży lub uzyskać antykoncepcję,

²⁰ A. Król, *Niepełnosprawność i sprawiedliwość reprodukcyjna. Zarys wybranych zagadnień dotyczących kobiet z niepełnosprawnościami*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia de Cultura” 2018, nr 10(1), s. 85–86.

²¹ K. Ferenc, A. Podkówa-Poźniak, *Zdrowie reprodukcyjne w Polsce jest mocno spaternalizowane*, 8.03.2023, <https://www.kobieta-zdrowie.pl/zdrowa-w-kazdym-wieku/zdrowie-reprodukcyjne-w-polsce-jest-mocno-spaternalizowane/> [dostęp: 3.01.2025].

zostają wykluczone ze społeczeństwa, a przynajmniej jego części. Ich moralność jest oceniana jako gorsza od innych kobiet, które ze względu na swój wybór nie chcą dokonać aborcji. W Polsce powołanie się na klauzulę sumienia przeważa w odniesieniu do relacji lekarz/lekarka–kobieta w kontekście takich zabiegów, jak przerwanie ciąży lub zapłodnienie *in vitro*, wypisanie recepty na środki antykoncepcyjne czy skierowanie na badania prenatalne. Owa sytuacja bywa w pewnym stopniu związana z działaniem populistów i ich wpływem na sytuację kobiet w Polsce²². Nie wszyscy postrzegają prawa reprodukcyjne w kategorii „praw”, dość mocno ugruntowała się też pravicowa wizja kobiecości²³. Brak odpowiedniej polityki społecznej, zdrowotnej i edukacyjnej naraża społeczeństwo, a zwłaszcza kobiety i młodzież, na liczne niebezpieczeństwa związane ze sferą seksualności²⁴. W ostatnich latach kobiety znowu rozpoczęły swój marsz w różnych częściach świata, w tym w Polsce (np. Czarne Protesty). Obecnie nie walczą już one o prawa polityczne, które zresztą posiadają. Celem ich marszów jest walka o prawa reprodukcyjne²⁵, albowiem patriarchalny i anachroniczny klimat wokół urodzeń wpłynął w znacznym stopniu na decyzję Polek o posiadaniu dzieci²⁶. Z drugiej strony w Polsce występuje zjawisko niepłodności. Bezdzietność wynikająca z niepłodności jest chorobą społeczną, która dotyka pary (dwoje ludzi) i tym samym wpisuje się w dyskurs o prawach reprodukcyjnych kobiet²⁷.

Prawa reprodukcyjne stanowią przedmiot dyskusji i ideologicznych sporów²⁸. W naszym kraju prawa reprodukcyjne wzbudzają wiele kontrowersji natury moralnej, etycznej i religijnej. Wynika to po części z faktu, iż środki i zabiegi kontrolujące płodność wywołują dylematy dotyczące najbardziej

²² A. Górka, *Radykalizacja klauzuli sumienia a prawa reprodukcyjne w Polsce*, „Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne” 2022, nr 41, s. 119 i n.

²³ A. Lewandowska, *Strategiczna litygacja jako miecz obosieczny – prawa reprodukcyjne w czasach populizmu w Polsce*, „Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne” 2022, nr 41, s. 99 i n.

²⁴ W. Nowicka, *Prawa reprodukcyjne*, https://www.socialwatch.org>polsce9_2008_pol [dostęp: 15.01.2025].

²⁵ M. Fidelis, *Maszerując z kobietami: dawniej i dziś*, <https://conciliumcivitas.pl/almanachy/almanach-2019-20/maszerujac-z-kobietami-dawniej-i-dzis/> [dostęp: 8.01.2025].

²⁶ J. Theus, *Polki mają dość. Coraz trudniej mieć dzieci*, „Trudno im się dziwić. To było do przewidzenia”, oko.press, 30.01.2023, <https://oko.press/polki-maja-dosc-nie-chca-juz-miec-dzieci-trudno-im-sie-dziwic-to-bylo-do-przewidzenia> [dostęp: 9.01.2025].

²⁷ Por. T. Niemiec (red.), *Raport „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006”*, Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2007, s. 91 i n.

²⁸ Prawo do zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego bywa traktowane jako prawo, które wyraża postawy antyrodzinne. Szeroko na ten temat: B. Bassa, *Prawa reprodukcyjne i seksualne jako „nowe prawa” człowieka*, „Studia nad Rodziną UKSW” 2012, 16, nr 1–2(30–31), s. 363 i n.

podstawowych praw i wolności człowieka, czyli godności osoby ludzkiej, prawa do życia, prawa do życia prywatnego i ochrony danych osobowych, ochrony zdrowia, wolności, sumienia i religii²⁹.

Dyskusja o prawach reprodukcyjnych zdecydowała o kształcie polskiego ruchu feministycznego. Spór o prawa kobiet jest w dużej mierze sporem o prawa matek, a sama debata na temat tożsamości Polek jest trudna z uwagi na stereotyp matki Polki, który oddziałuje na dyskusję o prawach reprodukcyjnych³⁰. W dyskursie publicznym sprowadza się prawa reprodukcyjne do prawa do aborcji. Wskazywana jest wyraźna linia podziału między przeciwnikami przerywania ciąży, określanymi jako obrońcy życia nienarodzonych (*pro-life*), utożsamianymi ze środowiskami prawicowymi i konserwatywnymi, związanymi z Kościołem katolickim, a zwolennikami wyboru kobiet, ich prawa do decydowania o sobie i swoim życiu (*pro-choice*), kojarzonymi ze środowiskami lewicowymi, liberalnymi i feministycznymi. Te podziały rozciągają się na stosunek do innych aspektów praw reprodukcyjnych: antykoncepcji, edukacji seksualnej czy sztucznej prokreacji³¹. Nie mamy wątpliwości, iż ochrona zdrowia kobiet i zagwarantowanie im autonomii dotyczącej własnego ciała, seksualności i płodności stanowi fundament równości płci. Zdrowie oraz prawa reprodukcyjne i seksualne umożliwiają kobietom pełne wykorzystanie ich potencjału poprzez zaangażowanie się w rozmaite formy aktywności społecznej, zawodowej czy politycznej³².

W związku z powyższym celem przedmiotowej monografii jest próba konceptualizacji sporu o prawa reprodukcyjne kobiet w Polsce na podstawie trzech problemów: przerywania ciąży (aborcji), antykoncepcji (w tym antykoncepcji awaryjnej i sterylizacji antykoncepcyjnej) i sztucznej prokreacji. Autorki w sposób obiektywny i rzetelny starają się przedstawić różnorodne argumenty, które pojawiają się w sporze o prawa reprodukcyjne kobiet.

Niniejsza monografia z uwagi na złożoność i niejednoznaczność poruszanej problematyki nie wyczerpuje istoty problemu. Stanowi jedynie zaproszenie Czytelnika do dyskusji naukowej na temat praw reprodukcyjnych kobiet w Polsce.

²⁹ N. Glińska, *Własne ciało – operatywność praw seksualnych i reprodukcyjnych w Polsce*, „Folia Iuridica Universitatis Wratislaviensis” 2016, vol. 5, no 2, s. 47.

³⁰ Uciec od narodowego pomnika: demitologizacja figury Matki Polki w literaturze kobiecej i dyskursie feministycznym po 1989 roku, <https://books.openedition.org/iblp/13082> [dostęp: 8.01.2025].

³¹ K. Dzwonkowska-Godula, *Zjawisko nierówności społecznych w obszarze praw reprodukcyjnych w Polsce – wybrane aspekty*, „Przegląd Socjologiczny” 2019, nr 68(2), s. 135.

³² K. Iversen, *Wojna na słowa o ciała kobiet*, „Krytyka Polityczna”, 26.10.2019, <https://krytyka-polityczna.pl/swiat/onz-wojna-na-slowa-o-ciala-kobiet/> [dostęp: 9.01.2025].

ROZDZIAŁ 1

Aborcja

Aborcja to praktyka wymagająca jakiejś legitymizacji, a legitymizacja ta jest potrzebna i możliwa. Co do tego generalnie panuje zgoda. Przedmiotem sporu jest natomiast, w jakich okolicznościach aborcja mogłaby być moralnie i prawnie dopuszczalna. Wyróżnia się różne modele regulacji przewidujące dopuszczalność aborcji po spełnieniu określonych warunków. Pośród zaś tych warunków przewiduje się określone powody, dla których aborcja jest dopuszczalna, oraz wskazuje się na stadium ciąży. W związku z tym można wyróżnić model przesłanek i model terminu. W praktyce najczęściej modele te są łączone³³.

Przyjmując za kryterium przyczyny przerywania ciąży, Włodzimierz Galewicz wyróżnia pięć typów działań aborcyjnych:

- 1) aborcja ze względów leczniczych (ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety),
- 2) aborcja ze względów prawnych (ciąża będąca wynikiem gwałtu),
- 3) aborcja ze względów eugenicznych (ciężkie lub poważne uszkodzenie płodu),
- 4) aborcja ze względów społecznych (trudna sytuacja życiowa kobiety),
- 5) aborcja bez szczególnego uzasadnienia (tzw. aborcja na żądanie)³⁴.

³³ M. Soniewicka, *Spór o dopuszczalność przerywania ciąży z perspektywy etycznej i filozoficznoprawnej (komentarz do wyroku TK w sprawie K 1/20)*, „Państwo i Prawo” 2021, nr 8, s. 6.

³⁴ Zob. W. Galewicz, *Spór o przerywanie ciąży*, Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ (INCET), artykuł przeglądowy, 2.06.2011, <https://ruj.uj.edu.pl/server/api/core/bitstreams/6b49e23e-d-188-40ce-948e-7bab9b7c93ac/content> [dostęp: 7.02.2025]. Szeroko na temat aborcji eugenicznej zob. np. B. Borowska-Beszta, *Aborcja eugeniczna (aborcja ze względu na niepełnosprawność) w opiniach polskich studentów studiów uniwersyteckich II stopnia na kierunku pedagogika specjalna. Raport z etnograficznego studium przypadku*, „Przegląd Pedagogiczny” 2017, nr 1, s. 182–204, gdzie czytamy, iż tego typu aborcja jest „fenomenem obecnym i ugruntowanym w rzeczywistości społecznej współczesnego świata”. Jest rozważana z różnych perspektyw przez dyscypliny humanistyczne oraz nauki społeczne, jest też tematem gier politycznych lobbystów.

Biorąc pod uwagę te typy, Galewicz wyróżnia pięć stanowisk, jakie można zająć wobec okoliczności dopuszczających aborcję. Są to: skrajny konserwyzm, dopuszczający tylko aborcję ze względów leczniczych, umiarkowany konserwyzm, dopuszczający przerywanie ciąży ze względów leczniczych i prawnych, pogląd konserwatywno-liberalny, dopuszczający aborcję z powodów leczniczych, prawnych oraz eugenicznych, umiarkowany liberalizm, dopuszczający zabieg w czterech pierwszych sytuacjach, bez możliwości przerywania ciąży „na życzenie”, oraz skrajny liberalizm, który uznaje moralną i postuluje prawną dopuszczalność wszystkich z wyróżnionych typów aborcji³⁵.

1.1. Historyczne spojrzenie na problematykę aborcji

Aborcja jest bez wątpienia zabiegiem medycznym dotyczącym jednostek. To kwestia niezwykle intymna, wiążąca się z seksualnością kobiet. W dyskursie nauk społecznych zagadnienie to charakteryzowane jest jako sprawa publiczna. Każdy bowiem wyraża jakąś opinię (dokonując pozytywnej lub negatywnej oceny) na temat przedmiotowego zabiegu. Zjawisko to zatem stanowi przedmiot moralnej oceny, a więc aborcja definiowana jest jako problem moralny. Można spojrzeć też na to zagadnienie z perspektywy instytucjonalnej, przez pryzmat polityki i aborcyjnych rozwiązań prawnych. Instytucjonalne podejście pokazuje, jak warunki społeczne i polityczne oraz kontekst historyczny wpływają na kształtowanie rozwiązań prawnych w kwestii aborcji. Mimo że przyjmuje się, iż głos kobiet powinien stanowić punkt wyjścia do badań nad przerywaniem ciąży, to w naukach społecznych samym kobietom, ich doświadczeniom, nie poświęca się zbyt wiele miejsca, przyjmując, że doświadczenia te stanowią kwestię prywatną, intymną, skoncentrowaną na znaczeniu aborcji dla jednostki. Kontekst historyczny i kulturowy są ważne z perspektywy dyskursywnej³⁶.

Współcześnie dokonuje się dużej liczby aborcji – każdego roku, jak wskazuje Andrzej Kobyliński, wykonuje się ok. 56 milionów zabiegów aborcyjnych na całym świecie. Dane te odnoszą się głównie do aborcji chirurgicznej, gdyż zasadniczo taka właśnie forma przerywania ciąży uwzględniana jest w rapor-

³⁵ Zob. szeroko: W. Galewicz, *op. cit.*

³⁶ Zob. I. Koralewska, „Socjologia aborcji”. *Sposoby przedstawiania aborcji we współczesnym dyskursie nauk społecznych*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2020, t. XVI, nr 2, s. 178–182.

tach World Health Organization (WHO)³⁷. Co roku średnio jedna ciąża na cztery kończy się aborcją. Niezależnie od tego, czy przerywanie ciąży jest legalne, kobiety potrzebują i uzyskują dostęp do tego typu usługi. Jak podaje Instytut Guttmachera, będący amerykańską organizacją non-profit działającą w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, wskaźnik aborcji wynosi 37 na 1000 osób w krajach, w których aborcja jest całkowicie zakazana, i tych, w których dopuszcza się aborcję tylko w sytuacji konieczności ratowania życia kobiety, oraz 34 na 1000 osób w państwach, których regulacje dopuszczają aborcję na szerszych zasadach. Różnica jest więc nieduża³⁸. Aborcja od zawsze była traktowana jako metoda kontroli urodzeń. Jak wskazano w *Fascynujących ścieżkach filozofii prawa*³⁹, spór o aborcję jest odwieczny, tradycyjny, z czym trudno polemizować. Warto jednak zauważyć, że na płaszczyźnie tego sporu zaobserwować można pewne przesunięcie jego ciężaru. Otóż przez lata spór oscylował wokół statusu płodu, rozważania toczyły się w odniesieniu do jakości *versus* świętości życia. Aktualnie ciężar sporu przesunął się w stronę praw kobiet. Spór toczy się nie tylko o to, czy płód jest osobą, ale także o to, a może przede wszystkim o to, czy kobieta ma prawo do decydowania o sobie⁴⁰. Temat stale powraca. Problematyka ta wciąż powoduje wiele kontrowersji w społeczeństwie, które generalnie jest podzielone zarówno w kwestii oceny aborcji, jak i w opiniach o sytuacjach, w których można aborcję stosować⁴¹. Aborcja zawsze wzbudzała też reakcje i spory teologów, etyków i prawników. Wypracowanie kompromisu nie wydaje się jednak możliwe z uwagi na różnice pogłądowe jej zwolenników i przeciwników⁴². Przypomnieć można, że do połowy XIX w. regulowanie płodności oraz kontrola urodzeń należały do decyzji osób mogących być w ciąży. Granica między aborcją a antykoncepcją zacierała się kiedyś, inaczej niż obecnie. Obie

³⁷ A. Kobyliński, *Bezpieczna aborcja? Etyczne aspekty stosowania pigułki aborcyjnej RU-486*, „Studia Ecologiae et Bioethicae” 2017, vol. 15, no. 4, s. 79.

³⁸ Za: Amnesty International, <https://www.amnesty.org.pl/aborcja-najwazniejsze-fakty/> [dostęp: 7.01.2025].

³⁹ O. Nawrot, [w:] J. Zajadło (red.), *Fascynujące ścieżki filozofii prawa*, LexisNexis, Warszawa 2008, s. 132.

⁴⁰ Zob. A. Cizińska, *Życie dziecka kontra prawo do samostanowienia, czyli kilka uwag o relacji aborcji i prawa konstytucyjnego*, „Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ” 2017, nr 2, s. 23.

⁴¹ Zob. np. K. Topolska, R. Dziubaszewska, D. Makowicz, *Opinia Polek na temat aborcji*, Materiał został zebrany w lutym 2023, <https://kpu.krosno.pl/kola-naukowe/wp-content/uploads/sites/48/2023/09/5.-Opinia-polek-na-temat-aborcji-w-Polsce.pdf> [dostęp: 6.04.2024].

⁴² Zob. P. Wdowik, *Aborcja w Polsce z punktu widzenia moralności i prawa*, [w:] J. Zimny (red.), *Praworządność w dobie XXI wieku*, Katedra Pedagogiki Katolickiej KUL, Stalowa Wola 2016, s. 335 i n.

te rzeczy zaliczano do środków zarządzania płodnością. Metody antykoncepcyjne stosowane doustnie spełniały niegdyś dwojaką funkcję: z jednej strony antykoncepcyjną, lecz znacznie częściej były używane ze względu na ich funkcję aborcyjną. Te ziołowe specyfiki stosowano po to, by przywrócić menstruację we wczesnym stadium ciąży. Osoba, której spóźniała się menstruacja, przywracała ją, polegając na współczesnej dla niej wiedzy i doświadczeniu. Wiązało się to też z faktem, że długo nie wiązano momentu zapłodnienia czy zagnieżdżenia zarodka z ideą człowieczeństwa lub życia. Kościół potępiał antykoncepcję oraz aborcję, ale oficjalnie nie uznawał za grzech samoistnego poronienia czy tzw. przywrócenia menstruacji, a płodu do 20. tygodnia ciąży nie traktowano jako osobnego życia ludzkiego. I choć wiedza oraz doświadczenia w zakresie aborcji oraz antykoncepcji znajdowały się w rękach samych kobiet, to instytucje patriarchy zawsze starają się, aby przejąć kontrolę w sferze reprodukcji, celowości, seksualności, a także kobiecej płodności⁴³.

Przerywanie ciąży było zjawiskiem powszechnym w starożytnym Rzymie. Przyczyny, dla których podejmowano taką decyzję, w zasadzie nie różniły się od tych, które przywołuje się współcześnie, takich jak strach przed wyjściem na jaw brzemiennego w skutki romansu, kalkulacje finansowe związane z utrzymaniem rodziny czy obawa przed utratą płaskiego brzucha i pojawieniem się rozstępów. Prawo rzymskie, penalizując niektóre przypadki aborcji, miało na celu ochronę dobra innego niż życie płodu. Był nim interes ojca, który przejawiał się w prawie do suwerennego decydowania o powiększeniu rodziny. Aborcja dokonana bez wiedzy pana domu zabierała mu nadzieję na posiadanie dziedzica. Ciało należało do matki, dziecko poczęte uważano bowiem za jej część, ale prawo do potomka należało do ojca⁴⁴. O aborcji w literaturze rzymskiej pisze np. Tadeusz Kołosowski⁴⁵, który przytacza, co na ten temat sądził i pisał rzymski poeta Owidiusz. Otóż, zdaniem tego poety, było wiele kobiet, które decydowały się na sztuczne poronienie, ponieważ nie chciały zepsuć sobie urody. Kierowały się zatem próżnością. Sztuczne poronienie dla Owidiusza sta-

⁴³ *Samopomoc i DIY. Opór i oddolne strategie odzyskiwania kontroli nad własną płodnością oraz zdrowiem seksualnym*, <https://adt.pl/dopobrania/zin/V1-samopomoc-dly> [dostęp: 21.04.2024].

⁴⁴ M. Jońca, *Aborcja w prawie Rzymu i wczesnego średniowiecza*, „Edukacja Prawnicza” 2012, nr 10(136), <https://www.edukacjaprawnicza.pl/aborcja-w%E2%80%AFprawie-rzymu-i-wczesnego-sredniowiecza/> [dostęp: 25.05.2024].

⁴⁵ Ks. T. Kołosowski, *Etyczno-antropologiczne aspekty aborcji w świetle wybranych dzieł antycznej literatury Grecji i Rzymu*, „Seminare” 2013, t. 33.

nowi zbrodnię przeciw ludzkości, bo gdyby wcześniej wiele kobiet dokonywało tego zabiegu, to świat uległby wyludnieniu. Dlatego uważał, że należy karać taką właśnie zbrodnię, w efekcie której pozbawia się życia istotę, której życie dopiero się zaczyna. W jego mniemaniu tego typu zbrodnia ma także wymiar społeczny, ponieważ wpływa na rozwój społeczeństw i narodów. Dla niego to zjawisko, które trudno rozpoznać w świecie przyrody poza światem ludzkim. Motywem zaś takiej zbrodni jest jedynie wygodnictwo, troszczenie się o komfort życia i wygląd zewnętrzny⁴⁶.

W społeczeństwach starożytnej Grecji aborcja była dopuszczalna i powszechna, ale nie oznaczało to, że wszyscy ją popierali. Nieustępliwy w tej sprawie był lekarz Hipokrates, w którego przysiędze czytamy: „Nigdy nikomu, także na żądanie, nie podam zabójczego środka ani też nawet nie udzielę w tym względzie rady; podobnie nie dam żadnej kobiecie dopochwowego środka poronnego”. Dla części filozofów sprawa dopuszczalności aborcji była ściśle połączona z odpowiedzią na pytanie o to, w którym momencie rozwoju płód otrzymuje duszę. Najmocniej oddziaływały w tej kwestii poglądy Arystotelesa, który twierdził, że zarodek męski otrzymuje duszę w czterdziestym dniu istnienia, a żeński – w osiemdziesiątym. Stąd też aborcję przeprowadzoną przed zakończeniem tego okresu traktowano jako antykoncepcję⁴⁷. Arystoteles dopuszczał regulację przyrostu naturalnego za pomocą sztucznego poronienia. Uważał, że jest dozwolona aborcja płodu właśnie do momentu, gdy wstąpi w niego czucie i życie. Filozof rozróżniał trzy rodzaje duszy: wegetatywną (roślinną), zwierzęcą (zmysłową) i rozumną. Tę ostatnią posiada jedynie człowiek, który jest zdolny do refleksji, logicznego rozumowania. I embrión ludzki już taką duszę rozumną posiadał według Stagiryty, ale od wskazanych dni, gdy otrzymuje duszę⁴⁸. Przeciwny stanowisku Arystotelesa był Empedokles, który uważał, że zarodek ma duszę od momentu zapłodnienia. Najbardziej „proaborcyjni” byli stoicy, dla których płód był jedynie częścią kobiecego organizmu, stąd kobieta może w każdej chwili się go pozbyć. Stoicy zakładali materialistyczną strukturę duszy ludzkiej, nabywanej razem z wdychanym powietrzem, zatem jej umiejscowienie w ciele następuje w chwili urodzenia. Dzieci, zdaniem stoików, powinny rodzić się w odpowiednich warunkach i w dobrej sytuacji

⁴⁶ Za: Ks. T. Kołosowski, *op. cit.*, s. 259–261.

⁴⁷ R. Jurszo, *Krótką historia aborcji*, Wirtualna Polska, <https://wiadomosci.wp.pl/krotka-historia-aborcji-6126038031537793a> [dostęp: 24.05.2024].

⁴⁸ Za: Ks. T. Kołosowski, *op. cit.*, s. 257–258.

materialnej. Sztuczne poronienie było dopuszczalne w trudnej sytuacji materialnej czy w przypadku zagrożenia życia bądź zdrowia matki. Cele egoistyczne, jak względy estetyczne czy zdrada małżeńska, nie były dobrymi przyczynami przeprowadzenia aborcji. Zabiegu tego można było dokonać w każdej fazie ciąży, ponieważ w opinii stoików płód nie był uznawany za człowieka. Niezależnie jednak od tego, co o aborcji twierdzili uczeni starożytnej Grecji, w praktyce – przynajmniej do IV w. n.e. – w Grecji nie istniały żadne prawa, które by zabraniały przerywania ciąży⁴⁹. Nawiązuje się także w literaturze przy omawianiu kwestii aborcji w starożytnej Grecji do poglądów Ajschylosa, który uważał, iż aborcja to zniszczenie życia dziecka, zabójstwo zasługujące na krwawy osąd i karę piekła. Nie sposób też przy tej okazji pominąć stanowiska Platona, ponieważ to właśnie on jako pierwszy w historii filozofii wypracował całościową koncepcję osoby ludzkiej i pojmowania duszy. Dusza ludzka przekazywana jest podczas aktu seksualnego przez mężczyznę. Rola kobiet w akcie poczęcia jest jedynie – zgodnie z nauką Platona – receptywna. To oznacza, że kobieta tylko przyjmuje nasienie do swojego łona i daje mu warunki rozwoju. Macica, w której wzrasta nowy człowiek, przyrównana została do gleby, też przyjmującej wszak nasienie i dającej podłoże do jego rozwoju. W macicy właśnie następuje zapłodnienie według Platona. A w procesie zapłodnienia przekazywany jest embrionowi jakiś element nieśmiertelny. Stosunek Platona do aborcji jest jednoznaczny: zakłada aborcję, a czasami nawet ją nakazuje, co wynika z jego doktryny polityczno-społecznej. W świetle jego poglądów na państwo władza była uprawniona do regulowania liczby dzieci, które miały być jak najsilniejsze i jak najlepsze. Słabe jednostki nie mają prawa do życia. Aborcja, czy nawet w niektórych przypadkach – zabójstwo narodzonego już dziecka, były po prostu sposobami na zmniejszenie płodności. Ale co istotne, według Platona zniszczenie ciała ludzkiego nie jest równoznaczne z końcem istnienia duszy. Od tego bowiem momentu znajduje sobie dusza inne ciało, może nawet lepsze, lepiej uformowane oraz odpowiedniejsze, i w nim prowadzi dalszą egzystencję. Tak naprawdę czasami uwolnienie się od nieodpowiedniego ciała, najlepiej jeszcze przed narodzeniem, jest dla duszy dużo lepsze. Nie ma już bowiem związku z ciałem-ciężarem, które jest dla duszy poniżeniem. Pojawia się wtedy możliwość, że dusza zostanie wyzwolona z trudnej tułaczki po świecie materialnym i przeniesie się do świata idei⁵⁰.

⁴⁹ R. Jurszo, *op. cit.* Zob. też na ten temat: Ks. T. Kołosowski, *op. cit.*, s. 258–259.

⁵⁰ Za: Ks. T. Kołosowski, *op. cit.*, s. 253–256.

Zarówno zatem w starożytnej Grecji, jak i Rzymie dopuszczano oraz wykonywano aborcję, mimo iż generalnie uznawano dziecko za dar boży, a niepłodność za nieszczęście i karę boską.

Do początku XIX w. prawa aborcyjne nie istniały. W roku 1869 Pius IX ogłosił, że uduchowanie ma miejsce w chwili poczęcia. Interpretacja ta doprowadziła do tego, że ustawodawstwo nie dopuszczało wtedy możliwości usuwania ciąży. W niektórych krajach to stwierdzenie papieskie wciąż jest podstawą surowego prawa antyaborcyjnego. Natomiast w latach 1950–1985 wiele państw wysoko rozwiniętych gospodarczo zliberalizowało przepisy prawa aborcyjnego na rzecz praw człowieka i bezpieczeństwa⁵¹.

Przełom XIX i XX stulecia przyniósł w państwach Zachodu narodziny ruchu sufrażystek. Rozpoczęły one walkę o obywatelskie, polityczne i społeczne prawa kobiet. Marsze, manifestacje, pikety, petycje i akty obywatelskiego nieposłuszeństwa zmierzały do wywalczenia praw wyborczych. Wśród problemów, którymi zajęły się sufrażystki, znalazła się oczywiście także aborcja. W kwestii aborcji niespodziewanie okazały się one konserwatystkami. Alice Paul głosiła, że „Aborcja jest ostatecznym wyzyskiem kobiet”. Przeciwno aborcji wypowiadały się tak uznane działaczki na rzecz praw kobiet, jak Elizabeth Cady Stanton czy Susan B. Anthony. Victoria Woodhull – pierwsza w historii kandydatka na urząd prezydenta Stanów Zjednoczonych – pisała: „Każda kobieta wie, że gdyby była wolna, nigdy nie zaakceptowałaby czegoś niepożądanego dla swego dziecka, nie mówiąc o zabiciu go przed narodzeniem”⁵².

Legitymizacją zakazu aborcji były różne ideologie, ale – jak wskazuje Katarzyna Wężyk – nieodmiennie miał ów zakaz na celu w szczególności kontrolowanie seksualności i reprodukcji kobiet; nadbudowa ulegała zmianom, ale podejście patriarchalne ciągle było obecne. W czasach starożytnych kobieta stanowiła własność mężczyzny (męża lub pana), a przerywanie ciąży było przestępstwem, jeśli odbywało się bez zgody owego „właściciela”. Średniowiecze przyniosło taką zmianę, że to religia chrześcijańska przejęła stery i jej przedstawiciele decydowali o ciele kobiety. Podejście nacjonalistyczne to kolejne zawłaszczanie ciała kobiety. Dopiero od lat 70. XX w. (druga fala feminizmu, legalizacja aborcji) kobieta stała się poniekąd właścicielką swego ciała. Oczywiście

⁵¹ A. Gwiazda, *Kontrowersyjna „polityka” kontroli urodzeń za pomocą aborcji*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy” 2017, nr 52(4), s. 224.

⁵² P. Worwa, *Historia Aborcji. O życiu i śmierci*, 14.02.2021, <https://chwalazapomniana.pl/historia-aborcji-o-zyciu-i-smierci/> [dostęp: 25.05.2024].

konserwatyści gwałtownie się temu przewrotowi sprzeciwiali. Polki miały dostęp do aborcji od lat 50., jednak był on oparty nie na ich prawach, ale na względach pragmatycznych, aby uniknąć powikłań po aborcjach dokonywanych nielegalnie. W debacie publicznej o aborcji przez ostatnie ponad ćwierć wieku tak naprawdę wypowiadali się mężczyźni, nie kobiety. W centrum debaty był płód, dziecko poczęte, a nie kobieta. Aborcja i prawa kobiet stanowiły jedynie temat zastępczy, odwracający uwagę od istotniejszych kwestii. Dopiero protesty w latach 2016 i 2020 oraz 2021 spowodowały, że temat praw kobiet przestał być jedynie wspomnianym tematem zastępczym⁵³.

Jak pisze Magdalena Środa, kobieta to ciągle więźniarka patriarchy, osadzona w celi swojej cielesności, seksualności i inności. Wciąż określa siebie w odniesieniu do mężczyzny. Dlaczego? Bo ciągle traktuje się go jak Pana – jeśli nie bezpośrednio kobiety, to Pana kultury i polityki, w której żyje⁵⁴. Czy kobieta może zmienić swoją sytuację? Czasem stara się robić to w sposób indywidualny, ale to niewystarczające. Potrzebna jest zmiana o charakterze grupowym. Kobiety powinny walczyć o swoje prawa jako zbiorowość. Na całym świecie kobiety walczą m.in. o prawa reprodukcyjne czy prokobiecą politykę społeczną. Czynią to niezależnie od tego, jaką koncepcję przyjmują. Simone de Beauvoir napisała coś bardzo ważnego, a mianowicie podała filozoficzny argument, iż człowiek jest wolnością, projekcją w transcendencji. A kobieta też jest człowiekiem. Obecnie kobieta próbuje się wymknąć z więzienia swojej cielesności, seksualności i inności. Sama pragnie się „wyłonić w jasność transcendencji”. Kolejne pytanie stawiane kiedyś przez de Beauvoir, ciągle aktualne, dotyczy kwestii, czy wystarczy zmienić prawa, instytucje, poglądy i kontekst społeczny, żeby kobiety i mężczyźni stali się sobie równi. Jej zdaniem spór będzie trwał dotąd, dokąd kobiety i mężczyźni nie uznają się nawzajem za równych, czyli dopóty, dopóki będzie trwała „kobiecość”. De Beauvoir przytacza Kierkegarda: „Co to za nieszczęście być kobietą! A przecież największym nieszczęściem dla kobiety jest nie rozumieć, że jest to nieszczęście”⁵⁵.

Dyskusja, która toczy się wokół prawnych uregulowań odnoszących się do przerywania ciąży, opiera się na dwu rodzajach argumentów. Z jednej strony przywołuje się argumenty etyczne związane z moralną oceną aborcji. Z drugiej

⁵³ K. Wężyk, *Aborcja jest*, Agora SA, Warszawa 2021, s. 422–424.

⁵⁴ M. Środa, *Widmo krąży po Europie. Widmo gender*, [w:] S. de Beauvoir, *Druga płeć*, przeł. G. Mycielska, M. Leśniewska, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2020, s. 11.

⁵⁵ S. de Beauvoir, *op. cit.*, s. 800–803.

zaś strony są argumenty na rzecz wprowadzenia określonych regulacji prawnych, w szczególności ich skuteczności⁵⁶. Simone de Beauvoir podkreśla ponadto, że mało jest tematów, które społeczeństwo traktuje z większą hipokryzją. Przerwanie ciąży jest uważane bowiem za ohydny zbrodnię, a jakakolwiek, najmniejsza nawet aluzja do zabiegu – za nieprzyzwoitość. Zauważa, że społeczeństwo, które zawzięcie broni praw embrionu, przestaje się tak naprawdę interesować dziećmi urodzonymi. Nie chce się uznać faktu, że zarodek jest własnością kobiety noszącej go w swoim łonie, a równocześnie akceptuje się, że dziecko jest w istocie rzeczą rodziców. Racje praktyczne, wskazywane przeciwko legalnemu przerywaniu ciąży, w mniemaniu de Beauvoir nie mają żadnej wartości, zaś racje moralne sprowadzają się do starego katolickiego argumentu, że płód ma duszę, której zamyka się dostęp do nieba, jeżeli usuwa się go bez chrztu. Twierdzi się, że płód nie stanowi własności matki, lecz jest to niezależna istota. Jednocześnie wskazuje się, że płód jest jednak częścią matki, a nie tylko „pasożytem, który się żywi jej kosztem”⁵⁷. Zdaniem de Beauvoir kontrola urodzeń i legalne spędzenie płodu dałyby kobiecie swobodną zgodę na macierzyństwo. Tymczasem o płodności kobiety rozstrzyga częściowo świadomy wybór, a częściowo przypadek⁵⁸.

Agata Czarnecka pokazuje z kolei, że część dyskusji na temat aborcji można rozwiązać za pomocą argumentacji znanej od wieków. Nawiązuje mianowicie do rozważań przedstawicieli nowej teorii prawa naturalnego na temat dopuszczalności i warunków dokonywania aborcji. Głosiciele wspomnianej teorii angażują się w dysputy publiczne, które odnoszą się do problemów moralnych wymagających uregulowania prawnego. Generalnie przedstawiciele nowej teorii prawa naturalnego są przeciwni aborcji, ale nie jest to podejście skrajnie radykalne, gdyż dopuszczają pewne wyjątki. W ich opinii są przypadki, w których aborcja jest moralnie legitymizowana i nie powinna być prawnie zakazana. Wykorzystują w tym zakresie zasadę podwójnego skutku, zgodnie z którą są takie sytuacje, w których określone skutki działania, nie do przyjęcia w jednych okolicznościach, stają się akceptowalne w innych jako niezamierzone przez działającego. Analizując kwestię przerywania ciąży, przedstawiciele nowej teorii prawa naturalnego odwołują się do dyskusji zapoczątkowanej przez św. Tomasza, rozważającego dopuszczalność zabicia kogoś w obronie własnej. Podkreśla się,

⁵⁶ Zob. T. Pietrzykowski, *Etyczne problemy prawa. Zarys wykładu*, Naukowa Oficyna Wydawnicza, Katowice 2005, s. 257.

⁵⁷ S. de Beauvoir, *op. cit.*, s. 566–568.

⁵⁸ *Ibidem*, s. 576.

że okolicznością, która musi mieć miejsce, aby daną sytuację można było ocenić jako tę, która wypełnia warunki zasady podwójnego skutku, jest element proporcjonalności. Dobro poświęcone oraz dobro ratowane są takie same – są one dobrami życia ludzkiego. To oznacza, że sytuacja, gdy modelka chce usunąć ciążę w obawie o utratę idealnej figury niezbędnej w jej karierze, nie będzie realizowała zasady podwójnego skutku. Nie da się bowiem mówić w tej sytuacji o takiej samej wadze życia ludzkiego i kariery zawodowej, a więc nie ma tu mowy o proporcjonalności dóbr, ale oczywiście zagrożenie życia matki może mieć wiele wariantów. Czarnecka akcentuje, że może to być jedna z dróg pozwalających na wypracowanie porozumienia między dyskutantami na temat aborcji z pozycji względnie umiarkowanych. Propozycja ta pozwala wszak (na poziomach prawnym i etycznym) na każdorazową ocenę wyboru i podjętego działania przez pryzmat jego celów, zarówno tych zamierzonych, jak i tych, które nie są zamierzone⁵⁹.

1.2. Prawo aborcyjne na świecie

W literaturze podkreśla się, że w większości krajów sytuacją, która uprawnia do przerywania ciąży, jest zagrożenie zdrowia fizycznego lub psychicznego kobiety. W wielu państwach sytuacjami uprawniającymi do dokonania aborcji są: ciąża powstała w wyniku gwałtu lub kazirodztwa, uszkodzenie płodu, warunki społeczno-ekonomiczne, a także życzenie kobiety⁶⁰. Co ciekawe, podejście do kwestii aborcji różni się nie tylko jeśli chodzi o państwa, ale także w ramach samych państw. Oczywiście tendencje ciągle ulegają zmianom, tworzone są nowe projekty wprowadzające czy to rozszerzenie, czy też zawężenie praw aborcyjnych. Wskazuje się, że obecnie ok. 60% kobiet w wieku reprodukcyjnym żyje w państwach dopuszczających aborcję⁶¹. Przepisy prawne dotyczące aborcji w Europie są bardzo zróżnicowane. Wskazać można przykłady krajów zezwalających na legalne przerywanie ciąży w określonych sytuacjach,

⁵⁹ Szeroko na ten temat: A. Czarnecka, *Zasada podwójnego skutku w sporze o aborcję*, „Prawo i Więzy” 2021, nr (38), s. 110–118.

⁶⁰ M. Szymańska et al., *Śmierć szansą na życie – aborcja*, [w:] E. Krajewska-Kułak et al. (red.), *W drodze do brzegu życia*, t. 13, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2015, s. 225.

⁶¹ Za: *Prawo aborcyjne w Polsce i na świecie*, <https://www.proinfo.pl/blog/prawo-aborcyjne-w-polsce-i-na-swiecie/> [dostęp: 7.01.2025].

jak np. Szwecja, Grecja, Norwegia, Wielka Brytania czy Słowacja, w których aborcja jest możliwa bez podawania jej powodu. Są kraje, gdzie aborcja może być dokonywana z powodu trudnej sytuacji finansowej i społecznej kobiet. Są też jednak takie przypadki krajów europejskich, w których aborcji zakazuje się w ogóle, nie jest ona dopuszczona w żadnej sytuacji, co ma miejsce np. na Malcie czy w Watykanie⁶². Dodać można, że na Malcie obowiązują najbardziej restrykcyjne przepisy aborcyjne w całej Unii Europejskiej⁶³. We Francji w 2024 r. wprowadzono do konstytucji przepis określający prawo do aborcji. W ten sposób stała się ona pierwszym krajem europejskim, który wprowadził prawo do przerywania ciąży do aktu rangi konstytucji. We Włoszech aborcja jest legalna. Do 90. dnia ciąży kobieta może zwrócić się o przerwanie ciąży z przyczyn zdrowotnych, społecznych, ekonomicznych czy rodzinnych⁶⁴. We wspomnianej już Szwecji aborcja jest dopuszczalna do 18. tygodnia ciąży. Po 18. tygodniu ciąży może być zakończona, tylko gdy wyrazi na to zgodę Krajowa Rada Zdrowia i Opieki Społecznej, stwierdzając, że istnieją szczególne powody przemawiające za przeprowadzeniem zabiegu aborcji. Co ważne, w każdej sytuacji przeprowadzenia aborcji w Szwecji kobieta ma prawnie zagwarantowane wsparcie. W Niemczech aborcja jest niedopuszczalna poza kilkoma wyjątkami. A mianowicie lekarz może przerwać ciążę w pierwszych 12 tygodniach, gdy kobieta o to wnioskuje, a dodatkowo musi ona dostać i przedstawić zaświadczenie o poradzie uzyskanej co najmniej 3 dni przed zabiegiem, która to porada ma chronić życie nienarodzonego i stanowić też zachętę dla kobiety, aby kontynuowała ciążę. Po 12. tygodniu ciąży zabieg jej przerywania może być przeprowadzony tylko w sytuacji, gdy zachodzi przesłanka medyczna, tzn. wtedy, kiedy kontynuacja ciąży zagrażałaby życiu kobiety lub spowodowałaby poważne upośledzenie fizyczne bądź psychiczne jej zdrowia, a także wówczas, gdy wskazanych zagrożeń nie da się inaczej uniknąć niż tylko przez dokonanie zabiegu aborcji⁶⁵.

⁶² *Ibidem*.

⁶³ Za: W. Strzelczyk, *Aborcja – prawne uwarunkowania w Polsce i na świecie*, <https://web.swps.pl/strefa-prawa/artykuly/21796-aborcja-prawne-uwarunkowania-w-polsce-i-na-swiecie> [dostęp: 3.02.2025].

⁶⁴ Za: Polska Agencja Prasowa, *W Europie prawo do aborcji jest przeważnie liberalne. W USA decydują poszczególne stany*, 6.03.2024, <https://www.pap.pl/aktualnosci/w-europie-prawo-do-aborcji-jest-przewaznie-liberalne-w-usa-decyduja-poszczegolne-stany> [dostęp: 8.01.2025].

⁶⁵ Za: B. Zych, *Prawne przesłanki przeprowadzenia zabiegu przerywania ciąży w wybranych krajach – problem aborcji „na żądanie” (na tle porównawczym). Część II: Niemcy, Słowacja, Ukraina, Białoruś, Rosja, Litwa, Szwecja i Dania*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały” 2022, nr 2(31), s. 118, 123–124.

W Czechach kobieta ma prawo przerwać ciążę nieprzekraczającą 12 tygodni na pisemną prośbę. Taka sytuacja trwa w tym kraju od prawie 40 lat (od roku 1986). Aborcja traktowana jest tam jako kwestia medyczna, a nie jako zagadnienie praw kobiet; prawo do przerywania ciąży nie jest tam efektem nacisków społecznych i ruchów feministycznych⁶⁶. W Hiszpanii w 2023 r. wprowadzono regulację prawną dopuszczającą dobrowolną możliwość aborcji do 14. tygodnia, a od 22. tygodnia w przypadkach patologicznych, czyli wtedy, gdy ciąża powstała w wyniku gwałtu albo stanowi zagrożenie dla życia matki lub płodu. Zagrożenie życia może być fizyczne albo psychiczne. Powyżej 16. roku życia kobieta nie potrzebuje zgody rodziców na dokonanie zabiegu przerywania ciąży⁶⁷.

Sytuacja jednak nie traci na dynamice, czego przykładem są regulacje prawne San Marino. W kraju tym, po 150 latach obowiązywania restrykcyjnego prawa aborcyjnego, w roku 2021 obywatele opowiedzieli się w referendum za złagodzeniem tak bardzo restrykcyjnych przepisów, niedopuszczających aborcji w żadnym wypadku⁶⁸. W ciągu ostatnich 60 lat ponad 30 państw zmieniło prawo, aby zwiększyć dostęp do aborcji. Zmianom tym towarzyszyła refleksja dotycząca roli, jaką dostęp do bezpiecznej aborcji odgrywa w zakresie ochrony zdrowia i życia kobiet. Do listy tych państw dołączyła Irlandia, w której w rezultacie referendum przeprowadzonego w 2018 r. doszło do uchylenia prawie całkowitego konstytucyjnego zakazu przerywania ciąży⁶⁹.

Jeśli chodzi o Amerykę Północną, to zacząć należy od przykładu USA, gdzie w roku 1973 Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych rozpatrzył sprawę *Roe v. Wade*. Było to orzeczenie przełomowe w debacie o aborcji, gdyż sąd uznał, że każda kobieta ma prawo do jej wykonania i wynika to z prawa do prywatności i wolności, gwarantowanych przez 14. poprawkę do konstytucji. Zabieg przerywania ciąży stał się więc legalny na terenie całego kraju. Jednocześnie sąd uznał, że stany mają prawo ograniczać prawo kobiet do aborcji w drugim i trzecim trymestrze ciąży. W trzecim trymestrze stan może zakazać aborcji, ale musi dopuszczać ją w wyjątkowej sytuacji, gdy ciąża

⁶⁶ Za: B. Zych, *Prawne przesłanki przeprowadzenia zabiegu przerywania ciąży w wybranych krajach – problem aborcji „na żądanie” (na tle prawnoporównawczym)*. Część I: Polska i Czechy, „Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały” 2022, nr 1(30), s. 214, 216.

⁶⁷ Za: Polska Agencja Prasowa, *W Europie prawo do aborcji jest przeważnie liberalne...*

⁶⁸ Za: *Prawo aborcyjne w Polsce i na świecie...*

⁶⁹ Amnesty International, <https://www.amnesty.org.pl/aborcja-najwazniejsze-fakty/> [dostęp: 7.01.2025].

za zagraża życiu lub zdrowiu matki. Oznaczało to konieczność zmiany przepisów w 46 z 50 stanów. Decyzja podjęta przez SN spowodowała ożywienie debaty na temat aborcji oraz aktywizację zarówno zwolenników decyzji sądu (ruch *pro-choice*), jak i jej przeciwników (ruch *pro-life*). Wskazuje się, że jedną z konsekwencji wyroku był wzrost liczby aborcji wykonywanych w USA. Inną konsekwencją jest wcześniejszy moment wykonania aborcji. Przed decyzją sądu 1/4 kobiet przeprowadzała aborcję po 13. tygodniu ciąży. Po decyzji tylko 1 kobieta na 10 przeprowadzała aborcję po 13. tygodniu, większość wykonywała zabieg przed 8. tygodniem. Legalność zabiegu sprawiła także, że spadła liczba zgonów kobiet na skutek powikłań po aborcji. 24 czerwca 2022 r. Sąd Najwyższy w sprawie *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization* uchylił jednak wyrok w sprawie *Roe v. Wade*. W rezultacie decyzje o dopuszczalności aborcji pozostawia samym stanom. Amnesty International ostrzega, że jest to decydujący moment w historii prawa do aborcji na świecie. Zdaniem organizacji to cios dla praw reprodukcyjnych. Powstał też niepokojący – według działaczy Amnesty International – precedens w Stanach Zjednoczonych, a konsekwencje tego historycznego zwrotu mogą być widoczne poza granicami kraju. W USA po wydaniu orzeczenia w sprawie *Roe v. Wade* doszło do masowych protestów. Kilka stanów podjęło działania, aby wzmocnić ochronę prawa do aborcji. Amnesty International wzywa rządy do dekryminalizacji aborcji. Władze powinny – zdaniem przedstawicieli organizacji – zapewnić dostęp do bezpiecznej aborcji w praktyce oraz stworzyć warunki społeczne, w których ludzie mogą podejmować decyzje związane z ciążą. Rządy powinny też rozszerzyć dostęp do bezpiecznej, legalnej i przystępnej cenowo aborcji i antykoncepcji dla wszystkich ludzi oraz potraktować to jako obowiązek państwa wynikający z prawa międzynarodowego⁷⁰. Jak wskazuje Aleksandra Słabisz, dwie trzecie Amerykanów jest za jej legalnością w pierwszym etapie ciąży. Jedynie ok. 10% popiera całkowite zakazy usuwania ciąży. To wyniki sondażu przeprowadzonego przez Associated Press-NORC Center for Public Affairs Research. Tymczasem dostęp do zabiegów przerywania ciąży staje się coraz trudniejszy⁷¹.

⁷⁰ Amnesty International, „To decydujący moment w historii prawa do aborcji na świecie” – ostrzega Amnesty, <https://www.amnesty.org.pl/to-decydujacy-moment-w-historii-prawa-do-aborcji-na-swiecie/> [dostęp: 18.04.2024].

⁷¹ A. Słabisz, *Aborcja. Fundamentalny spór Ameryki*, rp.pl, 14.07.2023, <https://www.rp.pl/polityka/art38737171-aborcja-fundamentalny-spor-ameryki> [dostęp: 18.04.2024].

Na Dominikanie aborcja jest nielegalna, za jej dokonanie grozi kara pozbawienia wolności. W 2014 r. podjęto próbę złagodzenia restrykcyjnych przepisów aborcyjnych na tej wyspie. Dopuszczono bowiem możliwość przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży, gdy jest ona rezultatem gwałtu, kazirodztwa albo płód uległ deformacji. Jednak ostra krytyka przyjęcia takiego rozwiązania prawnego przez Kościoły katolicki oraz ewangelicki doprowadziła w 2016 r. do powrotu surowych przepisów aborcyjnych obowiązujących obecnie⁷². W Meksyku z kolei w roku 2021 Sąd Najwyższy orzekł, że karanie za dokonanie aborcji stoi w sprzeczności z konstytucją. Prawo meksykańskie jest różne w zależności od stanu. W Kanadzie natomiast aborcja traktowana jest jako zabieg medyczny refundowany przez państwo, dopuszczalna jest na życzenie kobiety na każdym etapie ciąży⁷³.

W Ameryce Środkowej, w Nikaragui, przewidziane są sankcje karne dla personelu medycznego leczącego ciężarną kobietę, gdy leczenie to jest przeciwskazane w ciąży i może stać się przyczyną uszkodzenia czy śmierci płodu. Kobiety za dokonanie aborcji są karane, czasem karze podlegają także te, które poroniły, gdyż pomiędzy naturalnym poronieniem a tym wywołanym sztucznie jest cienka granica. Bezwzględny zakaz aborcji obowiązuje również w Salwadorze. W przypadku podejrzenia, że kobieta dokonała aborcji albo choćby ją planowała, grozi tam kara pozbawienia wolności. Nawet w sytuacji, gdy kobieta poroni lub urodzi martwe dziecko, może zostać ukarana, bo może być podejrzana o dokonanie aborcji⁷⁴.

Jeśli chodzi o Amerykę Południową, to np. w Chile aborcja jest objęta całkowitym zakazem, a w Argentynie czy Urugwaju dopuszcza się ją do pewnego czasu, określając, do którego tygodnia jest to możliwe⁷⁵.

Przechodząc do Azji, warto wskazać np. Chiny, gdzie można dokonać zabiegu aborcji do 3. miesiąca ciąży, jeśli pozwala na to stan zdrowia kobiety ciężarnej i jeżeli nie dokonała ona podobnego zabiegu w ostatnich 12 miesiącach. Na Filipinach obowiązują natomiast bardzo rygorystyczne przepisy aborcyjne i tylko w sytuacji zagrożenia życia taki zabieg jest dopuszczalny.

Na Bliskim Wschodzie w zasadzie żaden z tamtejszych porządków prawnych nie wyklucza całkowicie aborcji. W Turcji aborcja jest możliwa do 10. tygodnia ciąży niezależnie od powodu, z tym że mężatka jest zobowiązana

⁷² Za: W. Strzelczyk, *op. cit.*

⁷³ Za: *Prawo aborcyjne w Polsce i na świecie...*

⁷⁴ Za: W. Strzelczyk, *op. cit.*

⁷⁵ Za: *Prawo aborcyjne w Polsce i na świecie...*

uzyskać zgodę męża. Prawo Iranu szczegółowo określa sytuacje dopuszczalności przerwania ciąży, ale np. gwałt nie jest przesłanką wskazującą na możliwość przeprowadzenia zabiegu aborcji. Syria, Jemen oraz Arabia Saudyjska to przykłady krajów, w których aborcja jest dopuszczalna w trzech sytuacjach: zagrożenia życia lub zdrowia kobiety, uszkodzenia płodu oraz gwałtu⁷⁶. Podobnie jak w Turcji, także w Arabii Saudyjskiej, Japonii i Korei Południowej kobieta, która chce przerwać ciążę, musi mieć zgodę męża⁷⁷.

1.3. Przepisy prawne regulujące kwestię aborcji w Polsce

W Polsce, przed uchwaleniem pierwszej polskiej kodyfikacji karnej w roku 1932, obowiązywał całkowity zakaz przerywania ciąży. Kodeks karny z 11 lipca 1932 r. (Dz. U. z 1932 r. Nr 60, poz. 571 z późn. zm.), wprowadzony rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej, zniósł bezwzględny zakaz aborcji. Zgodnie z tym aktem prawnym przestępstwa nie stanowiło dokonanie aborcji, jeśli spełnione były kumulatywnie trzy przesłanki: 1) dokonanie zabiegu za zgodą kobiety; 2) przeprowadzenie zabiegu przez lekarza i 3) zaistnienie przyczyny medycznej bądź prawnej. Wskazuje się, że jak na owe czasy było to jedno z najbardziej liberalnych rozwiązań europejskich. Omawiane regulacje zostały zniesione w 1956 r. poprzez wprowadzenie ustawy o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 r., Dz. U. z 1956 r. Nr 12, poz. 61 z późn. zm.). Ustawa ta rozdzieliła przepisy odnoszące się do aborcji na dwa akty prawne: mianowicie przesłanki dokonania legalnej aborcji zawierała przedmiotowa ustawa, a w ustawie karnej pozostawiono przepisy penalizujące przestępstwa wiążące się z aborcją. Co ważne, ustawa ta dopuszczała tzw. aborcję na życzenie, gdyż zezwalała na dokonanie aborcji w sytuacji, gdy przemawiały za tym nie tylko wskazania lekarskie i ciąża była wynikiem przestępstwa, ale także trudne warunki życiowe. Kolejny kodeks karny z 19 kwietnia 1969 r. (Dz. U. z 1969 r. Nr 13, poz. 94 z późn. zm.) zawierał dwa przepisy, które ogólnie penalizowały przerywanie ciąży bez zgody kobiety oraz uczynienie tego wbrew przepisom ustawy. Prawo aborcyjne na gruncie kodeksu karnego z 1969 r. nadal nazywano liberalnym. Przepisy te uchylone zostały ustawą z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopusz-

⁷⁶ Za: *ibidem*.

⁷⁷ Za: W. Strzelczyk, *op. cit.*

czalności przerywania ciąży (Dz. U. z 1993 r. Nr 17, poz. 78). Ustawa nie przewidywała możliwości terminacji ciąży ze względów społecznych. Nie wprowadzono ponadto żadnych ograniczeń czasowych przeprowadzenia aborcji, a zatem mogła być ona dokonywana do końca ciąży. Kolejne regulacje zawarto w ustawie z dnia 30 sierpnia 1996 r. o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. z 1996 r. Nr 139, poz. 646 z późn. zm.). Przyznano poprzez przepisy tejże ustawy ochronę płodu w granicach określonych ustawą. Akt ten podtrzymywał poza tym możliwość dokonania aborcji, gdy kobieta znajdowała się w ciężkich warunkach życiowych lub trudnej sytuacji osobistej. Przesłanka ostatnia została zniesiona 23 grudnia 1997 r. po wydaniu orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego o niezgodności takiego przepisu z uregulowaniami konstytucyjnymi (orzeczenie TK z dnia 28 maja 1997 r., K 29/96, OTK 1997/2, poz. 19). Kolejne orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r. doprowadziło do zniesienia możliwości dokonania aborcji w sytuacji, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazywały na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (K 1/20, OTK ZU A/2021, poz. 4). Od 27 stycznia 2021 r. przesłanka embriopatologiczna nie stanowi zatem już podstawy do przeprowadzenia aborcji. W aktualnym stanie prawnym w Polsce aborcja jest dopuszczalna z powodu wskazań medycznych (zagrożenie dla życia i zdrowia matki) – do momentu osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej albo z powodu przestępnego pochodzenia ciąży – jeśli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni. Względę społeczne oraz eugeniczne nie stanowią takich podstaw. Przepisy obowiązujące w Polsce są więc restrykcyjne i należą do jednych z ostrzejszych w Europie. Taki stan rzeczy poddawany jest krytyce różnych środowisk; wskazuje się zbyt daleko idącą ingerencję w prawa i wolności jednostki⁷⁸. Polska regulacja prawna przez ostatnie dwie dekady miała charakter konserwatywno-liberalny, a po wyroku TK z 2020 r. polskie przepisy prawnoaborcyjne nabrały charakteru konserwatywnego. Argumentacja natomiast zaprezentowana w uzasadnieniu wspo-

⁷⁸ Zob. szerzej: K.K. Borkowska, E.M. Guzik-Makaruk, E.W. Pływaczewski, *Wokół problematyki karalności przerywania ciąży w Polsce*, „Prawo w działaniu. Sprawy karne” 2023, nr 53, s. 9–14. Zob. też K.K. Borkowska, *Prawo aborcyjne w Polsce – rys historyczny*, „Studia Prawnoustrojowe” 2023, nr 62, s. 68–78 oraz K. Kocemba, M. Stambulski, *Populizm a polityka praw człowieka*, „Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne” 2020, nr 31, s. 146–147.

mnianego wyroku określana jest jako skrajnie konserwatywna⁷⁹. Zaostrzenie przepisów aborcyjnych w Polsce wpływa na powstawanie negatywnych emocji u kobiet planujących ciążę, a antykoncepcja awaryjna staje się coraz bardziej popularną metodą zapobiegania ciąży⁸⁰. Dodać można, że wspomniany wyrok TK został wydany w trakcie pandemii COVID-19, co jeszcze bardziej zaostrzyło negatywne nastawienie części społeczeństwa polskiego. Nazajutrz po ogłoszeniu wyroku na stronie rządowej pojawiła się informacja o objęciu czerwona strefą całego państwa, co wpłynęło na wprowadzenie dodatkowych restrykcji w zakresie możliwości organizowania zgromadzeń publicznych. To zaś traktowano jako działanie zmierzające do zniechęcenia do uczestnictwa w proteście przeciw wyrokowi wydanemu przez TK. Mimo tego protest Strajku Kobiet w 2020 r. uzyskał wysoką frekwencję. Szacuje się, że 28 października w całym kraju zebrało się ok. 430 tys. protestujących. W każdym mieście zorganizowano „strajki kobiet” walczących o zachowanie wcześniej obowiązujących przepisów prawnych regulujących możliwość wykonywania zabiegu przerwania ciąży oraz dopuszczenia legalnego podejmowania samodzielnych decyzji w kwestii zabiegu aborcji⁸¹.

W dyskursie narodowościowym aborcja jest wykorzystywana jako narzędzie do budowy i podtrzymywania określonej wizji polskiej tożsamości narodowej⁸². Adam Szostkiewicz, podsumowując swoje rozważania, pisze, iż w Polsce, podobnie jak w USA, sprawa aborcji ma charakter wojny polityczno-kulturowej, w której nie ma właściwie miejsca na jakiegokolwiek uzasadnione wątpliwości, ponieważ ci, którzy jakieś wątpliwości wyrażają, podlegają ostracyzmowi jako zdrajcy. Wojna ta jest sporem emocjonalno-aksjologicznym i w związku z tym trudno określić przewidywalny moment jej osłabnięcia⁸³.

Paulina Bartosik i Marek Cielica, pisząc o aborcji w USA, konkludują, iż w Polsce panuje moda na to, co „amerykańskie”⁸⁴. Po wydaniu orzeczenia *Roe v. Wade*

⁷⁹ M. Soniewicka, *Spór o dopuszczalność przerywania ciąży...*, s. 7.

⁸⁰ K. Topolska, R. Dziubaszewska, D. Makowicz, *op. cit.*

⁸¹ I. Szczepaniak, *Policja a protesty Strajku Kobiet – perspektywa kryminologiczno-socjologiczna*, „Archiwum Kryminologii” 2022, nr 44(2), s. 113, 136–137.

⁸² A. Budnik, *Piekło kobiet – współczesny obraz prawa do aborcji w przestrzeni medialnej. Casus niewolenia kobiet czy ich emancypacji?*, „Ars Educandi” 2016, nr 13, s. 82.

⁸³ A. Szostkiewicz, *Święte plemniki, święte jajeczka*, „Niezbędnik Inteligenta. Bioetyka. Spory na śmierć i życie”, „Polityka” 2015, nr 1, s. 22.

⁸⁴ P. Bartosik, M. Cielica, *Prawo do aborcji na przykładzie sprawy Roe v. Wade – sygn. 410 U.S. 113, 93 S.Ct. 705*, [w:] M. Jabłoński (red.), *Identyfikacja granic wolności i praw jednostki. Prawno-porównawcza analiza tożsamego przypadku pod kątem praktyki stosowania prawa amerykańskiego i polskiego*, E-Wydawnictwo, Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii, Wrocław 2016, s. 124.

można się zgodzić z tym twierdzeniem, ale czy tak samo jest po wydaniu orzeczenia z roku 2022 *Dobbs v. Jackson*? To zależy, czy patrzymy na obowiązujące regulacje, czy na nastroje społeczne... Małgorzata Stefaniuk wskazuje na badania opinii publicznej w sprawie aborcji przeprowadzone w USA w roku 2012 przez Instytut Gallupa. *Pro-life* opowiedziało się 50% badanych, natomiast *pro-choice* 41%. Czy w Polsce jest podobnie? Podobnie wypadło badanie w roku 2011, które też przedstawia M. Stefaniuk⁸⁵. Czy tak jest nadal? Nadmienić od razu należy, że opinia społeczna jest bardzo ważna, gdyż tak naprawdę na jej podstawie konstruowana jest wiedza o aborcji. Wyróżnia się współcześnie trzy perspektywy spojrzenia na przerywanie ciąży: perspektywę praw człowieka, perspektywę medyczną oraz perspektywę religijną czy moralną. W naukach społecznych najwięcej miejsca poświęca się właśnie opinii społecznej na temat przerywania ciąży. Analizuje się relacje różnych czynników, np.: religijność, przekonania polityczne, przepisy prawne regulujące dopuszczalność aborcji czy indywidualny stosunek do zabiegu aborcji⁸⁶. W lutym 2023 r. Klaudia Topolska, Renata Dziubaszewska oraz Dawid Makowicz przeprowadzili sondaż diagnostyczny, którego celem było zbadanie opinii Polek na temat aborcji w Polsce. W badaniu wzięły udział 152 kobiety. 91% ankietowanych nie popierała usunięcia z polskiego prawa przepisu dającego możliwość legalnego przerwania ciąży przez ciążarną w sytuacji, gdy dziecko urodzi się w poważną wadą genetyczną. 53% respondentek odczuwało z kolei strach przed zajściem w ciążę przy aktualnie obowiązujących w Polsce przepisach prawnych⁸⁷. Najnowsze badania CBOS⁸⁸ przeprowadzone w marcu 2023 r. pokazują, że największy odsetek Polaków zdecydowanie zgadza się, że przerywanie ciąży powinno być dopuszczalne przez prawo, gdy zagrożone jest życie matki (59%), i prawie tyle samo osób (57%) uważa, że zdecydowanie aborcja powinna być dopuszczalna, gdy ciąża jest wynikiem czynu zabronionego, tj. gwałtu lub kazirodztwa. Ponadto 23% badanych akceptuje aborcję w tych dwóch przypadkach w sposób mniej zdecydowany („raczej tak”). Niemal połowa dorosłych mieszkańców Polski (49%) zdecydowanie popiera prawną dopuszczalność aborcji w sytuacji, gdy zagrożo-

⁸⁵ Zob. M. Stefaniuk, *Etyczne dylematy prawa (kara śmierci, aborcja i eutanazja) w świetle badań polskiej opinii publicznej*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2013, nr 19, s. 321–322.

⁸⁶ I. Koralewska, *op. cit.*, s. 184.

⁸⁷ K. Topolska, R. Dziubaszewska, D. Makowicz, *op. cit.*

⁸⁸ *Stosunek Polaków do aborcji*, Komunikat z badań nr 47/2023, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, kwiecień 2023, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2023/K_047_23.PDF [dostęp: 4.02.2025].

ne jest zdrowie matki, a kolejne 31% raczej popiera przerwanie ciąży w takim przypadku. Kontrowersyjny przypadek, będący przedmiotem wyroku Trybunału Konstytucyjnego, w badaniach od lat sformułowany jest następująco: „Jak Pan(i) sądzi, czy przerywanie ciąży powinno być dopuszczalne przez prawo, gdy wiadomo, że dziecko urodzi się upośledzone?”. Więcej niż jedna trzecia Polaków (36%) zdecydowanie akceptuje aborcję w takiej sytuacji, a kolejne 26% – raczej akceptuje. Nieco ponad jedna piąta (21%) Polaków łącznie (zdecydowanie lub raczej) zgadza się, że przerwanie ciąży powinno być dopuszczalne, gdy kobieta jest w ciężkiej sytuacji materialnej. Więcej niż co trzecia osoba (34%) raczej się temu sprzeciwia, a kolejne 31% zdecydowanie jest przeciwne aborcji w takim przypadku. Opinię, że przerwanie ciąży powinno być dopuszczalne, gdy kobieta jest w trudnej sytuacji osobistej, podziela łącznie 20% (zdecydowanie i raczej) dorosłych mieszkańców Polski. Największy odsetek (35%) uważa, że raczej nie powinno być to dozwolone, a 30% – że zdecydowanie nie powinno być dozwolone. Największy sprzeciw Polaków budzi sytuacja, gdy kobieta po prostu nie chce mieć dziecka. Prawie połowa badanych (47%) zdecydowanie nie popiera dopuszczalności aborcji w takim przypadku, kolejne 22% – raczej nie popiera. Ale co jedenasty respondent (9%) zdecydowanie dopuszcza legalność przerywania ciąży w tej sytuacji i taki sam odsetek (9%) raczej to dopuszcza. Analiza odpowiedzi na pytania o dopuszczalność aborcji na przestrzeni ponad 30 lat (pierwszy pomiar jest z 1992 r.) pokazują, że opinie Polaków dotyczące dopuszczalności przerywania ciąży charakteryzują się dużą stabilnością. W stosunku do poprzedniego badania CBOS, realizowanego w listopadzie 2020 r.⁸⁹, a więc tuż po ogłoszeniu wyroku Trybunału Konstytucyjnego, który wywołał masowe protesty, wyniki także niewiele się różnią.

Polska była do niedawna jedynym krajem, który w ciągu ostatnich kilkunastu lat wycofał się z prawa do aborcji. W czerwcu 2022 r. amerykański Sąd Najwyższy skierował USA w tym samym kierunku, gdy zmienił swój poprzedni liberalny wyrok (znany jako *Roe v. Wade*), uznając po upływie prawie pół wieku, że Konstytucja USA jednak nie gwarantuje kobietom swobody przerywania ciąży. Wskazuje się jednakże, że niezależnie od tego, jak sprawa *Roe v. Wade* wpłynęła na wybory, zarówno demokracji, jak i republikanie powinni wyciągnąć wnioski z tego, co wydarzyło się w Polsce, a mianowicie oddanie aborcji w ręce

⁸⁹ *O dopuszczalności przerywania ciąży i protestach po wyroku Trybunału Konstytucyjnego*, Komunikat z badań nr 153/2020, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa, grudzień 2020, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_153_20.PDF [dostęp: 4.02.2025].

sędziów wcale nie powoduje jej usunięcia ze sfery polityki. W rzeczywistości czyni tak naprawdę tę debatę jeszcze bardziej polityczną niż przedtem. W obu przypadkach (zarówno w Polsce, jak i w Stanach Zjednoczonych) argumenty były identyczne: podkreślano ochronę życia nienarodzonych, a chęć ochrony tego życia przewyższa prawa kobiet do aborcji. Kontekst polski i amerykański różnią się jednak od siebie. W Polsce Trybunał uznał aborcję za kwestię praw, w USA Sąd Najwyższy uznał ją za kwestię państwową. Ponadto religia ma silniejszy wpływ na polską politykę, niż ma to miejsce w Ameryce⁹⁰. Adam Szostkiewicz pisze, że całkowity zakaz aborcji może i przyniesie spokój sumieniu niektórych katolików, ale naruszy z kolei prawa wielu niekatolików. Jego zdaniem: „To jest realny problem społeczny, polityczny, ustrojowy, którego nie rozwiąże się pohukiwaniem z ambon”⁹¹.

1.4. Aborcja a prawa kobiet

Katarzyna Wężyk podkreśla, że należy znormalizować tzw. zwyczajną aborcję, dokonywaną do 12. tygodnia ciąży, czyli w zasadzie większość zabiegów, gdy kobiety nie chcą być samotnymi matkami. Dodaje, że syndrom postaborcyjny, opisywany przez aktywistów *anti-choice*, został usunięty z klasyfikacji zaburzeń psychiatrycznych w latach 90. XX w. Wężyk stwierdza, że kiedy nie mówi się o aborcji, to powstaje wrażenie, że to coś rzadkiego, wstydliwego, wyjątkowego. Tymczasem – powołuje autorka stosowne badania – aborcja to powszechna procedura medyczna na świecie. Wężyk przeprowadziła rozmowy z kobietami, które dokonały aborcji, a wyniki tych rozmów zamieszcza w swojej książce. Opisuje uczucia towarzyszące przerywaniu ciąży: gniew, wstyd, upokorzenie, strach, panikę, wdzięczność, poczucie winy bądź poczucie winy, że nie ma się poczucia winy, smutek, poczucie straty, ulgę. Podsumowując te rozmowy, wskazuje Wężyk na słowa wypowiedziane przez jedną z rozmówczyń, że aborcja po prostu jest. „I chyba z dostrzeżeniem tego faktu wszyscy mają największy problem. A może zrobmy tak, żeby się nawzajem nie krzywdzić”⁹². Wspomniane przez Wężyk pojęcie „syndromu poaborcyjnego” jest uznawane za nieistnieją-

⁹⁰ E. Creamer, *Co antyaborcyjne doświadczenie Polski mówi Ameryce o polityce w kwestii przerywania ciąży*, onet.pl Politico, 12.11.2022, <https://wiadomosci.onet.pl/politico/co-doswiadczenie-polski-mowi-ameryce-o-polityce-w-kwestii-aborcji/xcfm2q> [dostęp: 21.04.2024].

⁹¹ A. Szostkiewicz, *Czyje jest ciało*, „Polityka” nr 40(2927), 2.10–8.10.2013, s. 14.

⁹² K. Wężyk, *op. cit.*, s. 430–432.

ce przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne oraz Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne i nie stanowi ono żadnej kategorii diagnostycznej. Wskazuje się nawet, że narracja stworzona wokół niego może stygmatyzować kobiety, które doświadczyły aborcji, a w efekcie pogarszać ich stan psychiczny. Pokazywane są przypadki osób, które dokonały aborcji i w wyniku uczestnictwa w grupie „terapeutycznej” przeznaczonej dla kobiet w takiej właśnie sytuacji (ruchy w USA) doznały pogorszenia stanu psychicznego. Ruchy takie nstawione są bowiem na „uświadamianie” kobietom ukrytej traumy i poczucia winy. A trzeba podkreślić, że emocje opisywane przez kobiety w odniesieniu do doświadczenia aborcji (jak wynika z wielu badań przeprowadzonych w różnych krajach) są bardzo zróżnicowane, a nierzadko nawet sprzeczne. Emocja wysuwająca się na pierwszy plan to poczucie ulgi, a po niej zadowolenie czy szczęście, co oczywiście nie zaprzecza faktowi pojawiania się także emocji negatywnych, jak smutek, żal i poczucie winy, o czym już wspomniano. Są to emocje „normatywne”, których nie należy mieszać z zaburzeniami ani rozpatrywać w innych kategoriach⁹³. Uczciwie jednak będzie dodanie, że są też autorzy tekstów poświęconych kwestii aborcji nadal określający, że grupa zaburzeń emocjonalnych mogących wystąpić po dokonanej aborcji to nic innego, jak zespół poaborcyjny, będący jednym z typów stresu pourazowego ze względu na podobieństwo objawów (niepokój, lęk, brak poczucia bezpieczeństwa, nerwice, depresję, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, drażliwość emocjonalna, poczucie wstydu, winy, krzywdy i niesprawiedliwości, zaburzenia koncentracji i uwagi, problemy ze snem, bezsenność i koszmary). W takich sytuacjach niezwykle ważne jest wsparcie najbliższych i personelu medycznego⁹⁴. Trudno zaprzeczyć, że w razie wystąpienia jakichś powikłań po dokonanej aborcji, w ogóle chyba po takim zabiegu, empatia, wsparcie i zrozumienie ze strony rodziny, przyjaciół, personelu jest nie do przecenienia.

Jak wskazuje Iza Desperak, kwestie z pogranicza zdrowia i praw reprodukcyjnych, a więc w szczególności aborcja, są mocno upolitycznione, co nie jest zjawiskiem korzystnym. Z ław parlamentu zagadnienie dopuszczalności aborcji zstąpiło właśnie do dyskursu politycznego. Zwolennicy zakazu przerwania ciąży nazywali i nazywają nadal aborcję ludobójstwem. Ci, którzy

⁹³ M. Krawczyk, *Czy wpływ aborcji na zdrowie psychiczne kobiet jest naukowo uzasadniony?*, 18.08.2018, <http://neuropsychologia.org/czy-wp%C5%82yw-aborcji-na-zdrowie-psychiczne-kobiet-jest-naukowo-uzasadniony> [dostęp: 9.01.2025].

⁹⁴ M. Szymańska *et al.*, *op. cit.*, s. 229–230.

popierają zachowanie prawa do aborcji, określani są jako zwolennicy cywilizacji śmierci. Natomiast ci, którzy są przeciw zachowaniu wspomnianego prawa, to zwolennicy ciemnoty i mordercy kobiet. Jedni mówią o mordowaniu nienarodzonych dzieci, drudzy wskazują na śmierć kobiet w efekcie dokonania nielegalnych aborcji. Opinia publiczna podzielona jest na *pro-life* i *pro-choice*. Kontrastowo ci, którzy nie są za życiem, są tymi, którzy opowiadają się za śmiercią, zabijaniem. Desperak podkreśla, że fakt upolitycznienia praw reprodukcyjnych w Polsce wpływa bardzo niekorzystnie na rzeczową debatę, a właściwie ją unieвозмоżliwia⁹⁵. Czy możliwe jednak jest odpolitycznienie tej debaty? Michał Pełka, nawiązując do owego sporu między zwolennikami i przeciwnikami aborcji (*pro-choice* v. *pro-life*), wskazuje, że właśnie na aborcję patrzy się zazwyczaj w taki antagonistyczny sposób. A według Pełki bardziej właściwe jest stanowisko określane mianem kontekstualizmu etycznego, bowiem ocena sytuacji jest inna, gdy ciąża zagraża egzystencji matki, a jednocześnie płód, nawet uratowany, nie będzie miał szans na przeżycie poza jej organizmem, a inaczej będzie, gdy do życia poza organizmem matki płód byłby zdolny⁹⁶, z czym trudno chyba dyskutować. Wskazuje się też, że uczestniczący w sporze o przerywanie ciąży nie zawsze koncentrują się na więzi między matką a dzieckiem, która to więź powoduje zależność dziecka od organizmu matki, a z drugiej strony czyni matkę szczególnie odpowiedzialną za życie jej dziecka. Zwolennicy aborcji generalnie skupiają się na podkreślaniu wolności wyboru kobiety, w oderwaniu od faktu, że jej wybór odnosi się do podmiotu, który jest stroną tejże relacji. Z kolei przeciwnicy aborcji skupiają uwagę na ochronie życia dziecka, abstrahując od tego, że ochrona ta wymaga pełnego zaangażowania matki jako strony tej relacji. Szczególna relacja wzajemnego powiązania dotycząca życia ludzkiego w fazie prenatalnej powoduje, iż zakres ochrony tego życia musi uwzględniać w podmiotowy sposób rolę kobiety, która sprawuje tę ochronę. Trudno więc mówić o absolutnej ochronie życia poczętego, przeciwstawiając je życiu matki, ani też traktować kobiety w ciąży instrumentalnie tylko jako środowiska, w którym rozwija się płód. Jeśli ciąża zagraża życiu kobiety, to pierwszeństwo ratowania właśnie jej wynika z tego, że to ona daje życie i to życie od niej zależy, a nie że jej życie stanowi większą wartość niż życie dziecka. Prawo zatem powinno w szczególności zapewniać ochronę więzi matki z dzieckiem, a ingerowanie w tę intymną

⁹⁵ Zob. I. Desperak, *Antykoncepcja, aborcja i... eutanazja. O upolitycznieniu praw reprodukcyjnych w Polsce*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica” 2003, nr 30, s. 193, 198, 205.

⁹⁶ M. Pełka, *Ronald Dworkin o prawie do aborcji*, „Forum Prawnicze” 2016, nr 1(33), s. 44–45.

relację w fazie prenatalnej, jak pisze Marta Soniewicka, z czym się zgadzamy, powinno być niezwykle ostrożne i minimalne. Dotyczy to zwłaszcza szczególnie trudnych przypadków, gdzie prawo powinno zmierzać do zapewnienia kobietom wsparcia poprzez tworzenie specjalnych programów różnorodnej pomocy, a nie stosować surowe środki prawa karnego. Te trudne sytuacje to ciąża, która jest poważnym zagrożeniem dla zdrowia i życia kobiety, ciąża będąca wynikiem gwałtu czy też ciąża, w której stwierdzono wysokie prawdopodobieństwo poważnego uszkodzenia płodu lub nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu⁹⁷.

Jedną z przyczyn, dla których aborcja jest aktualnie tak kontrowersyjnym tematem, to fakt, że stała się ona symbolem obecnych walk kulturowych i politycznych właśnie w kwestii moralności seksualnej i społecznej roli kobiet – na co wskazuje Mary Ann Warren. Opisując odmienne światopoglądy zwolenników i przeciwników aborcji, zastanawia się ona, czy między tymi odmiennymi, skonfliktowanymi światopoglądami nie można wypracować kompromisu przy zastosowaniu zasady przechodniości szacunku. Jeżeli jedna i druga strona obdarzała by szacunkiem sądy o statusie moralnym kobiet i płodów, to strony te mogłyby działać, opierając się na swych przekonaniach, i zarazem szanować prawo innych do działania w oparciu o własne przekonania. Chyba jednak w praktyce nie jest to możliwe. W przypadku etyki aborcji lepsza jest – jak wskazuje Warren – zasada praw podmiotu. Kobiety są bowiem podmiotami moralności, które posiadają prawo do życia, do wolności i odpowiadają za swoje czyny. Wolność decydowania o swoim macierzyństwie traktowana jest jako dobro społeczne. Dodaje też Warren, że najważniejszym czynnikiem umożliwiającym ludziom utrzymanie swej liczebności na zrównoważonym poziomie jest wolność kobiet, w tym wolność posiadania przez nie potomstwa⁹⁸. Katha Pollitt uważa, że na aborcję należy patrzeć jak na nagłą decyzję praktyczną, która „pod względem moralnym nie ustępuje decyzji o urodzeniu dziecka, a czasem wręcz ją przewyższa”. Nierzadko prezentuje się aborcję jako skierowaną przeciw dzieciom i macierzyństwu. Zdaniem Pollitt aborcja to nieodłączny element bycia matką i dbania o dobro dzieci. Na aborcję trzeba spojrzeć w kontekście, jaki kreują życie i ciała kobiet, lecz także życie mężczyzn, rodzin oraz dzieci, które te kobiety już mają albo będą mieć w przyszłości⁹⁹.

⁹⁷ M. Soniewicka, *Spór o dopuszczalność przerywania ciąży...*, s. 16–18.

⁹⁸ M.A. Warren, *Status moralny. Obowiązki wobec osób i innych istot żywych*, przeł. S. Tokariew, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2019, s. 425–432, 451.

⁹⁹ K. Pollitt, *PRO. Odzyskajmy prawo do aborcji*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2015, s. 22.

W ruchu antyaborcyjnym uwidacznia się, oprócz ochrony nienarodzonych, protest przeciwko wolności i władzy kobiet, w tym wolności i władzy seksualnej. Wskazuje się np., że ruch ten opiera się na Kościołach, bo w nich kobieta odgrywała i odgrywa nadal rolę drugorzędną, ograniczoną, żona jest podporządkowana swemu mężowi. Zwrot w kierunku legalizacji aborcji powoduje, iż kwestia emancypacji kobiet staje się widoczna w sposób szczególnie jaskrawy. Ciało kobiety przestaje być własnością publiczną, a najistotniejszym punktem odniesienia jest ona sama, a nie mężczyzna czy dziecko. Chodzi zatem o podważenie tradycyjnego obrazu kobiety. Aborcja nabrała współczesnego znaczenia, wiążącego się z decydowaniem o sobie i podejmowaniem decyzji w sposób czynny. Aborcja częstokroć uznawana jest za fakt niekorzystny dla społeczeństwa, traktuje się ją jako oznakę hedonizmu, konsumpcjonizmu i skrajnego indywidualizmu. Według Pollitt przerwanie ciąży jest zawsze prawem kobiety i najczęściej jest to decyzja o dużym znaczeniu moralnym. Owszem, można podjąć inną decyzję i mieć z tego powodu poczucie moralnej wyższości. Nie wiadomo jednak, co by się zrobiło w takiej samej sytuacji, a ocena innej kobiety nie ma ostatecznie znaczenia dla statusu prawnego aborcji¹⁰⁰. Jak wskazuje ponadto Jean Chambers, kwestia decyzji aborcyjnej to sytuacja trudna, w której z każdą z możliwości wiążą się określone straty. Czasem jest to wręcz sytuacja okrutna, tak naprawdę wymuszona przez presję społeczną. Według Chambers wszystko, co powoduje, że decyzja aborcyjna jest trudna czy okrutna, ma swoje źródło w represyjnych stosunkach patriarchalnych. Mimo że kontrola prokreacji czy aborcja są dostępne, to kobiety korzystające z tych możliwości oceniane są jako samolubne. Cytowana autorka podkreśla, że przecież kobiety mają takie samo prawo do dokonywania wyboru w oparciu o własny interes jak mężczyźni. Kobietom przyznano prawa już dość dawno, ale nadal potrzebna jest edukacja w zakresie postrzegania ich jako podmiotów zasługujących na szacunek, w pełni racjonalnych i mogących zabiegać o własne interesy. Stąd J. Chambers proponuje, aby do kwestii decyzji aborcyjnej zastosować model teorii racjonalnego wyboru, w którym koncentracja osoby na własnym interesie traktowana jest jako oczywistość. Społeczeństwo zaś powinno wspierać przyjmowanie przez kobiety punktu widzenia dbałości o własne interesy. Jest to konieczne do wzrostu autonomii kobiet. Chodzi o to, aby chronić się nawzajem przed trudnymi sytuacjami i przed trudnymi wyborami. Ewolucja sprzyja reprodukcji i konstrukcji psychicznej nastawionej na reprodukcję właśnie, ale kultura może to zmienić, jest bowiem zdolna do przeciwsta-

¹⁰⁰ *Ibidem*, s. 39–40, 45–46.

wienia naturalnym skłonnościom. Przyjęcie ideału troski wzajemnej i wzajemnego szacunku kobiet i mężczyzn może przyczynić się do określenia norm etycznych, potrzebnych społecznie¹⁰¹.

Według stanowiska prezentowanego przez Amnesty International aborcja, dokonana w sposób respektujący prawa człowieka, autonomię, godność i potrzeby jednostki, uznawana jest za prawo każdej osoby, która może zająć w ciążę. Dostęp do zabiegu przerywania ciąży jest przyjmowany jako niezbędny w kwestii urzeczywistnienia pełnego zakresu praw człowieka oraz uzyskania sprawiedliwości płciowej, społecznej, reprodukcyjnej i ekonomicznej. Organizacja ta wzywa ponadto do pełnej depenalizacji aborcji. Zgodnie ze stanowiskiem Amnesty International prawa seksualne i reprodukcyjne, w tym prawo do aborcji, mają podstawowe znaczenie dla pełnej realizacji wszystkich innych praw człowieka¹⁰².

Dyskusja nad kwestią przerywania ciąży nadal trwa. Wielokrotnie zmieniane były i są wewnętrzne przepisy państw w tym zakresie. Czynnikiem łączącym stanowiska różnych krajów w odniesieniu do aborcji mogą być: kultura, religia, poziom rozwoju czy bliskie położenie geograficzne. Mogą to być czynniki łączące kraje w zakresie prezentowanego podejścia do aborcji, ale nie muszą, bowiem nawet kraje o podobnym stopniu rozwoju, zbliżone kulturowo bądź religijnie czy leżące blisko siebie geograficznie, mogą w kwestii aborcji zasadniczo się różnić.

Jak słusznie pisze Katarzyna Kuryło: „niechciane ciążę będą zdarzać się zawsze, dlatego zapotrzebowanie na podziemie aborcyjne będzie istniało, dopóki nie zmieni się prawo¹⁰³”. Bartosz Zych, kontynuując niejako wątek, podkreśla, że brak możliwości dokonania aborcji na życzenie kobiety niekoniecznie prowadzi do zmniejszenia liczby przeprowadzanych zabiegów przerywania ciąży. Wpływa bardziej na ich bezpieczeństwo, a właściwie czyni ten zabieg niebezpiecznym, bo przeprowadzanym w tzw. podziemiu aborcyjnym czy w ramach tzw. turystyki aborcyjnej. To wszystko skłania do uznania za słuszne wprowadzenie

¹⁰¹ J. Chambers, *Aborcja jako trudny bądź okrutny wybór*, przeł. J. Hartman, „Principia” 2003, t. XXXV–XXXVI, s. 73–74, 82.

¹⁰² *Aborcja – pytania i odpowiedzi. Pytania i odpowiedzi dotyczące aborcji, streszczające międzynarodowe standardy praw człowieka i zrewidowane stanowisko Amnesty International*, <https://www.amnesty.org.pl/aborcja-pytania-i-odpowiedzi-zrewidowane-stanowisko> [dostęp: 7.01.2025].

¹⁰³ K. Kuryło, *Aborcja – prawo a rzeczywistość*, [w:] A. Ziółkowska (red.), *Prawnkarne aspekty ochrony początków życia ludzkiego*, Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń 2019, s. 111.

prawa do przerywania ciąży w początkowym jej okresie „na żądanie” kobiety¹⁰⁴. Tak zwana turystyka aborcyjna, przeprowadzenie nielegalnej aborcji czy dokonanie przerwania ciąży przez samą kobietę stanowią z pewnością niebezpieczeństwo dla jej zdrowia, a nawet życia, choćby z tego powodu, że przy takim zabiegu nieobecny jest lekarz albo jego udział jest marginalny¹⁰⁵. Podobne stanowisko prezentuje Amnesty International, wskazując, że ograniczenie dostępu do aborcji nie zatrzymuje samej aborcji. Zmusza jedynie do poddawania się niebezpiecznym procedurom, zagrażającym niejednokrotnie zdrowiu i życiu kobiet¹⁰⁶. Niebezpieczna aborcja definiowana jest przez Światową Organizację Zdrowia jako „procedura zakończenia niechcianej ciąży przeprowadzana przez osoby, które nie posiadają niezbędnych umiejętności, lub w środowisku, które nie zapewnia minimalnych standardów medycznych, lub obydwu z powyższych”¹⁰⁷. WHO podaje ponadto, że co roku wykonuje się ponad 20 milionów niebezpiecznych zabiegów aborcji, w tym większość z nich ma miejsce w krajach rozwijających się. Niebezpieczne zabiegi przerywania ciąży, jak wskazuje też WHO, są trzecią najczęstszą przyczyną zgonów kobiet w ciąży i podczas porodu na świecie i wiodą do pięciu milionów dodatkowych niepełnosprawności, którym w zasadzie można byłoby zapobiec¹⁰⁸. Adam Gwiazda podkreśla z kolei, że statystyki WHO ilustrują jedynie liczbę legalnie dokonywanych aborcji. Brak jest precyzyjnych danych o aborcjach przeprowadzanych w prywatnych gabinetach lekarskich i klinikach oraz w tzw. szarej strefie. Wskazuje na fakt, że liczba legalnych aborcji zmniejszyła się w krajach wysoko rozwiniętych, a wskaźnik w tym zakresie wzrósł w krajach rozwijających się, o czym wyżej wspomniano. Autor przypomina, że w latach 1950–1979 w bloku państw socjalistycznych aborcja była jedyną metodą kontroli urodzeń i w niektórych krajach przeciętna kobieta w wieku rozrodczym miała nawet 5 do 7 zabiegów przerwania ciąży podczas swego życia. Dodaje Gwiazda, że w wielu państwach, w których obowiązuje całkowity zakaz aborcji, władze tak naprawdę nie zajmują się kwestią kobiet łamiących ten zakaz i wykonujących zabieg przerwania ciąży za granicą.

¹⁰⁴ B. Zych, *Prawne przesłanki przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży w wybranych krajach – problem aborcji „na żądanie” (na tle prawnoporównawczym)*. Część II: Niemcy..., s. 129–130.

¹⁰⁵ B. Zych, *Prawne przesłanki przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży w wybranych krajach – problem aborcji „na żądanie” (na tle prawnoporównawczym)*. Część I: Polska..., s. 213.

¹⁰⁶ *Aborcja – pytania i odpowiedzi...*

¹⁰⁷ Za: Amnesty International, <https://www.amnesty.org.pl/aborcja-najwazniejsze-fakty/> [dostęp: 7.01.2025].

¹⁰⁸ *Ibidem*.

Obecnie właściwie większość formalności można załatwić w sieci. Na portalach internetowych można bowiem uzyskać wszelkie informacje o możliwościach przeprowadzenia zabiegu aborcji za granicą, a także zakupić właściwe farmaceutyki wywołujące poronienie. Z uwagi na etap ciąży stosuje się różne metody. Na etapie najwcześniejszym, czyli do 9. tygodnia, zazwyczaj podaje się kobietom środki chemiczne w celu wywołania poronienia. To tzw. aborcja farmakologiczna. Na późniejszych etapach ciąży wykorzystywane są metody podciśnieniowe go opróżniania macicy z mechanicznym zniszczeniem zarodka/płodów oraz usunięciem jego resztek. Na ostatnim etapie ciąży stosuje się metodę wywołania przedwczesnego porodu lub odpowiednika metody cesarskiego cięcia. Zabiegi za granicą przeprowadzane są zazwyczaj w prywatnych klinikach, a ze względu na ich koszt pozwolić sobie na nie mogą zamożniejsze kobiety. Te biedniejsze korzystają z zabiegów w „szarej strefie” w ojczystym kraju, gdzie warunki tych zabiegów z punktu widzenia medycznego nie są odpowiednie i w efekcie dochodzi do wskazanych już wyżej powikłań, okaleczeń, a nawet śmierci kobiet poddających się nielegalnemu zabiegowi przerwania ciąży¹⁰⁹.

¹⁰⁹ A. Gwiazda, *op. cit.*, s. 222, 225–226.

ROZDZIAŁ 2

Antykoncepcja

2.1. O antykoncepcji w ogólności

Antykoncepcja stanowi podstawowy element kontroli urodzin. Jej celem jest niedopuszczenie do zapłodnienia lub zagnieżdżenia zapłodnionej komórki jajowej. Efekt ten można osiągnąć poprzez stosowanie różnych metod farmakologicznych, mechanicznych lub chirurgicznych. Przy czym idealna antykoncepcja powinna być bezpieczna, skuteczna, odwracalna, prosta w użyciu, szeroko stosowana i mieć niską cenę¹¹⁰. Nowoczesna antykoncepcja opiera się na fizjologii cyklu płciowego człowieka. Najprościej rzecz ujmując, zapobieganie nieplanowanej ciąży polega na niedopuszczeniu do połączenia się plemnika z jajem przez wyeliminowanie komórki jajowej (niedopuszczenie do wystąpienia owulacji) albo wyeliminowanie komórki męskiej – plemnika z narządu rodnej kobiety (przez zniszczenie lub stwarzanie bariery niedopuszczalnej dla plemników) bądź stworzenie w macicy warunków uniemożliwiających zagnieżdżenie się zapłodnionego jaja. Przyjmowanie antykoncepcji związane jest z cyklem menstruacyjnym, czyli okresem między dwiema miesiączkami. Pierwszy dzień krwawienia rozpoczyna cykl. W zasadzie, czy raczej teoretycznie, tylko w ciągu kilku środkowych dni kobieta może zajść w ciążę. Większa część cyklu jest czasem niepłodnym. Przeciętna długość cyklu wynosi 28 dni. W normie mieszczą się również zarówno cykle krótsze (24-dniowe), jak i dłuższe – do 36 dni. Po miesiączce, w lewym lub prawym jajniku, pęcherzyk Graafa staje się wyraźnie większy i ciągle rośnie. Organizm kobiety znajduje się wówczas pod wpływem hormonu zwanego estrogenem. Ów hormon wytwarzany jest przez powiększający się pę-

¹¹⁰ A. Karowicz-Bilińska *et al.*, *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące wskazań i bezpieczeństwa stosowania antykoncepcji hormonalnej oraz wewnątrzmacicznej*, „Ginekologia Polska” 2014, nr 3, vol. 85, s. 234.

cherzyk Graafa. Kiedy pęcherzyk osiągnie dojrzałość, to wówczas pęka. Uwolniona z pęcherzyka komórka jajowa przechodzi do jajowodu. Moment wydostania się jajeczka z jajnika nazywany jest jajeczkowaniem, czyli owulacją. U dorosłej kobiety co miesiąc w jednym z jajników dojrzewa komórka jajowa, która w kolejnym etapie przedostaje się do jajowodu, wolno przesuwając się w kierunku macicy, czekając na plemniki. Żyje do 48 godzin. Jednakże może być zapłodniona tylko przez 6–8 godzin. Jeśli w tym czasie nie połączy się z plemnikiem, obumiera i zostaje wydalona z okresowym krwawieniem. W ogólności kobieta jest zdolna do urodzenia dziecka w ciągu ponad 30 lat. W jej organizmie mogłoby dojrzeć ok. 400 jajeczek. Zwykle jest ich mniej, albowiem komórki jajowe nie dojrzewają w okresie ciąży, porodu oraz w trakcie zażywania pigułek hormonalnych. Po jajeczkowaniu produkcja estrogenów w jajniku się zmniejsza. Podczas gdy jajeczko przesuwa się jajowodem w kierunku macicy, jajnik zaczyna produkować w większej ilości drugi hormon – progesteron. Ten hormon nazywany jest hormonem macierzyństwa, gdyż ma przygotować błonę śluzową macicy na przyjęcie zapłodnionego jajeczka. Jeśli do zapłodnienia nie dojdzie, produkcja progesteronu ustaje po dwóch tygodniach, błona śluzowa macicy złuszcza się i wraz z krwią wypływa przez pochwę. Kończy się druga fala cyklu, następuje kolejna miesiączka. Należy przy tym pamiętać, iż na pierwszą fazę cyklu przypada okres tzw. niepłodności przedowulacyjnej względnej. Określenie „względnej” wskazuje, iż nigdy do końca nie wiadomo, ile będzie trwała cała pierwsza faza, czyli kiedy pojawi się owulacja. U różnych kobiet ten czas wygląda odmiennie, może także przebiegać niejednakowo w poszczególnych miesiącach u tej samej kobiety. Co ciekawe, czasami nie ma go w ogóle, a bywa, iż trwa nawet ponad 10 dni. Z reguły przyjmuje się, że do zapłodnienia może dojść przez 9 dni w cyklu. Ów rachunek uwzględnia możliwość przeżycia plemników w drogach rodnych kobiety do 72 godzin, czyli trzy doby plus dwie doby dla pewności. Przypomnijmy, iż w dniu owulacji i w 3 dni po jej zakończeniu komórka jajowa posiada zdolność zapłodnienia przez 6–8 godzin. Reszta czasu dodawana jest dla pewności. Cykl kończy się fazą niepłodności poowulacyjnej bezwzględnej, która trwa od 4. dnia po owulacji do następnej miesiączki¹¹¹. Kobieta po raz pierwszy zdaje sobie sprawę z działania hormonów w okresie dojrzewania, kiedy w jej ciele zaczyna zachodzić zmiany. Pojawia się pierwsza miesiączka, zmienia się kształt ciała, zaczynają wyrastać włosy pod pachami i w miejscach intymnych. Ciało stara się

¹¹¹ *Antykoncepcja. Porady lekarza rodzinnego*, Wydawnictwo Literat, Toruń 2009, s. 1–4.

przystosować do rozhuśtanych hormonów. Hormony wpływają nie tylko na ciało, ale również na psychikę. Nastroje zaczynają ulegać wahaniom. W okresie dojrzewania zachodzą ogromne zmiany hormonalne, które wpływają nie tylko na fizyczny rozwój i wygląd, ale również na kobiece emocje. Hormony są powiązane z fizycznym, umysłowym i emocjonalnym życiem każdego człowieka. W różnych fazach kobiecego cyklu produkowane są różne ilości hormonów. Gdy poziom jednego hormonu wzrasta, poziom drugiego opada, podczas gdy poziomy innych pozostają względnie stałe. Wzrosty i spadki bywają gwałtowne, ponieważ hormony mają do wykonania różne zadania. W cyklu menstruacyjnym ważne są cztery hormony: estrogen, progesteron, hormon folikulotropowy (FSH) i hormon luteinizujący (LH, lutropina). Łącznie nazywane są one żeńskimi hormonami płciowymi. Estrogen powoduje rozrost błony śluzowej macicy, a progesteron przygotowuje ją do ciąży. Następnie, gdy poziom progesteronu spada, śluzówka macicy złuszcza się i jest wydalana w czasie comiesięcznego krwawienia. Ma to miejsce tylko wtedy, gdy jajeczko nie zostaje zapłodnione. Jeśli do macicy dotrze zapłodnione jajeczko, progesteron zapewnia utrzymanie ciąży przez cały okres jej trwania. Im kobieta jest starsza, tym coraz niższa jest jakość i liczba jajeczek. Jajniki zaczynają wytwarzać mniej estrogenu i progesteronu i w końcu kobieta przestaje miesiączkować. U niektórych kobiet faza ta trwa jakiś czas, a u innych dzieje się to nagle. Bez względu na sposób, w jaki to zachodzi, jest to naturalna część procesu zakończenia okresu rozrodczości¹¹².

Przedstawione rozważania na temat cyklu miesięczkowego, przejścia od okresu dojrzewania do menopauzy¹¹³, dni płodnych i niepłodnych, mają charak-

¹¹² C. Carr, *Menopauza. Poradnik nowoczesnej kobiety*, przeł. H. de Broeckere, Wydawnictwo Vesper, Poznań 2011, s. 46–61.

¹¹³ Wśród kobiet w okresie pre- i okołomenopauzalnym stosowanie dwuskładnikowych doustnych tabletek antykoncepcyjnych jest mniej popularne niż w grupie młodszych kobiet. Wśród przyczyn takiego stanu rzeczy wymienia się przykładowo lęk, zarówno pacjentek, jak i lekarzy, przed ewentualnymi objawami ubocznymi dwuskładnikowych doustnych tabletek antykoncepcyjnych, głównie z uwagi na nowotwór sutka i powikłania zakrzepowo-zatorowe w układzie krążenia. Ważnym powodem jest częstsze występowanie przeciwwskazań do stosowania dwuskładnikowej doustnej tabletki antykoncepcyjnej wśród kobiet powyżej czterdziestego roku życia w stosunku do kobiet młodszych, co ze wskazanych względów wyklucza znaczący odsetek kobiet z grona pacjentek stosujących tę formę antykoncepcji. Okres menopauzy może powodować wiele niekorzystnych zmian (np. w profilu lipidowym, hemostazie czy gospodarce węglowodanowej), przyczynia się do zwiększenia zachorowalności kobiet na schorzenia układu krążenia (choroba wieńcowa serca, żylna choroba zakrzepowo-zatorowa), co jest jednym z ważniejszych czynników ograniczających dostęp kobiet menopauzalnych do dwuskładnikowych tabletek hormonalnych (T. Pertyński, G. Stachowiak, *Niskodawkowa, dwuskładnikowa doustna antykoncepcja u kobiet w okresie pre- i okołomenopauzalnym*, „Przegląd Menopauzalny” 2006, nr 4, s. 257–258). Oczy-

ter teoretyczny, względny, stąd antykoncepcja odgrywa kluczową rolę w regulacji cyklu i kontroli urodzin¹¹⁴, także kobiet, które wchodzą w okres menopauzy i z uwagi na nieregularne miesiączki nadal przyjmują środki antykoncepcyjne¹¹⁵, które nie są tożsame z hormonalną terapią zastępczą HTZ¹¹⁶.

Od lat 60. XX w. antykoncepcja hormonalna jest powszechnie stosowana na całym świecie ze względu na łatwość jej aplikacji, dużą dostępność oraz bezpieczeństwo przyjmowania. Antykoncepcja hormonalna jest najczęściej zalecaną przez lekarzy ginekologów metodą kontroli urodzin. W literaturze specjalistycznej zwracana jest uwaga na jej „plusy” i „minusy”. Najchętniej po antykoncepcję hormonalną sięgają kobiety, które są w związkach partnerskich. Źródłem informacji¹¹⁷ na temat antykoncepcji hormonalnej jest z reguły lekarz ginekolog¹¹⁸. Hormonalne metody antykoncepcyjne w ogólności są najpewniejsze. Oczywiście hormony, analogicznie jak większość leków, mogą wywoływać skutki uboczne przy niektórych chorobach albo czynnikach ryzyka. W takich sytuacjach nie można ich stosować. Silvia Knöpfel i Knut O.K. Hoffmann są zdania, iż osoby powyżej 35. roku życia i palące papierosy powinny stosować odpowiednio dobrane hormony. Wśród hormonalnych metod antykoncepcyjnych wyróżniają:

- 1) Pigułki, które charakteryzują się wysokim poziomem bezpieczeństwa, łatwym stosowaniem, pozytywnym działaniem na bóle menstruacyjne i obfite krwawienie; wymagają codziennego przyjmowania.

wiście wraz z rozwojem medycyny i farmacji zwiększone zostaje bezpieczeństwo antykoncepcji hormonalnej również dla kobiet we wskazanej grupie wiekowej.

¹¹⁴ *Antykoncepcja. Porady lekarza rodzinnego...*, s. 4.

¹¹⁵ Stosowanie antykoncepcji w okresie przed menopauzą jest jedyną pewną metodą zapobiegania ciąży. Kobiety po czterdziestym roku życia często rezygnują z antykoncepcji, albowiem widzą, iż ich płodność się obniża. Jednak muszą pamiętać, iż po czterdziestym roku życia nadal mogą zajść w ciążę. Ponad 40% kobiet powyżej czterdziestego roku życia jest już niepłodna. Szanse na naturalne poczęcie u kobiety pomiędzy 41. a 42. rokiem życia wynoszą ok. 16%, powyżej 43. roku życia – 5%, po 45. roku życia – mniej niż 4%. Po osiągnięciu 50 lat – 1%. Po menopauzie, czyli po roku od ostatniego krwawienia miesięczkowego, przestaje istnieć ryzyko zajścia w ciążę. K. Koper, *Antykoncepcja dla dojrzałych. Rozmowa z dr nauk medycznych Anettą Karwacką*, GYN-CARE, <https://gyncare.pl>antykoncepcja-dla-dojrzalych> [dostęp: 12.01.2025].

¹¹⁶ C. Carr, *op. cit.*, s. 65.

¹¹⁷ Z różnych badań wynika, że na wybór metody antykoncepcji wpływ miała przede wszystkim opinia lekarza ginekologa. Jednocześnie lekarze stanowili podstawowe źródło wiedzy na temat stosowanej metody zapobiegania ciąży. E. Osińska *et al.*, *Metody antykoncepcyjne stosowane przez mieszkanki Szczecina w wieku rozrodczym*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2013, nr 15(3), s. 363.

¹¹⁸ M. Król, *Wpływ antykoncepcji hormonalnej na organizm kobiety*, „Kosmetologia Estetyczna” 2018, nr 3, vol. 7, s. 294.

- 2) Minipigułki – zawierają tylko gestagen, w związku z tym zabezpieczenie nie jest tak pewne, jak przy pigułkach kombinowanych. Mogą je stosować także kobiety, które nie mogą przyjmować estrogenu. Są odpowiednie dla zdyscyplinowanych. Przy ich stosowaniu nie można sobie pozwolić na błędy. Ponadto często wywołują krwawienie w trakcie cyklu.
- 3) Miesięczny zastrzyk hormonalny – zawiera gestagen i naturalny, dobrze tolerowany estrogen. Jest pewniejszy aniżeli pigułki kombinowane. Zastrzyk trzeba robić raz w miesiącu.
- 4) Preparaty gestagenowe o przedłużonym działaniu – są to zastrzyki robione co trzy miesiące. Zawierają tylko gestagen. Są przeznaczone dla kobiet, które nie chcą codziennie łykać pigułki. Nie są z reguły polecane dla kobiet, które chcą jeszcze mieć dzieci, ponieważ działanie hormonu po wstrzyknięciu nie może zostać przerwane, a po dłuższym stosowaniu ilość gestagenu zmniejsza się bardzo powoli.
- 5) Podskórny implant hormonalny – plastikowy pręcik wielkości zapalniczki, który jest wprowadzany pod skórę po wewnętrznej stronie przedramienia. Implant zawiera tylko gestagen. Działa przez trzy lata i jest tak pewny jak ubezpłodnienie. U prawie połowy użytkowniczek menstruacja staje się słabsza i krótsza albo zanika zupełnie. Implant może powodować skutki uboczne w postaci trądziku, bólu głowy, napiętych piersi i przybierania na wadze.
- 6) Plaster antykoncepcyjny – nie powoduje wzrostu masy ciała. Plaster może wywoływać podrażnienie skóry. Jest polecany dla kobiet ze skłonnością do zapominania o codziennym używaniu pigułek.
- 7) Pierścień antykoncepcyjny – nie powoduje wzrostu masy ciała. Pierścień nie przeszkadza w trakcie stosunku. Jest korzystny dla kobiet z przewlekłymi chorobami żołądka i jelit¹¹⁹.

Złożona doustna antykoncepcja hormonalna oparta jest na dwóch grupach związków – estrogenach i progestagenach. Podstawowym estrogenem wykorzystywanym w doustnej antykoncepcji hormonalnej jest etynyloestradiol, powstały w rezultacie chemicznej modyfikacji cząsteczki poprzez podstawienia grupy etynylowej w pozycji 17. atomu węgla. Z kolei wśród progestagenów wyróżnia się kilka związków chemicznych, będących pochodnymi noretindronu, lewonorgestrelu bądź spironolaktonu. Składnik progestagenny

¹¹⁹ S. Knöpfel, K.O.K. Hoffmann, *Antykoncepcja – którą metodę powinnam wybrać?*, wyd. I polskie pod red. Z. Zdrojewicza, Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2008, s. 31.

jest też podstawą podziału złożonej antykoncepcji hormonalnej na cztery generacje według kolejności odkrycia i zastosowania. Hubert Wolski wskazuje, iż złożona antykoncepcja hormonalna zapobiega ciąży na drodze kilku różnych mechanizmów, głównie poprzez zahamowanie owulacji. Składnik progestagenowy zapobiega wzrostowi LH, co uniemożliwia uwolnienie komórki jajowej, hamuje perystaltykę jajowodów oraz zagęszcza śluz szyjkowy, nadto zmniejsza receptywność błony śluzowej macicy i zapobiega zarówno zapłodnieniu, jak i implantacji. Hubert Wolski zaznacza, iż składnik estrogenowy poprzez hamowanie wydzielania FSH zapobiega dojrzewaniu pęcherzyka dominującego, co pogłębia efekt antykoncepcyjny progestagenów. Poprzez wpływ na endometrium składnik estrogenowy zapobiega płamieniom w trakcie cyklu. Owo płamienie często jest negatywnie postrzegane przez pacjentki i może prowadzić do zaprzestania terapii¹²⁰. Nieustannie prowadzone są badania na temat wpływu antykoncepcji hormonalnej na pacjentki, a zwłaszcza choroby, które są im właściwe¹²¹, np. choroby autoimmunologiczne¹²². Doustne tabletki antykoncepcyjne, oprócz regulacji kontroli poczęć, pełnią szereg ważnych funkcji, wpływając pozytywnie na zdrowie psychiczne i fizyczne kobiet. Antykoncepcyjne tabletki hormonalne likwidują zespół napięcia przedmiesiączkowego PMS, korzystnie wpływają na endometrium czy też mogą przyczynić się do likwidacji trądziku¹²³. Trzeba pamiętać, iż hormony płciowe powodują zmiany nastrojów. Hormony te zalewają ciało kobiece falami w około 28-dniowych cyklach. Hormony wpływają nie tylko na procesy fizyczne, ale również na równowagę psychiczną. W związku z tym dla wielu kobiet radzenie sobie z tymi wahaniami hormonalnymi nie jest łatwe. W fazie produkcji estrogenu kobiety, które nie weszły jeszcze w okres menopauzy, odczuwają przypływ dobrego samopoczucia, zadowo-

¹²⁰ H. Wolski, *Wybrane aspekty działań niepożądanych złożonej doustnej antykoncepcji hormonalnej*, „Ginekologia Polska” 2014, nr 12, vol. 85, s. 945.

¹²¹ Obecnie istnieją medyczne dowody na bezpieczeństwo tabletek antykoncepcyjnych w stosunku do kobiet z chorobą reumatyczną, w przypadku których ciąża musi być zaplanowana. Sama płodność kobiet z chorobą reumatyczną jest praktycznie taka sama jak kobiet zdrowych. Zatem tabletki antykoncepcyjne również w tej grupie służą do regulacji poczęć. Nie wszystkie dostępne na rynku tabletki antykoncepcyjne mogą być stosowane u kobiet z chorobami reumatycznymi w równym stopniu. Jednak wiedzę na temat ich bezpieczeństwa posiadają lekarze ginekolodzy i reumatolodzy. M. Marek, *Wybór antykoncepcji u kobiet z chorobami reumatycznymi*, „Via Medica” 2017, t. 1, nr 1, s. 87 i n.

¹²² A. Matyszkiewicz *et al.*, *Antykoncepcja hormonalna w wybranych chorobach autoimmunologicznych*, „Przegląd Lekarski” 2016, t. 73, nr 4, s. 238–240.

¹²³ M. Sobstyl, D. Robak-Chołubek, G. Jakiel, *Pozaantykoncepcyjne korzyści doustnej antykoncepcji*, „Przegląd Menopauzalny” 2007, nr 3, s. 180 i n.

lenia i pozytywnego nastawienia do życia. W tym okresie odczuwają „apetyt na seks”, ponieważ psychika wspiera ciało dokładnie wtedy, kiedy wszystko jest gotowe do poczęcia dziecka. Dużą rolę w libido u kobiet przypisuje się testosteronowi. Około 21 do 28 dni po menstruacji poziom estrogenów gwałtownie się obniża. Rozwijają się ciężkie syndromy, które są nazywane zespołem napięcia przedmiesiączkowego. Wówczas wiele kobiet popada w czarny nastrój. Stają się przygnębione, smutne i depresyjne. Przez wahania hormonalne jedna na 25 kobiet przechodzi regularne zmiany osobowości. PMS, czyli zespół napięcia przedmiesiączkowego, stał się problemem czasów nowożytnych. Od początku ludzkości większość kobiet przez znaczną część swojego płodnego okresu życia była w ciąży. Oznacza to, że tylko 10–20 razy w życiu musiały one zmagać się z problemami menstruacyjnymi. Współcześnie jest zgoła inaczej. Kobieta, jeśli w ogóle, ma 2,4 dziecka, oczywiście obecnie wskaźnik ten jest niższy. Jest to równoznaczne z tym, że w ciągu płodnego okresu życia kobieta cierpi na PMS 350–400 razy. W przypadku kobiet bezdzietnych do 500 razy. I właśnie dla kobiet, które bardzo ciężko przechodzą PMS, dobrym wyborem może okazać się pigułka hormonalna z dużą ilością estrogeny, przyjmowana bez siedmiodniowej przerwy. Dzięki temu zostają im zaoszczędzone wahania nastroju spowodowane odstawieniem estrogeny i przestają być ofiarami huśtawki hormonalnej¹²⁴. Obok PMS wyróżniane jest PMDD, czyli przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne. Jest to ciężka forma napięcia przedmiesiączkowego¹²⁵. PMDD jest zaburzeniem ponadkulturowym i obejmuje kobiety wszystkich ras, bez względu na status społeczno-ekonomiczny¹²⁶. Zespół dysforyczny wiąże się z metabolizmem progesteronu w drugiej fazie cyklu miesięczkowego¹²⁷. W leczeniu PMDD pomocna jest farmakoterapia¹²⁸.

W dyskursie na temat środków antykoncepcyjnych pojawia się kwestia stosowania tabletek hormonalnych i ryzyka zachorowania na raka. Od samego początku kobietom dostarczano różnych informacji: „Pigułka wywołuje raka”,

¹²⁴ S. Knöpfel, K.O.K. Hoffmann, *op. cit.*, s. 13.

¹²⁵ PMDD czyli przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne, <https://psychocare.pl/pmdd-czyli-przedmiesiaczkowe-zaburzenie-dysforyczne/> [dostęp: 21.12.2024].

¹²⁶ V. Skrzypulec-Plinta, K. Zborowska, M. Schmidt, A. Krupa, *Leczenie zespołu napięcia przedmiesiączkowego*, Wydawnictwo Medyczne, 27.02.2020, <https://www.forumginekologii.pl/artukul/leczenie-zespołu-napięcia-przedmiesiaczkowego> [dostęp: 21.12.2024].

¹²⁷ Zespół dysforyczny – PMDD, <https://feminature.pl/zespół-dysforyczny-pmdd/> [dostęp: 28.12.2024].

¹²⁸ A. Telichowska-Leśna, *Zespół napięcia przedmiesiączkowego*, <https://nazdrowie.pl/zespół-napięcia-przedmiesiaczkowego/> [dostęp: 21.12.2024].

„Pigułka chroni przed rakiem”. U 30 do 40% kobiet pigułka stosowana krócej aniżeli rok zmniejsza ryzyko występowania raka jajników. Po 10 latach jej stosowania ryzyko to zmniejsza się o 80%. Podobnie jest w przypadku raka błony śluzowej macicy. Za powód uważane jest „uspokojenie” tych organów przez pigułkę. Każde jajczkowanie pozostawia na jajniku drobną bliznę, na której tkanka może ulec zezłośliwieniu. Dla błony śluzowej macicy korzystniejsze jest tylko jej słabe odbudowywanie pod wpływem gestagenu. Częstość nowotworów szyjki macicy może wzrastać podczas przyjmowania pigułek hormonalnych. Trudno powiedzieć, czy winne są temu zmiany spowodowane przez pigułki, czy też kobiety, które stosują pigułki, częściej uprawiają seks, także z różnymi partnerami, wobec czego mogą zostać zainfekowane wirusami papilloma. Nowotwory szyjki macicy mogą zostać wykryte we wczesnym stadium dzięki badaniom kontrolnym u ginekologa. Wówczas szanse na wyleczenie są duże. W literaturze znajdujemy informację, iż badania nad rakiem piersi przy stosowaniu pigułek doprowadziły do odmiennych wyników. Okazało się, iż w trakcie stosowania pigułek ryzyko wystąpienia raka piersi było minimalnie wyższe niż u kobiet, które nie przyjmowały pigułek antykoncepcyjnych. Jednakże trzeba pamiętać, że w grupie wiekowej, w której stosowana jest antykoncepcja, niezbyt często dochodzi do rozwoju raka piersi. Niezłośliwe rozrastanie się gruczołów piersiowych jest natomiast rzadsze u kobiet stosujących antykoncepcję hormonalną¹²⁹.

2.2. Antykoncepcja awaryjna

Antykoncepcja awaryjna jest traktowana jako metoda antykoncepcji, którą stosuje się w celu zapobiegania ciąży po stosunku płciowym w myśl zasady „im szybciej, tym lepiej”¹³⁰, w przypadku gwałtu lub gdy istnieje obawa, iż użyta metoda antykoncepcji zawiodła w danym przypadku¹³¹. Antykoncepcja awaryjna charakteryzuje się zamierzonym wpływem na bardzo wrażliwą na środki hormonalne błonę śluzową macicy, w efekcie uniemożliwiając ewentualne zagnieżdżenie się zarodka¹³². W antykoncepcji awaryjnej stosuje się zwykle dwa rodzaje

¹²⁹ S. Knöpfel, K.O.K. Hoffmann, *op. cit.*, s. 59.

¹³⁰ K. Nowicki, *Godność osobowa embrionu a odmowa sprzedaży przez farmaceutę środków antykoncepcji awaryjnej*, „Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne” 2023, nr 44, s. 68.

¹³¹ K. Dzwonkowska-Godula, *op. cit.*, s. 146.

¹³² K. Nowicki, *op. cit.*, s. 69.

tabletek: lewonorgestrem (LNG) lub dwuskładnikowe środki antykoncepcyjne (estrogenowo-progestagenowe). Awaryjne środki antykoncepcyjne można podawać każdej kobiecie po napaści seksualnej bez konieczności sprawdzania stanu zdrowia czy robienia testu ciążowego¹³³. Antykoncepcja awaryjna powinna być zastosowana, jeżeli: nie użyto żadnej metody antykoncepcji przed/w trakcie stosunku płciowego; została uszkodzona prezerwatywa; kobieta pominęła 3 lub więcej następujących po sobie doustnych tabletek antykoncepcyjnych; kobieta wzięła tabletkę z progesteronem (minipill) 3 godziny później niż zwykle lub minęło więcej niż 27 godzin po zażyciu pierwszej tabletki; kobieta zwlekała z kolejnym zastrzykiem z progesteronem ponad dwa tygodnie; nastąpiło przemieszczenie, opóźnienie lub za wcześnie usunięcie ze skóry plastra hormonalnego lub pierścienia dopochwowego; partnerzy uprawiali stosunek przerywany, czego skutkiem była ejakulacja do pochwy kobiety lub na zewnętrzne narządy płciowe; zdarzyło się błędne obliczenie okresu względnej niepłodności kobiety; miało miejsce wydalenie wkładki wewnątrzmacicznej lub implantu hormonalnego¹³⁴. W Polsce przedmiotem sporu jest tabletki ellaOne. Idalina Odziemczyk dokonała analizy zakotwiczenia pojęciowego, wskazując na sposoby klasyfikowania w dyskursie tabletki ellaOne. Wyróżniła następujące rozumienia przedmiotowej tabletki:

Po pierwsze, „substancja chemiczna”, w znaczeniu potocznym, traktowana jako coś nienaturalnego, sztucznego, obcego, pochodzącego ze sfery człowieka zewnętrznej, ingerującej w naturalne procesy organizmu i potencjalnie szkodliwego;

Po drugie, „wyrób medyczny”, czyli twór określonego rodzaju aktywności ludzkiej, w związku z tym tabletki staje się obiektem działań medycznych, elementem pola opieki zdrowotnej. Wyrób medyczny podlega kontroli lekarskiej. Dlatego też kobiety, które chcą skorzystać z owej pigułki, zdają się pozostawać w relacji podległości z lekarzami jako ekspertami z dziedziny medycyny;

Po trzecie, „produkt farmaceutyczny”, podlegający socjalizacji ekonomicznej, gdzie ellaOne jest towarem, którego zakup jest możliwy tylko i wyłącznie przy posiadaniu odpowiednich środków i który reguluje zasady dotyczące produktów posiadających na rynku specyficzną kategorię;

¹³³ *Opieka medyczna dla kobiet, które doznały przemocy w relacji intymnej i przemocy na tle seksualnym. Przewodnik kliniczny*, WHO 2023, s. 52–53.

¹³⁴ K. Janik, M. Popławska, E. Harasim-Piszczałowska, *Antykoncepcja awaryjna*, [w:] E. Krajewska-Kułak, C.R. Łukaszuk, J. Lewko, N. Kułak (red.), *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny*, t. 4, Białystok 2018, s. 1301.

Po czwarte, jako „środek antykoncepcyjny” lub jako „środek wczesnoporonny”. Te dwa terminy się wykluczają i związane są z ich światopoglądową legitymizacją;

Po piąte, „antykoncepcja”, co może sugerować, iż do jej wydania potrzebna jest recepta lekarza, analogicznie jak w przypadku antykoncepcji hormonalnej. Wobec tego zostały dodane określenia „awaryjna”, „kryzysowa”, „w wyjątkowych okolicznościach”, „w przypadkach nagłych”. Funkcjonują też określenia: „antykoncepcja po” czy „antykoncepcja postkoitalna”¹³⁵.

Tabletki po stosunku niewymagające recepty są przedmiotem sporu, a w różnych państwach na przestrzeni lat przyjmowano odmienne rozwiązania. W niektórych krajach europejskich, np. Francji i Szwajcarii, preparaty gestagenne do zastosowania w antykoncepcji „w razie zagrożenia” można otrzymać w aptece bez recepty lekarskiej. Ów stan rzeczy tłumaczony jest faktem, iż optymalne działanie tych preparatów następuje w pierwszych 24 godzinach od odbycia stosunku bez zabezpieczenia. W tym czasie kobieta może mieć trudność skontaktowania się ze swoim lekarzem. Przynajmniej część aptek pełni dyżury, nawet 24-godzinne. Ponadto lewonorgestrel w stosowanej dawce nie ma prawie żadnych przeciwwskazań. Może jedynie skutkować nielicznymi, łagodnymi objawami niepożądanymi. Wobec tego zastosowanie tego leku nie wymaga przeprowadzenia dodatkowych badań ginekologicznych, chociaż argumenty przeciwko wysuwali sami lekarze ginekolodzy. Ich zdaniem aptekarze nie mogą zaoferować kobiecie poradnictwa ginekologicznego. Wizyta u ginekologa w celu otrzymania recepty na stosowną tabletkę „po” stanowi okazję, ażeby szczegółowo objaśnić kobiecie skuteczne metody zapobiegania niechcianej ciąży. Ginekolodzy w Niemczech jako argument podawali brak dyskrecji ze strony aptekarzy. W przypadku stosunku płciowego odbytego w trakcie urlopu za granicą trzeba brać pod uwagę także możliwość zarażenia się chorobami przenoszonymi drogą płciową. Po zgwałceniu natomiast konieczne jest przepisanie kobiecie antybiotyków, które mają na celu zapobieżenie infekcji. W przypadku przestępstwa zgwałcenia konieczna jest pomoc psychologiczna. Ponadto zdaniem przynajmniej niektórych ginekologów pacjentka po zażyciu preparatu powinna znajdować się pod dalszym nadzorem lekarskim, aby w porę rozpoznać objawy ciąży jajowodowej. Niektórzy obawiali się, iż łatwy dostęp kobiety do „pigułki po” spowoduje, iż będzie ona już od razu korzystała tylko z tej metody

¹³⁵ I. Odziemczyk, *Pigułka niezgody. Społeczne reprezentacje antykoncepcji awaryjnej a władza nad seksualnością kobiet*, Wydawnictwo NOMOS, Kraków 2021, s. 101–110.

zamiast praktykować inne. Podobne obawy towarzyszą sporom o antykoncepcję awaryjną w Polsce, o czym mowa będzie jeszcze dalej. Aczkolwiek doświadczenia z Francji i Szwecji pokazały, iż zwolnienie z obowiązku przepisywania preparatu lewonorgestrelu na receptę zaspokaja prawdziwe potrzeby kobiet. We Francji, mimo wykorzystywania wskazanego preparatu przez dużą liczbę kobiet, nie stwierdzono występowania jakichś szczególnych powikłań. Antykoncepcja „w razie zagrożenia” nie wyparła również zwyczajowych, ostrożnych metod antykoncepcji, gdyż we Francji ciągle rośnie liczba sprzedawanych dostupnych środków antykoncepcyjnych. W kraju tym antykoncepcja awaryjna doprowadziła do zminimalizowania aborcji¹³⁶.

2.3. Historia antykoncepcji i dylematy etyczne z nią związane

Trzeba mieć na uwadze, iż ludzka seksualność uległa wielu transformacjom w ostatnich dziesięcioleciach¹³⁷. Już w czasach starożytności podejmowano pierwsze próby zapanowania nad własną płodnością. Jedne metody były oparte na czystej magii, inne miały podłoże bardziej racjonalne (np. tampony nasączone naturalnymi substancjami plemnikobójczymi)¹³⁸. W zasadzie już ludy pierwotne praktykowały znane im sposoby zapobiegania ciąży: unikanie stosunków seksualnych w pewnych okresach, środki – magiczne, biologiczne, chemiczne, mechaniczne i chirurgiczne. Medycyna starożytnych Greków i Rzymian, aprobując potrzebę zapobiegania ciąży, zalecała w tym celu wyciąg z kopru, olej cedru, różne maści i płyny, unikanie stosunków seksualnych tuż po menstruacji. Z kolei pierwsi chrześcijanie oparli swoje poglądy prokreacyjne na kilku zasadach: wyższości dziewictwa nad jego utratą, instytucjonalnej wartości małżeństwa, sakralnego charakteru stosunku seksualnego, dobrodziejstwa prokreacji, potępienia stosunków pozamałżeńskich i odrzucenia homoseksualizmu. Etyka seksualna pierwszych chrześcijan była reakcją na demoralizację ówczesnego świata śródziemnomorskiego. W IV w. n.e. chrześcijaństwo stało się religią panującą Imperium Rzymskiego. Wówczas to chrześcijańska koncepcja etyki seksualnej spotkała się z gwałtowną krytyką działających nielegalnie manichejczyków. Sprzeciwiając się zdecydowa-

¹³⁶ K. Meisenbacher, *Antykoncepcja. Metody. Zastosowanie. Poradnictwo*, wyd. I polskie pod red. T. Pertyńskiego, T. Zyssa, Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2008, s. 208–209.

¹³⁷ D. Karkowska (red.), Z. Izdebski, A. Janik, E. Baum, *op. cit.*, s. 37.

¹³⁸ J. Podgórska, *Koncept antykoncepcji*, „Niezbędnik inteligenta. Bioetyka. Spory na śmierć i życie”, „Polityka” 2015, nr 1, s. 11.

nie rozrodczości, stosowali oni znane im sposoby zapobiegania ciąży, np. zażywanie różnych medykamentów¹³⁹. Żydzi w czasach biblijnych mieli dość dokładne wyobrażenia na temat cyklu płodności kobiety. W Księdze Kapłańskiej Starego Testamentu odnaleźć można następujące zdania: „Jeżeli kobieta ma upławy, to jest krwawienie miesięczne ze swojego ciała, to pozostanie siedem dni w swojej nieczystości [...] Jeżeli zostanie ona oczyszczona ze swojego upływu (krwi), to odliczy sobie siedem dni i potem będzie czysta” (Kpł 15,19 oraz Kpł 15,28). Dopiero po rytualnej kąpieli oczyszczającej kobiecie wolno było na nowo podjąć stosunki seksualne ze swoim mężem i mogła ona wówczas zajść w ciążę. Jeżeli przyjąć, że średni czas trwania miesiączki wynosi od trzech do pięciu dni, to otrzyma się dziesięć do dwunastego dnia po rozpoczęciu nowego cyklu, w którym możliwe staje się zapłodnienie. Wskazane wyliczenia w miarę dokładnie odpowiadają obecnie znanym regułom leżącym u podłoża kobiecej płodności. Germańskie prababki formowały kapturki z wosku pszczelego, którymi pokrywały ujście szyjki macicy. Ów zabieg stanowił prekursor dzisiejszych kapturków naszyjkowych. Aby podwyższyć skuteczność antykoncepcji, wprowadzały one dodatkowo do pochwy substancje, o których współcześnie wiadomo, że działają niszcząco na plemniki lub je unieruchamiają (substancje plemnikobójcze)¹⁴⁰. Aż do połowy XII w. manicheizm stanowił apogeum myśli antyprokreacyjnej, opowiadającej się za zapobieganiem ciąży. Arabski filozof Awicenna w swym kanonie medycyny opisał wiele środków antykoncepcyjnych, nie potępiając ich etycznie. Roman Tokarczyk zauważa, iż podobne stanowisko propopulacyjnego liberalizmu zajmowali wówczas inni myśliciele, teologowie, prawnicy i medycy wierni Koranowi. Wieki średnie nie cechuje jednolitość poglądów na temat antykoncepcji. Celtowie i Germanie posługiwali się potajemnie ziołami jako środkami zapobiegającymi ciąży, aby uniknąć zarzutów grzeszności, pokuty religijnej i ścigania karnego. Na początku X w. rzucono wyzwanie zdecydowanej postawie prokreacyjnej katolickiego kleru. Roman Tokarczyk opisuje, że swoboda erotyczna katarów wywołała oburzenie ortodoksyjnych kół katolickich. W związku z tym w 1139 r. oskarżono ich o herezję. W 1215 r. wezwano do masowej, świętej krucjaty przeciwko nim. Jednocześnie prawo kanoniczne surowo potępiło antykoncepcję w małżeństwie oraz poza więzami małżeńskimi. Myśl Tomasza z Akwinu dostarczyła prawnonaturalnych uzasadnień dla takiego potępienia. Krzewiciele protestantyzmu podtrzymywali

¹³⁹ R. Tokarczyk, *Normatywne ujęcie antyprokreacji*, „Roczniki Socjologii Rodziny” 2020, nr XII, s. 214.

¹⁴⁰ K. Meisenbacher, *op. cit.*, s. 1–4.

katolicki sprzeciw wobec antykoncepcji. W połowie XVII w. pojawił się nowy środek antykoncepcyjny – kondom. Roman Tokarczyk zauważa, iż ów środek nie został rozpowszechniony z powodu wygórowanej ceny i ówczesnych przeciwskażeń lekarskich. Antykoncepcja stosunkowo małą rolę ogrywała w Chinach, w których w latach 1650–1850 populacja ludności wzrosła gwałtownie. U schyłku XVIII w., głównie z powodu szybkiego przyrostu naturalnego, ukształtował się w Europie korzystny klimat dla antykoncepcji. Zaczęły pojawiać się nowe środki antykoncepcyjne. Znany filozof angielski Jeremy Bentham zalecał kobietom stosowanie gąbki w charakterze środka zapobiegającego ciąży. Z kolei XVIII stulecie to wiek idei kontrolowania urodzeń. Owa idea została powitana niezbyt przychylnie przez myśl katolicką i protestancką. Poniekąd ruch kontrolowania urodzeń zaczął zataczać coraz szersze kręgi – od Europy, przez Amerykę, aż do Japonii¹⁴¹. W XIX i XX w. antykoncepcja została potraktowana jako antidotum na aborcję. Położono wówczas nacisk na różnice pomiędzy zapobieganiem i przerywaniem ciąży. Jednakowoż dla wielu kobiet w XIX i na początku XX w. rozróżnienie na antykoncepcję i przerywanie ciąży (aborcję) było obce¹⁴². Świadoma kontrola nad własną płodnością ma tak naprawdę miejsce od pierwszej dekady II połowy XX w. Związana jest z decydowaniem o czasie zajścia w ciążę i liczbie potomstwa¹⁴³. Doustna tabletki antykoncepcyjna stała się symbolem wyzwolenia kobiet. Została uznana za jedno z najważniejszych odkryć XX w.¹⁴⁴ Za moment, gdy ludzkość wygrała z biologią, uznawany jest rok 1951. Wówczas to zespół pod kierunkiem Carla Djerassiego przeprowadził udaną syntezę noretyndronu (substancji o strukturze podobnej do progesteronu, regulującego owulację). W 1960 r. do aptek trafiła pierwsza pigułka antykoncepcyjna, która wywołała kulturową rewolucję¹⁴⁵. Na początku XX stulecia najwybitniejsi naukowcy zajmowali się nową dziedziną wiedzy, badaniem hormonów, i tak powstał pomysł zastosowania nowoczesnych odkryć do regulacji porodów. Jednak dopiero dwadzieścia lat później, kiedy amerykański chemik Russell Marker odkrył korzeń dzikiego ignamu jako bogate źródło hormonów steroidowych, praktyczne zastosowanie antykoncepcji hormonalnej stało się

¹⁴¹ R. Tokarczyk, *Normatywne ujęcie antyprokreacji...*, s. 214–217.

¹⁴² S. Kuźma-Markowska, *Stan badań nad historią antykoncepcji w XIX i XX wieku*, „Przegląd Historyczny” 2009, t. C, z. 3, s. 604.

¹⁴³ M. Bińkowska, R. Dębski, A. Bednarowska-Flisiak, *Wiedza i opinie o antykoncepcji wśród kobiet polskich w wieku 45–54 lata*, „Przegląd Menopauzalny” 2004, nr 6, s. 18.

¹⁴⁴ R. Dębski, *Antykoncepcja – metody zapobiegania niepożądaney ciąży. Część II. Medyczne (nienaturalne) metody zapobiegania niepożądaney ciąży*, „Ginekologia Polska” 2007, nr 78, s. 837.

¹⁴⁵ J. Podgórska, *op. cit.*, s. 11.

realne. Aczkolwiek to kobieta nadała praktyczne zastosowanie odkryciom naukowym. Pielęgniarka i feministka Margaret Sanger zainteresowała się antykoncepcją hormonalną Gregory'ego Pincusa, biologa zajmującego się rozmnażaniem. Jej inicjatywie oraz finansowaniu z datków społeczeństwo zawdzięcza to, że naukowcy mogli szukać najskuteczniejszych kombinacji hormonów. Historia pigułki hormonalnej w różnych krajach wyglądała trochę inaczej. Przykładowo zachodnie Niemcy musiały jeszcze poczekać na pierwszą pigułkę. Firma Schering zdecydowała się wkroczyć na ryzykowny rynek we wrogo nastawionych do seksu Niemczech i wprowadziła na rynek preparat Anovlar. Prapigulka została następnie wprowadzona w Europie Zachodniej jako „preparat na zaburzenia cyklu”. Jej działanie jako zabezpieczenie przed poczęciem zostało wspomniane jedynie marginesowo na załączonej do opakowania ulotce. Lekarzom polecono zapisywanie jej jedynie zameżnym kobietom z dwójką dzieci, ponieważ rząd propagował małżeństwa z dwójką dzieci. Ówczesne NRD zareagowało na nielegalne sprowadzenie zachodniej pigułki produkcją własnego preparatu. W 1965 r. firma VEB Jenapharm wprowadziła Ovosiston. Historia antykoncepcji hormonalnej dotarła w ten sposób do w pełni zasłużonego *happy endu*. Ruch studencki w 1968 r. przełamał seksualne tabu i rozpoczął dyskusję na temat rozdzielenia seksualności i rozmnażania. Działanie pigułki przestało być odtąd postrzegane jedynie jako medyczne. Pojawił się aspekt socjokulturowy. Od początku stosowanie pigułek obciążone było strachem i niepewnością, ponieważ antykoncepcja nie była wolna od skutków ubocznych i ryzyka. Trzeba przyznać, że nauka nie spoczęła na laurach po wprowadzeniu pierwszych pigułek, tylko dołożyła starań, aby obniżyć ryzyko zdrowotne przez stosowanie alternatywnych metod hormonalnych. Wspomnijmy, iż pierwsza pigulka miała dużą zawartość estrogenu – 150 mg. Z kolei pierwsza minipigulka, dostępna od 1973 r., zawierała już tylko 50 mg etynyloestradiolu¹⁴⁶. Pomijając różnice właściwe dla poszczególnych państw, można powiedzieć, iż antykoncepcja wiąże się z feminizacją pigułek hormonalnych, zwróceniem uwagi na fakt, iż antykoncepcja to nie tylko sfera kobieca¹⁴⁷, co mieści się w popularnym hasle feministek: „personal is the political”¹⁴⁸, pozostającym w sferze dysputy na temat podziału publiczny/prywatny, wskazującym w pewnym sensie na trady-

¹⁴⁶ S. Knöpfel, K.O.K. Hoffmann, *op. cit.*, s. 32–33.

¹⁴⁷ S. Kuźma-Markowska, *op. cit.*, s. 605 i n.; J. Podgórska, *op. cit.*, s. 606–607.

¹⁴⁸ Zdaniem feministek już sama koncepcja obywatelstwa odzwierciedla męskie doświadczenia ze sferą publiczną, ignorując doświadczenia kobiet związane ze sferą prywatną. R. Nawoj-ski, M. Pluta, K. Zielińska, *The Black Protests: a struggle for (re) definition of intimate citizenship*, „Praktyka Teoretyczna” 2018, nr 4(30), s. 57.

cje i podział ról pomiędzy kobietami i mężczyznami¹⁴⁹. Wedle myśli feministycznej antykoncepcja pozwala na kontrolę własnej fizjologii przez kobiety. Natomiast odcięcie od edukacji seksualnej i refundowanych środków antykoncepcyjnych powoduje udomowienie kobiet. Feminizm, wiedza na temat seksualności/biologii i środki antykoncepcyjne zdają się zagrażać patriarchatowi¹⁵⁰. Antykoncepcja awaryjna, mieszcząca się w ramach antykoncepcji hormonalnej, jest dostępna od lat 60. XX w. Wówczas kobiety, które chciały zmniejszyć ryzyko zajścia w ciążę po stosunku płciowym bez zabezpieczenia, otrzymywały przez pięć dni wysokie dawki estroge-
nu. W 1984 r. pierwszy zarejestrowany jako antykoncepcja awaryjna lek, Schering PC4, wprowadzony został na rynek farmaceutyczny Wielkiej Brytanii¹⁵¹. Zaznaczmy, iż w latach 60. XX w. zaczęła się szybko zmieniać polityka reprodukcyjna w państwach Europy i w Stanach Zjednoczonych. Po latach zakończono sukcesem testy na terenie Puerto Rico. W związku z tym w 1957 r. firma farmaceutyczna Searle wypuściła Enovid na amerykański rynek. Technicznie miał być przeznaczony do leczenia schorzeń ginekologicznych, aczkolwiek w opisie mowa była również o „możliwym działaniu antykoncepcyjnym”. Pigułka wyprodukowana przez Searle nie była pierwszą w historii próbą wprowadzenia kontroli nad poczęciem. Wiemy już, że przez całe stulecia przed jej pojawieniem się kobiety i mężczyźni stosowali antykoncepcję w różnych formach – od mikstur na bazie krokodylego łajna i niedojrzałej akacji (ulubiona metoda starożytnych Egipcjan), przez stosunek przerywany, po prezerwatywy z baranich jelit¹⁵². Jednakże do końca XIX w. pojęcie planowania rodziny na większą skalę aniżeli poszczególnych rodzin jako specyficznych jednostek praktycznie nie istniało. Występowała natomiast wysoka umieralność noworodków i dzieci, a także kobiet przy porodach¹⁵³. Pigułka antykoncepcyjna stała się jednak metodą inną niż wszystkie ją poprzedzające, gdyż była bezpieczna, prosta w użyciu, składała w ręce kobiet władzę nad ich płodnością¹⁵⁴.

¹⁴⁹ Por. J. Hannam, *Feminizm*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Warszawa 2007, s. 143; P. Fairfield, *Public/private*, Rowman Littlefield Publishers 2005, s. 11 i n.

¹⁵⁰ Szeroko na ten temat: M. Środa, *Kobiety i władza*, wyd. I, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 2009.

¹⁵¹ P. Merks, *Antykoncepcja awaryjna w aptekach w UK, USA i Kanadzie*, https://www.researchgate.net/publication/378775773_Antykoncepcja_awaryjna_w_aptekach_w_UKUSA_i_Kanadzie [dostęp: 13.05.2024].

¹⁵² D.L. Spar, *Supermenki. O seksie, władzy i pogoni za perfekcją*, przeł. K. Sławińska, Wydawnictwo Poradnia K, Warszawa 2014, s. 112.

¹⁵³ J. Szczepankiewicz-Battek, *Religie świata wobec problemów reprodukcji*, [w:] A. Szlagowska (red.), *Problemy zdrowia reprodukcyjnego kobiet*, t. 3: *Zdrowie reprodukcyjne w kontekście zmian społeczno-kulturowych na przestrzeni wieków*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Wrocław 2020, s. 23–24.

¹⁵⁴ D.L. Spar, *op. cit.*, s. 112–113.

Poniekąd ten wpływ społeczny i kulturowy powoduje, iż możemy wskazać przynajmniej dwa podejścia do antykoncepcji, w tym antykoncepcji awaryjnej: tradycyjne¹⁵⁵, oparte na religii, oraz feministyczne. Klasyczki literatury feministycznej zwróciły uwagę na biologiczną specyfikę kobiet¹⁵⁶, implikując społeczno-polityczne konsekwencje, co związane jest z faktem, że sposób życia kobiet, w odróżnieniu od mężczyzn, w znacznym stopniu determinowany jest procesami fizjologicznymi: cyklem menstruacyjnym, ciążą, porodem, połogiem, karmieniem piersią. Ciało kobiece uwikłane jest politycznie od połowy XVIII w., czyli momentu rozpoczęcia badań nad fizjologią kobiecą. Do kobiet zostały przypisane funkcje cielesne, co spowodowało ich społeczną degradację, prawną i technologiczną kontrolę nad m.in. płodnością, antykoncepcją i aborcją¹⁵⁷. W patriarchalnym świecie ludzie postrzegani jako słabsi muszą być poddani kontroli. Zwykle pragnienie kontroli nad drugim człowiekiem dotyczy kobiet, dzieci i ludzi postrzeganych jako gorsi¹⁵⁸. Francuski badacz Michel Foucault był zwolennikiem tezy dotyczącej medykalizacji seksualności, przejawiającej się m.in. socjalizacją zachowań prokreacyjnych, w których chodzi o uekonomicznienie ich drogą fiskalnych unormowań, np. poprzez przestrzeganie praktyk kontroli urodzin jako patogennych dla jednostek i całego gatunku¹⁵⁹. Justyna Tabaszewska, idąc za metaforą Foucaulta – nadzorować i karać, pokazuje, iż niektóre hormony cieszą się złą sławą, zwłaszcza estrogen i progesteron. Apokaliptyczną wizję działania estrogenów występujących w ekosystemie przedstawiały kiedyś środowiska prawicowe, winiąc m.in. za „zniewieścienie” mężczyzn estrogeny obecne w wodzie, które miały się w niej znajdować z winy kobiet stosujących antykoncepcję hormonalną. Hormony dostarczane „z zewnątrz”, w po-

¹⁵⁵ W literaturze podkreśla się, iż problemy wynikające z tradycyjnej etyki medycznej są obecnie rozwiązywane w świetle nowej metodologii. Do owych problemów zaliczana jest antykoncepcja. S. Biały, *Sprawy rodziny: podstawowe elementy dyskusji nad bioetyką jako nauką*, „Studia nad Rodziną UKSW” 2015, XIX nr 2(37), s. 21.

¹⁵⁶ Zwolennicy teorii feministycznych oddzielają kobietę od ciała. Niezadowolenie kobiet z własnego ciała często stanowi przyczynę wielu zaburzeń, takich jak np. anoreksja, kłopoty z tożsamością czy własną godnością. M.B. Pecyna, *Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka w świetle psychologii klinicznej*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1998, s. 111.

¹⁵⁷ L. Nowakowska, *Kolonizacja ciała kobiety. Ciąża i poród w perspektywie feministycznej*, [w:] M. Marczevska-Rytko, D. Maj, M. Pomarański (red.), *Feminizm*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej, Lublin 2015, s. 310–311.

¹⁵⁸ J. Kopińska, *Współczesna wojna*, Wydawnictwo Świat Książki, Warszawa 2022, s. 213.

¹⁵⁹ E. Bińczyk, *Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy*, [w:] W. Piątkowski, A. Titkow (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2002, s. 181–193.

staci syntetycznej, były najczęściej winione za prawie wszystkie nieszczęścia współczesności. Antykoncepcja hormonalna miała być dla kobiet szkodliwa nie tylko zdrowotnie, ale i moralnie, głównie w doktrynie Kościoła katolickiego, przyczyniając się do upadku zarówno tych grzesznych istot, które je używają, jak i całego społeczeństwa. Antykoncepcja miała odpowiadać za ujemny przyrost naturalny w Polsce. Szkodliwość antykoncepcji była stopniowalna. Za większe zło od tabletek antykoncepcyjnych była uważana antykoncepcja awaryjna. Fakt, że tabletki antykoncepcyjne składają się z syntetycznych odpowiedników dokładnie tych samych hormonów płciowych, które są wydzielane w większej ilości w czasie ciąży, przed którą lek ten ma chronić, praktycznie nie przedostał się do dyskursu publicznego. Co ciekawe, nigdy nie zostało zadane pytanie, czy przypadkiem ciąża sama w sobie, jako stan fizjologiczny, bez żadnych możliwych komplikacji, nie jest dla kobiet również szkodliwa? Konsekwencje owego pytania w kontekście ograniczeń narzucanych kobietom odnośnie do podejmowanych decyzji o rozpoczęciu i kontynuacji ciąży zostały pominięte¹⁶⁰.

Może jest to związane z faktem, że kontrola nad dietnością i sławienie macierzyństwa w ujęciu historycznym powiązane jest z zapaścią demograficzną Europy oraz apoteozą dietności ze względów politycznych¹⁶¹, stanowi zaprzeczenie wolności i wyboru, jaką w sferze fizjologii dają środki antykoncepcyjne. Antykoncepcja, w tym antykoncepcja awaryjna, w ujęciu feministycznym jest postrzegana jako istotny element emancypacji, wyzwolenia kobiet, umożliwiający im podejmowanie decyzji dotyczących własnego ciała i życia seksualnego¹⁶², przyczyniająca się do zmniejszenia niechcianych ciąż, a tym samym aborcji. Antykoncepcja awaryjna bez recepty jest jednym z najlepszych sposobów zapobiegania aborcjom. W krajach z bardzo restrykcyjnym prawem aborcyjnym antykoncepcja awaryjna jest jedyną dostępną metodą, dzięki której można uniknąć nieplanowanego rodzicielstwa¹⁶³. Pozwala na naprawę pomy-

¹⁶⁰ J. Tabaszewska, *Hormony społeczne. Od metafory do polityki hormonalnej*, „Teksty Drugie. Teoria literatury, krytyka, interpretacja. Literatura i hormony społeczne” 2024, nr 4, s. 24–25.

¹⁶¹ J. Petry-Mroczkowska, *Feminizm-antyfeminizm. Kobieta w kościele*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2012, s. 166 i n.

¹⁶² P. Młynarska, *Okrutna jak Polka*, Wydawnictwo Prószyński i S-ka, Warszawa 2022, s. 121 i n., s. 192.

¹⁶³ M.M. Lech, L. Ostrowska, E. Świątek, *Emergency contraception with a country with restricted access to contraceptives and termination of pregnancy, a prospective follow-up study*, „Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica” 2013, nr 92, s. 1183–1187.

łek w stosowaniu antykoncepcji zwykłej. Myślenie o antykoncepcji awaryjnej i środkach wczesnoporonnych w tych samych kategoriach doprowadza do dramatu aborcji¹⁶⁴. W Polsce stosunek do nowoczesnej antykoncepcji jest dwojaki. Z jednej strony antykoncepcja atakowana jest przez Kościół katolicki¹⁶⁵ i organizacje o korzeniach chrześcijańskich z nim związane, z drugiej strony – spotyka się z coraz powszechniejszą akceptacją i stosowaniem przez kobiety. Traktowanie antykoncepcji przez długi czas jako tematu wstydliwego stanowiło wynik niedostatecznej wiedzy Polaków na temat własnego ciała, tudzież negatywnej oceny doktryny katolickiej¹⁶⁶, która nie uznawała kontroli urodzeń¹⁶⁷. Brak edukacji w odniesieniu do zdrowia reprodukcyjnego i antykoncepcji został zauważony przez Agnieszkę Marię Wasieczko, która nie zgadza się z przeciwnikami antykoncepcji i podawaną przez nich argumentacją. Owa argumentacja sprowadza się do wskazywania na antykoncepcję jako zło, atrybut zepsucia i rozwiązłości. Przeciwnicy stosowania środków antykoncepcyjnych stwierdzają, iż środki antykoncepcyjne są niebezpieczne dla zdrowia kobiet, są modą, za którą kobiety płacą wysoką cenę w postaci braku możliwości zajścia w ciążę lub jej donoszenia. W stosunku do antykoncepcji hormonalnej używają zwrotów „podstępna i niebezpieczna”. W ich ocenie firmy farmaceutyczne nie informują o szkodliwości środków antykoncepcyjnych, tym samym pacjenci mają nie mieć wiedzy, czy tabletki antykoncepcyjne są szkodliwe, czy bezpieczne. Wasieczko w swojej polemice wskazuje, iż pigułki hormonalne to najbezpieczniejszy i najpewniejszy środek antykoncepcyjny, który zmniejsza ryzyko pojawienia się m.in. raka trzonu macicy, zmniejsza przerost jej ściany, a same pigułki antykoncepcyjne są używane przy leczeniu niepłodności¹⁶⁸. Badaczka stara się pokazać,

¹⁶⁴ I. Krzyczkowska, *Kto tu kogo terroryzuje?*, „Krytyka Polityczna”, 4.04.2016, <https://krytykapolityczna.pl/kraj/kto-tu-kogo-terroryzuje/> [dostęp: 10.05.2024].

¹⁶⁵ Por. J. Olszewski et al., *The use of emergency contraception in young Polish women*, „Acta Obstetricia et Gynecologica” 2007, nr 86, s. 861–869.

¹⁶⁶ Przykładowo przedstawiciele doktryny katolickiej nie uznają za przejaw dyskryminacji braku refundacji antykoncepcji. Arkadiusz Olczyk uzasadnia to poprzez wskazanie, że antykoncepcja nie jest lekarstwem ratującym życie, tylko środkiem, który w jego mniemaniu ma zapewnić przyjemną rozrywkę. A. Olczyk, *Czy feministki reprezentują interesy kobiet? Refleksja moralisty...*, „Częstochowskie Studia Teologiczne” 2006, nr XLIV, s. 127–128.

¹⁶⁷ E. Wejbert-Wąsiewicz, *Antykoncepcja jako tabu. O nieważności tego, co ważne*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja” 2015, t. 18, nr 4(72), s. 70–71.

¹⁶⁸ Odstawienie antykoncepcji nie ma wpływu na zasadnicze przyczyny upośledzonej płodności lub niepłodności. Każdy przypadek powinien być rozpatrywany indywidualnie. I.B. Ressler, T. Jain, *Odwracalne metody antykoncepcji: wpływ na przyszłą płodność*, „Ginekologia po Dyplomie” 2010, listopad, s. 48.

iż przeciwnicy środków antykoncepcyjnych pod pozorem naukowości szerzą swoją ideologię, a w dyskursie zagłuszani są ci, którzy odwołują się do najnowszych standardów wiedzy medycznej. A.M. Wasieczko nie zgadza się z retoryką, wedle której kobiety są ofiarą antykoncepcji. Przywoływana autorka sprzeciwia się też łączeniu antykoncepcji z postawami obyczajowymi oraz sporami ideowo-politycznymi¹⁶⁹.

W walce o prawa reprodukcyjne widoczna jest współcześnie kobieca mobilizacja i opór w przestrzeni publicznej¹⁷⁰, skorelowany z upolitycznieniem praw reprodukcyjnych w Polsce, gdzie trudno jest o debatę publiczną, a antykoncepcja została umiejscowiona obok aborcji oraz eutanazji i co więcej – potraktowana jako zagrożenie dla życia, które niesie ze sobą Unia Europejska¹⁷¹. Podkreślany jest ponadto społeczno-ekonomiczny wymiar zróżnicowania praw reprodukcyjnych w Polsce w kontekście dostępu do środków antykoncepcyjnych¹⁷². Upolitycznienie antykoncepcji wynika w pewnym sensie z faktu, iż antykoncepcja ściśle wiąże się z przyrostem naturalnym, albowiem używanie środków antykoncepcyjnych oznaczało/oznacza jego spadek¹⁷³. Z drugiej strony wzrost populacyjny wymusza nowe osobiste i społeczne decyzje dotyczące seksu reprodukcyjnego. Powszechnie dostępne formy antykoncepcji, takie jak np. tabletki antykoncepcyjne, ułatwiają coraz większy rozdział między seksem partnerskim i/lub rekreacyjnym a reprodukcją, stwarzając większe niż kiedykolwiek wcześniej możliwości zbliżeń dążących wyłącznie do przyjemności¹⁷⁴. Najważniejszym czynnikiem pozwalającym ludziom na utrzymanie swojej liczebności na zrównoważonym poziomie jest wolność kobiet. Nie chodzi tylko o wolność posiadania potomstwa, ale także wolność zdobywania wykształcenia, dostawania godziwej płacy oraz udziału w życiu kulturalnym i politycznym społeczeństwa. Jeżeli współżycie stanowiłoby nieistotny ele-

¹⁶⁹ A.M. Wasieczko, *Czy z Pospieszalskim można rozmawiać?: na marginesie programu publicystycznego „Warto rozmawiać”*, „Media – Kultura – Komunikacja Społeczna” 2006, nr 2, s. 149–151.

¹⁷⁰ B. Kowalska, R. Nawojski, *Uwaga, uwaga tu obywatelki! Obywatelstwo jako praktyka w czarnych protestach i strajkach kobiet*, [w:] E. Korolczuk, B. Kowalska, J. Ramme, C. Snochowska-Gonzalez, *Bunt kobiet. Czarne Protesty i Strajki Kobiet*, Europejskie Centrum Solidarności, <https://open.icm.edu.pl/items/ad0f1b59-2333-403a-9911-01afbc1a3b5f> [dostęp: 8.04.2024].

¹⁷¹ I. Desperak, *op. cit.*, s. 203–205.

¹⁷² D. Szelewa, *Prawa reprodukcyjne w Europie i w Polsce: zakaz, kompromis czy wybór?*, Warszawskie Debaty o Polityce Społecznej, nr 20, <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/war-schau> [dostęp: 15.03.2024].

¹⁷³ Por. S. Kuźma-Markowska, *op. cit.*, s. 605 i n.; J. Podgórska, *op. cit.*, s. 12–14.

¹⁷⁴ D. Karkowska (red.), Z. Izdebski, A. Janik, E. Baum, *op. cit.*, s. 37.

ment życia i mogło być z łatwością unikane przez kobiety i dziewczęta, nie pociągając dla nich negatywnych konsekwencji, to wolność reprodukcyjna mogłaby nie wymagać powszechnego dostępu do antykoncepcji. Jeśli środki antykoncepcyjne byłyby w pełni bezpieczne, skuteczne i dostępne dla wszystkich, to aborcja byłaby rzadziej potrzebna. Oczywiście nie jest to równoznaczne z wyeliminowaniem ciąży, które zagrażają życiu matki, będących skutkiem kazirodztwa czy gwałtu. Dostęp do antykoncepcji jest konieczny dla zachowania wolności reprodukcyjnej i dla dobrowolnej kontroli narodzin¹⁷⁵. Płodność traktowana jest jako właściwość, która podlega kontroli. W dyskursie naukowym pojawia się teza o przekonaniu jednostek, iż mają kontrolę nad płodnością, którą uzyskały dzięki postępowi technologicznemu. Owo przekonanie wykształciło się w związku z upowszechnieniem środków antykoncepcyjnych. Praktyki antykoncepcyjne bywają traktowane jako rytuał, który wzmacnia domniemanie płodności, a wiele kobiet utożsamia tabletkę antykoncepcyjną z pewnego rodzaju przełącznikiem, który pozwala im dowolnie włączać i wyłączać płodność poprzez „zahibernowanie” swojej zdolności do rodzenia dzieci¹⁷⁶. W Polsce na postawy wobec antykoncepcji duży wpływ wywarł Kościół katolicki¹⁷⁷, regulacje prawne, niedostatki w socjalizacji seksualnej realizowanej w rodzinach oraz niedostatecznie efektywna edukacja seksualna prowadzona w tym zakresie w szkole¹⁷⁸. Kościół odrzuca wszelką sztuczną antykoncepcję, zezwala jedynie na te jej formy, które wynikają z obserwacji kobiecego ciała i określonej abstynencji seksualnej. Wypowiedzi hierarchów w tym temacie są stabilne i spójne, oparte na argumentach religijnych (np. odwołanie do osobowego autorytetu Boga, papieży, bezosobowego autorytetu teologii, nauczania kościoła, tradycji chrześcijańskiej), jak i świeckich (np. powoływanie się na autorytet prawa, legitymizacje celowo-racjonalne, racjonalizacje naukowe)¹⁷⁹. Przedsta-

¹⁷⁵ M.A. Warren, *op. cit.*, s. 351–352.

¹⁷⁶ K. Walentynowicz-Moryl, *Kobiety o doświadczeniu trudnej prokreacji*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2020, s. 37.

¹⁷⁷ Istniejący w Polsce Ruch *pro-life*, opierający swoje poglądy na nauce społecznej Kościoła katolickiego, jest przeciwny antykoncepcji, aborcji i sztucznej prokreacji. Por. H. Gwiżdziel, *Schyłek feminizmu radykalnego – wzrost znaczenia ruchów pro-life na tle współczesnej sytuacji międzynarodowej*, „Teologia i Człowiek. Kwartalnik Wydziału Teologicznego UMK” 2017, nr 40(4), s. 141 i n.

¹⁷⁸ Z. Izdebski, K. Wąż, *Plany prokreacyjne i stosowanie antykoncepcji przez Polaków w wieku reprodukcyjnym*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2017, nr 15(2), s. 127.

¹⁷⁹ A. Szwed, *Typy legitymizacji w wypowiedziach hierarchów kościoła rzymskokatolickiego w Polsce na temat gender i praw reprodukcyjnych*, „Studia Socjologiczne” 2019, nr 3, s. 90, 100.

wiciele Kościoła katolickiego i środowiska konserwatywne postrzegają kobiety przez pryzmat macierzyństwa, tym samym odrzucają kontrolowanie poczęcia dziecka poprzez stosowanie środków antykoncepcyjnych¹⁸⁰. Jan Grzesica przyjmuje, iż etyka w chrześcijańskim rozumieniu ma charakter powinnościowy, a racją istnienia owej powinności nie jest „opłacalność”, która sprowadza się do osiągnięcia szczęścia. „Szczęściodajność” nie jest racją konstytutywną powinności moralnej. Przekonywującą racją jest godność osoby, ku której działanie jest skierowane, i godność osoby, która działa. Grzesica zauważa, że w dyskursie o antykoncepcji następuje pomieszanie pojęć. Wysiłki człowieka koncentrują się na różnorodności pomysłów i technicznych możliwości w dziedzinie antykoncepcji, z pominięciem odkrywania sensu samego małżeństwa oraz tkwiącej w tym związku obiektywnej celowości¹⁸¹. Zgodnie z oceną etyki chrześcijańskiej stosowanie metod antykoncepcyjnych nie jest godziwe, ponieważ stanowi świadome rozdzielenie aspektów jednoczenia i prokreacji, co przeczy istocie ludzkiej płciowości. Wobec tego etyka chrześcijańska za niegodziwe uznaje wszelkie działanie mające na celu przeszkodzenie prokreacji czy to na etapie przewidywania aktu małżeńskiego, czy w czasie jego trwania, czy też w okresie rozwoju jego naturalnych skutków, proponowane jako cel lub środek do osiągnięcia. Wedle etyki chrześcijańskiej akt małżeński ma dwa wymiary: jednoczenia i prokreacji. Oddzielanie tych dwóch wymiarów oznacza naruszanie głębokiej prawdy o płciowości. Etycy chrześcijańscy przyjmują, iż odpowiedzialne rodzicielstwo polega na ścisłym przyjęciu płciowości w całej prawdzie. W obliczu wyboru pomiędzy poczęciem, jego odłożeniem na później czy uniknięciem małżeństwo może decydować o tym, czy dokonywać aktów małżeńskich w chwilach, w których poczęcie jest możliwe (lub nie), nie naruszając obiektywnej prawdy tego aktu. Uwzględniając to zastrzeżenie, stwierdzić można, że skoro osoba stanowi jedność – całość, to nie jest odpowiedzialne takie manipulowanie aktem małżeńskim, że wyraża on jedynie wymiar psychologiczno-afektywny, a pomijany jest wymiar prokreacyjny. Ramón Lucas Lucas stawia pytanie o różnice pomiędzy metodami naturalnymi i antykoncepcją w sytuacji, kiedy para chce uniknąć poczęcia. Odpowiadając na owo pytanie, powoływany autor pisze: „Otóż, różnica polega na odmiennym stylu

¹⁸⁰ E. Krause, *Współczesna kobieta w kontekście macierzyństwa i roli matki*, „Wychowanie w Rodzinie” 2020, t. XXII, s. 49.

¹⁸¹ J. Grzesica, *Moralne zło antykoncepcji w świetle nauki Kościoła*, „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne” 1999, nr 32, s. 305 i n.

życia i odmiennym zachowaniu seksualnym osoby. Pomimo kłamliwych pozorów, których źródłem jest używana terminologia, podstawą oceny moralnej antykoncepcji nie jest jej «sztuczność». Prawdziwą stawką jest tu bowiem nie «technika», ale osobowy wymiar aktu małżeńskiego¹⁸². Ów autor dowodzi dalej, iż w antykoncepcji oddziela się zachowanie seksualne od bezpośredniej odpowiedzialności związanej z tym, że może być ono przyczyną pojawienia się nowego życia. Antykoncepcja ma zwalniać od obowiązku odpowiedzialności i działania (lub jego poniesienia) na jej fundamencie. W antykoncepcji akt seksualny, z natury głęboko związany z odpowiedzialną decyzją, zostaje od niej odłączony. Tym samym, jak zauważa Lucas Lucas, to, co sztuczne, działa samo z siebie i sprawia, że zmiany zachowań seksualnych stają się zbędne. Dowodzi, iż w przypadku metod naturalnych to podmiot winien zmieniać swoje zachowania seksualne, czyli podmiot poprzez akt wolny powstrzymuje się od dokonania aktu. To powstrzymywanie się nie ma wyłącznie aspektów negatywnych; jest aktem pozytywnym, decydującym w sposób wolny o powstrzymywaniu się od dokonania aktu seksualnego ze względu na związaną z nim odpowiedzialność. Jest to zatem prawdziwy akt odpowiedzialnego zachowania seksualnego. Natomiast w rozumowaniu Ramóna Lucasa Lucasa w przypadku antykoncepcji przerzuca się tę odpowiedzialność na techniczny wybieg. Dalej badacz zauważa, iż problemem nie jest to, że metody naturalne są godziwe, ponieważ są zgodne z naturalnym, czyli animalnym rytmem biologicznym kobiety, a sztuczna antykoncepcja jest niegodziwa, ponieważ zaburza naturę biologiczną. Lucas Lucas, tak jak przedstawiciele doktryny Kościoła katolickiego, przywołuje osobową godność miłości, problem moralności seksualnej. Autor ten napisał: „Fakt, że ludzka miłość przybiera postać wymiany seksualnej i w ten sposób wiąże się strukturalnie z prokreacją, nie zależy od arbitralnego wyboru naszej wolności. Stanowi «daną» rozumnej ludzkiej natury. Rozłączanie tej strukturalnej więzi przeczy nie tylko «biologicznej» naturze osoby, ale rozumnej naturze człowieka, to jest jedności osoby”. Co ciekawe, Lucas Lucas za godziwe uznaje stosowanie terapeutyczne środków antykoncepcyjnych, mających antykoncepcję jako skutek pośredni, potrzebnych bezpośrednio do leczenia jakiejś choroby¹⁸³. W literaturze z pogranicza teologii moralnej i psychologii można znaleźć szereg zarzutów kierowanych pod adresem hormonalnych me-

¹⁸² R. Lucas Lucas, *Bioetyka dla każdego*, przeł. A. Wojnowski, Wydawnictwo Święty Paweł, Częstochowa 2005, s. 66.

¹⁸³ *Ibidem*, s. 66–68.

to antykoncepcyjnych. Jednym z nich jest stwierdzenie, iż antykoncepcja jest szkodliwa nie tylko moralnie, ale też psychologicznie. W ocenie jej przeciwników antykoncepcja zmierza do utrwalenia instrumentalnego traktowania współmałżonka i nieliczenie się ze sferą jego psychofizycznej osobowości. Ponadto ma ona sprowadzać wspólne przeżywanie płciowości tylko do fizycznego zadowolenia, co ma sprzyjać zaspokajaniu potrzeb amatorów przygód seksu. Przeciwnicy antykoncepcji hormonalnej traktują ją jako wstęp do decyzji o przeprowadzeniu aborcji¹⁸⁴.

Dyskusja nad terminologią dotyczącą zdrowia seksualnego i rozrodczości w Polsce nie jest nowa. Edyta I. Rudolf przypomina, iż w latach 20. i 30. XX w. doktorzy Herman Rubinraut [Henryk Babiniak], Henryk Kłuszyński oraz Justyna Budzińska-Tylicka pracowali nad sposobami rozpowszechniania wiedzy dotyczącej sposobów zapobiegania ciąży. Przekonywali o słuszności idei regulacji urodzeń, a także uświadamiania mas ludowych oraz świata pracy umysłowej i fizycznej o niezbędności stosowania środków zapobiegawczych, ażeby przeciwdziałać nadmiernej rozrodczości. Uwypuklano potrzebę dostarczania takich środków w publicznych poradniach. Dzięki działalności doktora Kłuszyńskiego i Tadeusza Boya-Żeleńskiego Sekcja Regulacji Urodzeń Robotniczego Towarzystwa Służby Społecznej otworzyła w 1931 r. w Warszawie pierwszą poradnię regulacji urodzin. W Polsce w tym czasie krystalizował się ruch „świadomego macierzyństwa”, który stanowił odpowiednik ruchów mających miejsce w Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych¹⁸⁵. Wymieniona wcześniej Justyna Budzińska-Tylicka była działaczką socjalistyczną i liderką polskiego ruchu feministycznego, angażowała się w akcje na rzecz praw kobiecych, świadomego macierzyństwa (antykoncepcja)¹⁸⁶, reformy obyczajów seksualnych. W artykule opublikowanym na łamach socjalistycznego „Głosu Kobiet” Budzińska-Ty-

¹⁸⁴ A. Rutkowska et al., *Metody zapobiegania ciąży w ocenie kobiet w wieku rozrodczym a deklarowana istotność wiary katolickiej – badania pilotażowe*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, t. 18, nr 2, s. 114.

¹⁸⁵ E.I. Rudolf, *Zdrowie reprodukcyjne kobiet – rozważania terminologiczne*, [w:] A. Szlagowska (red.), *Problemy zdrowia reprodukcyjnego kobiet*, t. 1: *Wstęp do badań*, Wydawnictwo Quaestio, Wrocław 2016, s. 17.

¹⁸⁶ Zob. interesujące badania na temat macierzyństwa, płodności, zdrowia kobiet, bez uwzględnienia antykoncepcji: B. Skrętowicz, J. Bylina, *Zdrowotne aspekty procesu rozrodczości kobiet większych w świetle analizy ścieżki (na podstawie materiałów ogólnopolskiego badania reprezentacyjnego 1990)*, [w:] *Materiały na Konferencję Jubileuszową Łódź, 27–28 listopada 1997 r., Profesor Edward Rosset demograf i statystyk – w setną rocznicę urodzin*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1997, s. 83–104.

licka została sportretowana jako idealna żona i matka, która została lekarzem, by nieść pomoc biednym i cierpiącym¹⁸⁷. Justyna Budzińska-Tylicka określiła „macierzyństwo świadome” jako hasło współczesnej kobiety uświadomionej i „uobywatelnionej”¹⁸⁸. Zależność między macierzyństwem a pracą społeczną przyjmowała także odwrotny kierunek. Zwolennicy aktywizacji kobiet uważali, że zaangażowanie społeczne jest warunkiem koniecznym dobrego wywiązywania się z obowiązków macierzyńskich, gdyż tylko kobieta świadoma i społeczna, która od urodzenia wpływa pozytywnie na swoje dziecko poprzez wszczęcie mu dobroci i świadomości, może być dobrą żoną i matką¹⁸⁹. W tym okresie edukowano społeczeństwo, iż przymusowe macierzyństwo jest szkodliwe nie tylko dla kobiet, ale także dla ich dzieci oraz, szerzej, społeczeństwa. „Niechciane dzieci” stanowią ciężar dla państwa. Przed II wojną światową przeciwstawiano świadome macierzyństwo – przymusowemu macierzyństwu. Zauważano, iż brak kontroli przyrostu ludności w Polsce prowadzi do wzrostu nędzy i bezrobocia, zwiększa działania kryminogenne. Dodajmy, iż w tym okresie dążono do zwiększenia liczby ludności kraju z uwagi na sytuację polityczną i konieczność zwiększenia siły militarnej państwa. Działalność wspomnianych społeczników została przerwana przez wybuch II wojny światowej. Edyta I. Rudolf wysnuwa wniosek, iż opisane wcześniejsze działania nie były w okresie późniejszym zauważalne, a problematyka antykoncepcji w Polsce wciąż wydaje się nowa. Współautorki raportu Centrum Praw Kobiet (Urszula Nowakowska, Maja Korzeniewska) w 1990 r., pisząc o prawach kobiet w sferze prokreacji, mówiły wprost, iż Polska jest jednym z nielicznych krajów, w których nastąpił regres w zakresie dostępności do metod i środków planowania rodziny¹⁹⁰. Z badań przeprowadzonych w 2014 r. wynika, że jedynie 60% Polaków korzysta ze środków antykoncepcyjnych. W tej grupie najbardziej popularnymi metodami zapobiegania ciąży są używanie prezerwatywy (54% respondentów), pigułki antykoncepcyjnej (31%) i stosunek przerywany (18%). Tylko 3% respondentek jako metodę zapobiegania ciąży wskazało nowoczesne metody, do których zalicza się pierścień dopochwowy, plaster antykoncepcyjny, implant czy wkładkę wewnątrzmaciczną. Z publikowanych badań wynika, iż coraz mniej osób

¹⁸⁷ D. Kałwa, *Nowoczesna społecznica? Modele działalności społecznej kobiet w Polsce (w dwudziestoleciu międzywojennym)* [w:] A. Małek, K. Slany, J. Szczepaniak-Wiecha (red.), *Z zagadnień pracy socjalnej w Polsce i w świecie*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2006, s. 76.

¹⁸⁸ E.I. Rudolf, *op. cit.*, s. 17.

¹⁸⁹ D. Kałwa, *op. cit.*, s. 76.

¹⁹⁰ E.I. Rudolf, *op. cit.*, s. 17–18.

stosuje metody naturalne (tzw. kalendarzyk małżeński) – 20% respondentów w 2007 r., a 12% w roku 2012. Dość popularne korzystanie z metody stosunku przerywanego czy kalendarzyka małżeńskiego jest uzasadniane przekonaniami religijnymi, ale też czynnikiem ekonomicznym. Metody te nie wymagają bowiem nakładów finansowych¹⁹¹. Z badań przeprowadzonych przez Durex w 2010 r. wynika, że 49% młodych ludzi czuło zakłopotanie przy zakupie prezerwatywy. Szczególnie wśród młodych kobiet pojawiało się subiektywne przekonanie, że mimo odbytego stosunku nie dojdzie do zapłodnienia¹⁹². Badania przeprowadzone na młodych wykształconych kobietach pokazały, iż stosują one doustną antykoncepcję hormonalną w celu uniknięcia nieplanowanej ciąży¹⁹³.

Współcześnie w Polsce zwracana jest uwaga na „sekspozytywność”. Jest ona silnie związana z ciałopozytywnością. Wspomnijmy w tym miejscu, iż historia tego ruchu rozpoczęła się w latach 80. Po raz pierwszy pojawiła się w pracach psychoanalityka Wilhelma Reicha. Ruch Pozytywności Seksualnej ma na celu uwolnienie seksualności od religijnych, konserwatywnych i normatywnych ograniczeń i „moralności” seksualnej. Sekspozytywność określa seks jako praktykę konsensualnego współżycia i swobodnej ekspresji. Założenia sekspozytywności odnoszone są także do młodych dziewcząt w zakresie ich edukacji na temat świadomej zgody na stosunek seksualny, antykoncepcji, aborcji i chorób przenoszonych drogą płciową¹⁹⁴.

Sekspozytywność związana jest ściśle z antykoncepcją, w tym także awaryjną¹⁹⁵. Przypomnijmy, iż antykoncepcja awaryjna jako jedna z metod anty-

¹⁹¹ D. Szelewa, *op. cit.*, s. 11.

¹⁹² P.I. Jabłońska *et al.*, *Analiza porównawcza metod antykoncepcyjnych stosowanych przez studentki z dwóch wybranych regionów Polski*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2019, nr 9(4), s. 286.

¹⁹³ E. Wasilewicz *et al.*, *Stosowanie tabletek antykoncepcyjnych w grupie młodych kobiet*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2013, nr 15(2), s. 200–201.

¹⁹⁴ K. Akselrud *et al.*, *Model operacyjny centrów upełnomocnienia dziewcząt*, Wydawnictwo Fundacja Autonomia, Kraków 2021, s. 52.

¹⁹⁵ W maju 2017 r. na grupie FB Dziewuchy Dziewuchom pojawiły się posty na temat antykoncepcji awaryjnej w związku z toczącą się dyskusją medialną na jej temat. Stanowiły one wówczas 28% publikowanych na grupie treści. Zauważmy, iż problem antykoncepcji związany jest z kwestiami równościowymi, przemocą seksualną i prawami kobiet. H. Łazowska, *Dziewuchy Dziewuchom na Facebooku. Funkcjonowanie grupy w nowych mediach i jej oddziaływanie na wydarzenia pozawirtualne*, https://www.academia.edu/63377003/Dziewuchy_Dziewuchom_na_Facebooku_Funkcjonowanie_grupy_w_nowych_mediach_i_jej_oddzia%C5%82ywanie_na_wydarzenia_pozawirtualne [dostęp: 12.12.2024].

koncepcji została potraktowana przez Kościół katolicki jako środek wczesno-poronny¹⁹⁶, chodzi tutaj o tabletkę RU-486, której przypisywany jest charakter aborcyjny. W ogólności na gruncie religii katolickiej poszukiwano związku pomiędzy antykoncepcją a przerywaniem ciąży¹⁹⁷. Mniej kontrowersji budzą pigułki „dzień później” czy „pięć dni później”, oceniane przez krytyków jako działające antykoncepcyjnie lub aborcyjnie¹⁹⁸. W ogólności częstość stosowania preparatów antykoncepcyjnych w różnych krajach zależna jest od polityki medycznej państwa, warunków kulturowych, względów religijnych i zdrowotnych¹⁹⁹. Pandemia COVID-19, w opinii Shannona Kowalskiego, pokazała, że zdrowie reprodukcyjne, dostęp do środków antykoncepcyjnych, w tym czasie został zmarginalizowany, ukazując nierówności w dostępie do medycyny. Sytuacja związana z pandemią stanowi argument za rozszerzeniem dostępu do środków antykoncepcyjnych²⁰⁰.

Hinduski, kontrowersyjny, mistrz duchowny Osho wyrażał poglądy, iż duchowieństwo zajmuje się tylko wydawaniem poleceń z Watykanu, zakazów używania środków antykoncepcyjnych, głoszeniem, że stosowanie metod kontroli urodzin to grzech – tak jak aborcja, propagowanie jej lub legalizacja. Był zdania, że chrześcijańskich duchownych nie obchodzą nienarodzone dzieci, że dbają tylko o własne interesy, albowiem wiedzą, iż jeżeli nie będzie kontroli urodzin w postaci antykoncepcji i aborcji, to ludzkość popełni globalne samobójstwo z uwagi na duży przyrost ludności na świecie. Swoje przemyślenia opierał na

¹⁹⁶ A. Olczyk, *ELLAONE – trutka na dzieci i ich matki dostępna bez recepty. Okiem teologa moralisty*, „Częstochowskie Studia Teologiczne” 2015, nr XLIII, s. 99.

¹⁹⁷ Ksiądz Jerzy Bajda pisze, iż: „Antykoncepcja wraz ze swoją otoczką językową oswaja człowieka z myślą, że płodność jest jakąś „rzeczą”, którą można kontrolować przy pomocy określonej technologii, jak kontroluje się hodowlę roślin przy pomocy pestycydów. Jeśli pestycydy nie skutkują, trzeba wyrwać chwast; ale to jest tylko kwestia techniki, której stawia się najwyżej wymagania, by zapewnić maksimum komfortu i higieny. Mentalność zawarta w tej filozofii stawia życie ludzkie poza płaszczyzną wartości moralnych i poddaje je wyłącznie kryteriom „jakości” ocenianej z punktu widzenia pożytku i funkcjonalności. [...] To odczłowieczenie podmiotu płodności – poprzez świadomość, a także podświadomość i przez totalną kapitulację woli – sięga w głąb istoty ludzkiej, przede wszystkim w sferę płci i działań na niej opartych, narzucając całej tej sferze interpretację rzeczowo-mechanistyczną, biologiczno-deterministyczną i technologiczno-funkcjonalną”. J. Bajda, *Antykoncepcja a przerywanie ciąży (poszukiwanie istoty związku)*, „Tarnowskie Studia Teologiczne” 1995–1996, t. XIV, s. 305–323.

¹⁹⁸ A. Kobyliński, *op. cit.*, s. 81.

¹⁹⁹ R. Dębski, *op. cit.*, s. 837.

²⁰⁰ S. Kowalski, *Zdrowie reprodukcyjne kobiet: pandemia wymaga postępów, a nie regresu*, „Krytyka Polityczna”, <https://krytykapolityczna.pl/swiat/pandemia-zdrowie-seksualne-i-reprodukcyjne/> [dostęp: 3.01.2025].

sytuacji w Indiach. Co więcej – zauważył, iż Biblia nie wspomina, że sztuczne poronienie jest grzechem. Nie wspomina o tym, że kontrola urodzin jest grzechem, ponieważ antykoncepcja nie była kiedyś potrzebna. W dawnych czasach śmiertelność dzieci była wysoka. Z narracji Osho wynika, iż Kościół katolicki chce, aby było dużo ludzi na świecie. Owo przeludnienie połączone z biedą ma legitymizować chrześcijaństwo jako religię światową²⁰¹.

2.4. Aspekty prawne antykoncepcji, w tym antykoncepcji awaryjnej

Weronika Rosa traktuje Konstytucję RP²⁰² jako najważniejszy akt prawny, który ma szczególne znaczenie dla prawa antykoncepcyjnego w Polsce. Cytowana autorka przywołuje następujące artykuły Konstytucji: art. 18 (obowiązek ochrony macierzyństwa i rodzicielstwa przez państwo), art. 32 (zasada równości i zakaz dyskryminacji), art. 33 (zasada równości kobiet i mężczyzn), art. 47 (prawo do prywatności, w co wpisuje prawo do posiadania lub nie posiadania dziecka), art. 54 (prawo do pozyskiwania informacji, z którego wywodzi informację w zakresie dostępnych środków antykoncepcyjnych), art. 68 (prawo do ochrony zdrowia). Jakkolwiek, mając na względzie rolę Konstytucji jako aktu najwyższego w hierarchii źródeł prawa, należy przyjąć tok rozumowania Weroniki Rosy, iż antykoncepcja została potraktowana w sposób bardzo ogólny, gdyż Konstytucja RP nie odnosi się do niej wprost. Jako *lex specialis* należy potraktować wspomnianą już ustawę o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, która już w preambule uznaje prawo każdego do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci oraz prawo dostępu do informacji, edukacji, poradnictwa i środków umożliwiających korzystanie z tego prawa. Artykuł 2 ust. 2 nakłada obowiązek swobodnego dostępu do środków antykoncepcyjnych na organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego. Wprost o antykoncepcji stanowi tylko jeden przepis wspomnianej ustawy²⁰³.

²⁰¹ Osho, *Księga zrozumienia. Własna droga do wolności*, przeł. B. Grabska-Siwek, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2024, s. 53–55.

²⁰² Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483; z 2001 r. Nr 28, poz. 319; z 2006 r. Nr 200, poz. 1471; z 2009 r. Nr 114, poz. 946.

²⁰³ W. Rosa, *Prawne aspekty dostępu do antykoncepcji w Polsce*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2024, nr 2(15), s. 118–120.

Co się tyczy antykoncepcji awaryjnej, to trzeba mieć na uwadze, iż w 2014 r. Komisja Europejska po rekomendacji Europejskiej Agencji Leków oznajmiła, iż pigułkę „dzień po” można zażywać bezpiecznie bez recepty, co związane jest z bezpieczeństwem zawartych w niej substancji dla organizmu oraz niskiej częstości występowania działań ubocznych²⁰⁴. Dzięki rekomendacjom Unii Europejskiej antykoncepcja awaryjna na bazie octanu uliprystalu była w Polsce dostępna bez recepty przez krótki okres od kwietnia 2015 r. Dwa lata później sprzedaż została ponownie ograniczona²⁰⁵. Działaniem ograniczającym prawa reprodukcyjne w Polsce było ustawowe wprowadzenie antykoncepcji awaryjnej tylko na receptę. Ówczesny minister zdrowia zastrzyił dostęp do tabletki „dzień po”. Swoją decyzję uzasadnił nadużywaniem antykoncepcji awaryjnej przez nastolatki. Argumentacja ministra nie znalazła pokrycia w badaniach, z których wynika, iż tylko 2% nastolatków korzystało z antykoncepcji awaryjnej. Ograniczenie weszło w życie w momencie, gdy lekarze mogli powoływać się na tzw. klauzulę sumienia²⁰⁶, a sam minister stwierdził, iż skorzystałby z klauzuli sumienia nawet w przypadku, gdyby nastolatka została zgwałcona. Wobec tego dostęp do antykoncepcji awaryjnej został uzależniony od akceptacji przez lekarza, który mógł dokonywać oceny medycznej i moralnej. Ochrona integralności moralnej lekarza została uznana za ważniejszą niż kobiece prawo do antykon-

²⁰⁴ Stanowisko oficjalne IFMSA-Poland nt. świadomego planowania rodziny, https://ifmsa.pl/files/download/file=307_zg [dostęp: 8.03.2024].

²⁰⁵ *Samopomoc i DIY...*

²⁰⁶ Klauzula sumienia traktowana jest jako figura prawna, która stanowi część prawa do wolności myśli, sumienia i wyznania. Pozwala człowiekowi na powstrzymanie się od działania niezgodnego z jego sumieniem. Poszanowanie wolności sumienia ma stanowić wyznacznik praworządności państwa i zabezpieczać przed praktykami właściwymi dla państwa totalitarnego. Przy założeniu, iż sumienie danej osoby jest prawidłowo ukształtowane, klauzula sumienia ma umożliwiać działanie zgodne z prawem naturalnym. Problem pojawia się w sytuacji, gdy ustawodawca nakłada nakazy lub zakazy, których spełnienie jest równoznaczne z naruszeniem prawa naturalnego. Wówczas człowiek stawiany jest w trudnej sytuacji. Polega ona na wyborze pomiędzy posłuchem dla prawa a kierowaniem się własnym sumieniem i w konsekwencji prawem naturalnym. Kiedy ustawodawca nie chce lub z przyczyn politycznych nie może uchwalić prawa o innej treści, wtedy to znajduje zastosowanie klauzula sumienia. Jest ona porównywana do wyjścia awaryjnego. Przyjmuje się, że klauzula generalna powinna być wyjątkiem, a nie regułą, albowiem jej celem nie jest kwestionowanie całego prawa, lecz konkretnego przepisu, który w przekonaniu osoby, która korzysta z klauzuli sumienia, jest niezgodny z jej wartościami. W przypadku personelu medycznego konflikt sumienia jest traktowany jako niewralgiczny, w szczególności z uwagi na dylematy, jakie ze sobą niesie. K. Piasecka, A. Irzmańska-Hudziak, *Problem kontynuacji recepty na preparaty antykoncepcji hormonalnej przez pielęgniarki i położne w aspekcie filozoficzno-prawnym*, [w:] *Życie i płodność. Ujęcie interdyscyplinarne*, „Kwartalnik Naukowy FIDES ET RATIO” 2020, nr 3 (43), s. 381–382.

cepcji²⁰⁷. Środowiska *anti-choice* wprowadziły do języka pojęcie „tabletki wczesnoporonnej”. Wokół tego pojęcia została zbudowana otoczka moralna, analogicznie jak w przypadku aborcji²⁰⁸.

Brak konsensusu uwidocznił się w związku z projektem ustawy – o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne (Druk 185 w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów UD7). Zamierzeniem projektowanej regulacji był zwrot w kierunku przywrócenia spójności stanu prawnego ze stanem wynikającym z obowiązujących decyzji w przedmiocie dopuszczenia do obrotu produktu leczniczego albo z decyzji zmianowych w tym zakresie. W chwili prac nad przedmiotowymi zmianami dopuszczony do obrotu był jednostkowy środek antykoncepcyjny z grupy ATC G03A – hormonalne środki antykoncepcyjne do stosowania wewnętrznego, posiadający kategorię dostępności „wydawane bez przepisu lekarza – OTC”. W związku z tym celem omawianego rozwiązania legislacyjnego stało się dopuszczenie do obrotu bez recepty tylko i wyłącznie wskazanego leku. Prezydent Andrzej Duda zawetował nowelizację ustawy Prawo farmaceutyczne, przywracającą dostęp do antykoncepcji awaryjnej (tabletki ellaOne) bez recepty. Głównym powodem prezydenckiego weta stał się wiek, od którego dopuszczono możliwość samodzielnego zakupu wskazanej pigułki²⁰⁹. Kwestie przepisywania tabletek antykoncepcyjnych osobie nieletniej budzą pewne kontrowersje. Wyróżniane są bezwzględne i względne przeciwwskazania medyczne. W przypadku bezwzględnych następuje odmowa, a kiedy zachodzą przesłanki względne, wskazywana jest konieczność wyrażenia zgody przez przedstawiciela ustawowego. W dyskursie zakorzenił się pogląd, iż przepisywanie tabletek antykoncepcyjnych nieletniej pacjentce jest traktowane jako aprobata dla współżycia seksualnego²¹⁰. Intencją prawodawcy nie była zachęta ani propagowanie aktywności seksualnej wśród nastolatek. Proponowane zmiany w art. 96 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne²¹¹ miały na celu umożliwienie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia określe-

²⁰⁷ K. Kocemba, M. Stambulski, *op. cit.*, s. 147–148.

²⁰⁸ *Samopomoc i DIY...*

²⁰⁹ Prezydent Andrzej Duda zawetował ustawę o tabletkach „dzień po”, „Puls Medycyny”, 29.03.2024, <https://pulsmedycyny.pl/prezydent-andrzej-duda-zawetowal-ustawe-o-tabletkach-dzien-po-1212133> [dostęp: 12.04.2024].

²¹⁰ G. Jarząbek-Bielecka *et al.*, *Aktywność seksualna dziewcząt. Aspekty medyczne i prawne*, „Ginekologia Polska” 2012, nr 11, s. 833.

²¹¹ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, Dz. U. z 2022 r. poz. 2301 z późn. zm.

nie, w drodze rozporządzenia, wykazu produktów leczniczych będących środkami antykoncepcyjnymi o kategorii dostępności „wydawane bez przepisu lekarza – OTC”, których wydawanie wiąże się z dodatkowym wymogiem recepty. Kluczową determinantą zastosowania takiego rozwiązania miał być wiek osoby zamierzającej zastosować środek wskazany w projektowanej ustawie lub inne wymagania uzasadniające wydanie takiego produktu leczniczego na receptę. Projektodawca założył, iż jednym z możliwych scenariuszy będzie zainteresowanie do pewnego stopnia tego rodzaju środkami ze strony osób, które nie powinny ich w ogóle stosować ze względu na nieosiągnięcie dojrzałości płciowej. Fakultatywność wydania rozporządzenia daje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia możliwość oceny sytuacji w tym zakresie²¹². Według polskiego prawa karnego osoby, które ukończyły 15 lat, mogą legalnie podejmować aktywność seksualną. Jest to tzw. wiek przyzwolenia. Jednakże kultura, zwłaszcza ujęcie tradycyjne, nadal uważa osoby, które ukończyły 15 lat, za dzieci, które dla ich własnego dobra powinny być kontrolowane i podlegać władzy opiekunów dziecka. W związku z tym samodzielny dostęp do środków antykoncepcyjnych stanowi dla nich zagrożenie. I dlatego w wyniku troski o ich dobro i zdrowie dostęp do środków antykoncepcyjnych dla tej grupy powinien zostać zablokowany, analogicznie jak możliwość skorzystania z konsultacji ginekologicznej bez opiekuna prawnego. Owe poglądy mieszczą się w tzw. pedagogizowaniu dziecięcej seksualności²¹³. Kontakty seksualne podejmowane przez nastolatki mają określone znaczenie rozwojowe. Natomiast aktywność seksualna młodzieży zazwyczaj przebiega w podobny, charakterystyczny sposób, czyli od form mniej lub bardziej dojrzałych. Obecnie w Polsce, aczkolwiek nie tylko, obniżył się wiek inicjacji seksualnej. Najczęściej ma ona miejsce pomiędzy 15. a 18. rokiem życia. Przepisy prawne i medyczne stoją wobec siebie w kontraście. Ustalony wiek przyzwolenia w Polsce (ukończone 15 lat) i decyzja o podjęciu aktywności seksualnej przez nastolatki nie jest zgodna z ich funkcjonowaniem w odniesieniu do opieki prawnej (do ukończenia 18. roku życia) i konieczności wyrażenia przez opiekuna zgody na określone świadczenia medyczne. Osoba, która nie ukończyła 18 lat, uzyskuje pewne prawa jako pacjent po ukończeniu 16. roku życia. Udział opiekuna prawnego pacjenta, który ukończył 16. rok życia, dotyczy współdecydowania o wykonaniu świadczenia zdrowotnego. Osoby nielet-

²¹² Projekt ustawy – o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne, Druk 185, uzasadnienie do projektu, s. 3–4.

²¹³ I. Odziemczyk, *op. cit.*, s. 155–156.

nie mają prawo do ochrony i opieki zdrowotnej w takim zakresie, w jakim jest to konieczne dla ich dobra, przy uwzględnieniu ich wieku i stopnia dojrzałości. Pojęcie świadomej zgody na aktywność seksualną i możliwość skorzystania z opieki medycznej traktowane są rozłącznie. Pojęcie dojrzałości dziecka jest nieostre i nacechowane subiektywnym osądem. Eksperci powołują się na granice wiekowe osób, które nie ukończyły 18 lat: 13 lat – ograniczona zdolność do czynności prawnych; 15 lat – końcowa granica uznania obcowania płciowego z osobą nieletnią za przestępstwo; 16 lat – uzyskanie przez nieletnich ograniczonych praw pacjenta. I tak, pomiędzy 15. a 16. rokiem życia wizyta u lekarza powinna odbywać się przy współudziale opiekuna prawnego, badanie ginekologiczne wymaga zgody opiekuna prawnego, stwierdzenie współżycia nie powinno być zatajane przed opiekunem prawnym, przepisanie tabletek antykoncepcyjnych, w sytuacji kiedy nie ma przeciwwskazań medycznych, wymaga zgód opiekuna prawnego i pacjentki w sytuacji, kiedy podjęła ona lub zamierza podjąć współżycie seksualne. Po ukończeniu 16., a przed ukończeniem 18. roku życia pacjentka powinna stwierdzić, iż wizyta odbywa się za zgodą opiekuna prawnego. Zgoda pisemna nie jest konieczna, jeśli pacjentka zgłasza się w celu przeprowadzenia badania ginekologicznego. W tym przedziale wiekowym stwierdzenie współżycia seksualnego nie musi być przekazane opiekunowi prawnemu w sytuacji, jeśli pacjentka nie wyraża na to zgody. Dalej idąc, we wskazanym przedziale wiekowym w odniesieniu do przepisania środków antykoncepcyjnych mogą mieć miejsce dwie sytuacje: odmowa przy bezwzględnych przeciwwskazaniach medycznych, wymóg zgody opiekuna prawnego przy przeciwwskazaniach względnych. Antykoncepcja może być przepisana bez zgody opiekuna prawnego, jeżeli pacjentka jest zdrowa, odmawia poinformowania opiekuna o chęci przyjmowania tych środków, podejmuje współżycie oraz istnieje ustalona więź z partnerem. W takiej sytuacji wskazane jest odnotowanie przyjmowania środków antykoncepcyjnych w historii choroby i brak gotowości nieletniej do poinformowania o tym opiekuna prawnego²¹⁴. Podejmowane współcześnie przez młodzież ryzykowne zachowania seksualne wskazują, iż w ich przypadku antykoncepcja wydaje się kluczowa. Ze stosowaniem/brakiem stosowania antykoncepcji przez młodzież wiąże się wiele problemów. Można zaliczyć do nich: brak dostatecznej wiedzy na temat antykoncepcji, dostępu do

²¹⁴ I. Jąderek, *Zdrowie seksualne młodzieży – wybrane zagadnienia, Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2022, s. 200–203.

poradnictwa i edukacji seksualnej, skłonności do podejmowania ryzyka i jego oceny, wcześniejszych doświadczeń w stosowaniu lub niestosowaniu antykoncepcji, rodzaju więzi z partnerem oraz wpływu rówieśników. W Polsce pigułka antykoncepcyjna i prezerwatywa są metodami najczęściej stosowanymi przez młodzież. Istnieją specyficzne uwarunkowania medyczne związane ze stosowaniem antykoncepcji przez młode dziewczęta (hormonalnej oraz postkoitalnej). Dziewczęta z uwagi na wiek są mniej narażone na ewentualne powikłania sercowo-naczyniowe. Jakkolwiek mogą ich dotyczyć specyficzne zagrożenia związane z dojrzewaniem płciowym lub z innymi uwarunkowaniami medycznymi. Problemy związane są z regulacjami prawnymi, a właściwie brakiem możliwości samodzielnego zakupu przez młodzież środków antykoncepcyjnych²¹⁵.

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2024 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych stosowanych w antykoncepcji, dopuszczonych do obrotu z kategorią dostępności „OTC”, których wydawanie podlega ograniczeniom, przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia na mocy upoważnienia ustawowego art. 96 ust. 12 ustawy Prawo farmaceutyczne, został opracowany celem wprowadzenia limitu wieku, od nieosiągnięcia którego uzależniony będzie brak możliwości uzyskania w aptece ogólnodostępnej środka antykoncepcyjnego będącego produktem leczniczym z grupy ATC G03A – hormonalne środki antykoncepcyjne do stosowania wewnętrznego, niezależnie od faktu dopuszczenia takiego środka do obrotu z kategorią dostępności „wydawane bez przepisu lekarza – OTC” oraz wykazu leków, których tego rodzaju ograniczenie ma dotyczyć. Takie rozwiązanie miało wyeliminować problem, który sprowadza się do tego, iż nie tylko ze względów społecznych czy etycznych, ale również z przyczyn czysto medycznych tego rodzaju produktów leczniczych nie powinny przyjmować dziewczęta przed ukończeniem 15. roku życia z uwagi na fakt, iż statystycznie jest to wiek, w którym uzyskują dojrzałość płciową. Przyjmowanie produktów hormonalnych przed uzyskaniem tej dojrzałości, bez nadzoru lekarza, z uwagi na fakt, iż nadzór wiąże się z wystawieniem recepty, może być dla młodego organizmu niebezpieczne. W związku z tym zadaniem państwa jest ograniczenie możliwego związanego z tym ryzyka.

Odpowiedzią na prezydenckie weto był projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego opieki farmaceuty sprawowanej nad pacjentem w zakresie zdrowia reprodukcyjnego.

²¹⁵ Z. Izdebski, K. Wąż, *Zdrowie seksualne i reprodukcyjne młodzieży*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2014, nr 12(1), s. 50–51.

Podstawowym celem programu pilotażowego jest: po pierwsze – poprawa stanu dostępności pacjentów do nowoczesnych metod antykoncepcji awaryjnej, po drugie – zapewnienie opieki farmaceuty w aptece nad pacjentem w zakresie zdrowia reprodukcyjnego – wraz z oceną efektywności związanych z tym działań, w szczególności wobec pacjentów pomiędzy 15. a 18. rokiem życia. Projektowane rozporządzenie zwiększa kompetencje farmaceutów, w związku z tym spotkało się z różnymi reakcjami ze strony tej grupy zawodowej. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 662) ma stanowić remedium na spór związany z dopuszczeniem antykoncepcji awaryjnej do obrotu bez recepty, zwłaszcza w stosunku do osób, które ukończyły 15. rok życia. Zgodnie z § 6 przedmiotowego rozporządzenia programem pilotażowym mogą zostać objęci pacjenci, którzy ukończyli, w dniu zgłoszenia się do apteki, która przystąpi do programu pilotażowego, 15. rok życia. W przypadku wątpliwości w zakresie wieku pacjenta farmaceuta weryfikuje go, prosząc o okazanie dokumentu ze zdjęciem, na podstawie którego wiek ten może zostać potwierdzony. Pacjent może skorzystać z programu pilotażowego nie częściej niż co 30 dni. Już w samym uzasadnieniu do projektu wskazanego rozporządzenia uznano prawo do świadomej decyzji, legitymizowane m.in. w oparciu o definicję zdrowia reprodukcyjnego, z której wynika, że ludzie są zdolni do tego, aby podejmować satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne bez przymusu, przemocy oraz dyskryminacji, a także prawo do podjęcia świadomej decyzji o rozrodzie. W odniesieniu do zdrowia reprodukcyjnego powołano się na badania, zgodnie z którymi populacją najbardziej narażoną na niechcianą ciążę są młode kobiety oraz kobiety w wieku menopauzalnym. Nieplanowane ciążę są zjawiskiem, które występuje we wszystkich kulturach. Nie jest ono uzależnione od czynników ekonomicznych, religijnych czy stanu cywilnego. Młode kobiety, które zaszły w nieplanowaną ciążę, są stygmatyzowane i wykluczane społecznie. Zjawisko nieplanowanej ciąży nie jest obojętne z punktu widzenia zdrowia publicznego, albowiem znaczna część nieplanowanych ciąż w skali światowej kończy się aborcją²¹⁶.

Mając na uwadze omawiane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług far-

²¹⁶ A. Gumułka, *Pigułka „dzień po” przed osiemnastką – jak to robi Izabela Leszczyna?*, 3.04.2024, <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/pigulka-dzien-po-ponizej-18-r-z-jak-to-zrobi-izabela-leszczyna> [dostęp: 20.05.2024].

maceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego, farmaceuci powinni odgrywać kluczową rolę w świadczeniu usług zdrowotnych, w tym zapewniać realizację praw reprodukcyjnych kobiet w zakresie dostępu do środków antykoncepcyjnych. Odpowiednia konsultacja farmaceutyczna może poprawić bezpieczeństwo pacjenta i tym samym skuteczność terapii²¹⁷. Pamiętajmy, że wydawanie antykoncepcji awaryjnej pacjentkom, które uprzednio nie były konsultowane przez lekarza, wiąże się z koniecznością przeprowadzenia konsultacji farmaceutycznej, obejmującej zebranie wywiadu farmaceutycznego i udzielanie porady farmaceutycznej. Czynności związane z wydawaniem antykoncepcji awaryjnej, w tym przeprowadzenie wywiadu farmaceutycznego, wydanie preparatu wraz z informacją o preparacie i sposobach postępowania w różnych sytuacjach klinicznych oraz przeprowadzenie edukacji na temat skutecznych metod antykoncepcji i zapobiegania chorobom przenoszonym drogą płciową, należy realizować w sposób zapewniający intymność i godność pacjenta. Farmaceuta powinien więc zadbać o udzielanie takiego świadczenia zdrowotnego w osobnym pomieszczeniu, z daleka od osób trzecich. Konsultacja farmaceutyczna w ramach opieki farmaceutycznej jest świadczeniem zdrowotnym i wymaga udokumentowania na podobnych zasadach, jak świadczenie przeglądów lekowych czy konsultacji w przypadku drobnych dolegliwości. Konieczność dokumentacji wynika również wprost z definicji opieki farmaceutycznej. Zatem w grę wchodzi dwie ustawy: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawa o zawodzie farmaceuty. Farmaceuta, decydując się na świadczenie opieki farmaceutycznej, może skorzystać ze wskazówek dotyczących dokumentowania tego procesu z dostępnych, polskojęzycznych pozycji literatury, w tym zaleceń i wytycznych dla farmaceutów. Prezentowana konsultacja farmaceutyczna powinna odbyć się w ramach jednej wizyty. Aczkolwiek w sytuacji zaistnienia konieczności wykonania testu ciążyowego farmaceuta powinien ustalić kolejną wizytę²¹⁸. Przy tym, niezależnie od kategorii dostępności leku, ważne, by wydając go, farmaceuta potrafił w rzetelny sposób udzielić informacji, w tym również o mechanizmie jego działania. W przypadku hormonalnych tabletek antykoncepcyjnych farmaceuta powinien

²¹⁷ N. Susłowska, A. Zimmermann, A. Gaworska-Krzemińska, *Evaluation of pharmaceutical emergency contraceptive services in Poland*, „Acta Poloniae Pharmaceutica – Drug Research” 2018, vol. 75, no. 6, s. 1431 i n.

²¹⁸ J. Dymek et al., *Proces decyzyjny w przebiegu konsultacji farmaceutycznej podczas wydawania antykoncepcji awaryjnej zawierającej octan uliprystalu*, „Farmacja Polska” 2024, t. 80, nr 2, s. 112, 118.

odnieść się do kwestii hamowania oraz opóźniania owulacji, ze szczególnym zwróceniem uwagi na bezpieczeństwo. Wydając antykoncepcję awaryjną, farmaceuta ma obowiązek upewnienia się, czy pacjentka ma wiedzę w zakresie bezpiecznego stosowania leku. Octan uliprystalu (30 mg) trzeba przyjąć jak najszybciej. Lek jest przeciwwskazany u pacjentek z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby oraz w sytuacji istniejącej ciąży. Dlatego też wskazane jest wykonanie testu, który wykluczy taką ewentualność. Warto, ażeby farmaceuta powiedział pacjentce o wartości wykonania testu ciążowego. Pacjentka nie może stosować równocześnie innej awaryjnej antykoncepcji hormonalnej (np. zawierającej lewonorgestrel). Istotne, aby farmaceuta przypominał, że pacjentka nie powinna stosować tego leku częściej niż raz w cyklu, a także gdy w przeszłości pojawiły się objawy niepożądane. Matce karmiącej należy podać informację, że po zażyciu tego preparatu nie zaleca się karmienia piersią przez 7 dni. Odnośnie do pacjentek stosujących antykoncepcję hormonalną z przepisu lekarza, ważna jest otwarta postawa farmaceuty w kwestii udzielania informacji i wyjaśniania wątpliwości dotyczących stosowanych preparatów²¹⁹.

Obowiązki nałożone na farmaceutów w związku z antykoncepcją awaryjną przez omówione powyżej rozporządzenie stawiają przed farmaceutami nowe wyzwania. Prezes NFZ w dniu 14 maja 2024 r. wydał komunikat w sprawie realizacji programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego. Przypomniął przy tym, iż zgodnie z ustawą o zawodzie farmaceuty²²⁰ farmaceuta jest niezależny i samodzielny w odniesieniu do podejmowanych przez siebie decyzji. Ponadto farmaceuta kieruje się tylko i wyłącznie dobrem pacjenta. Co więcej, farmaceuta nie podlega poleceniom służbowym w tym zakresie. Samodzielnie decyduje, czy i w jakim zakresie będzie wykonywał usługi objęte przedmiotowym rozporządzeniem. Odmowa wydania antykoncepcji awaryjnej małoletniemu pacjentowi, który ukończył 15 lat, na podstawie braku zgody przedstawiciela ustawowego nie będzie traktowana jako „nieuzasadniona odmowa”, skutkująca nałożeniem kary umownej²²¹. Program pilotażowy będzie trwał do 30 czerwca 2026 r. Do programu przystąpiła tylko część aptek. Natomiast zainteresowanie antykoncepcją awaryjną wzrasta w stosunku do lat poprzednich.

²¹⁹ A. Gołda, J. Dymek, A. Skowron, *Znaczenie farmaceutów z aptek ogólnodostępnych dla promocji zdrowia seksualnego w Polsce*, „Opieka Farmaceutyczna” 2018, t. 74, nr 1, s. 36.

²²⁰ Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz. U. z 2024 r. poz. 676.

²²¹ Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego, <https://www.loia.pl/news/3966-zarzadzenia-prezesa-nfz-w-sprawie-programu-pilotazowego> [dostęp: 22.05.2024].

2.5. Sterylizacja antykoncepcyjna

Sterylizacja (sterylizacja antykoncepcyjna) oznacza ostateczne ubezplodnienie, uzyskiwane w wyniku przerywania ciągłości jajowodu w przypadku kobiet lub nasieniowodów w przypadku mężczyzn. Sterylizacja kobiety jest trudniejsza i bardziej ryzykowna niż w przypadku mężczyzny. W krajach, w których jest prawnie dozwolona, przeprowadza się ją z reguły na szpitalnych oddziałach ginekologicznych lub w warunkach oddziału dziennego. Zabieg przeprowadzany jest zwykle w znieczuleniu ogólnym. Istnieją rozmaite techniki operacyjne, w przebiegu których ciągłość jajowodu jest przerywana za pomocą koagulacji termicznej lub elektrycznej (zniszczenie tkanek za pomocą prądu wysokiej częstotliwości) bądź skalpela. Wszystkie techniki chirurgiczne zostały rozwinięte w pierwszej połowie XX w. Drożność jajowodów może być także przerywana za pomocą plastikowych klipsów lub krążków (ringów). Sterylizacja osiągnięta tą metodą jest łatwiej odwracalna niż fizyczne przecięcie jajowodu. Cechuje się jednak wyższym odsetkiem niepowodzeń, ponieważ klips przypadkowo może się całkowicie lub częściowo otworzyć. W USA ok. 20% wszystkich wysterylizowanych kobiet życzyło sobie, aby odwrócić skutki przeprowadzonej operacji. Odwrócenie wymagało przeprowadzenia dużej operacji z utworzeniem jamy brzusznej. Operacja taka nie zawsze bywa skuteczna. W zależności od techniki, za pomocą której przeprowadzana była sterylizacja, oraz od rozmiarów uszkodzenia jajników – szanse na skuteczną refertylizację są mniejsze lub większe. Sterylizacja za pomocą klipsów jest w 50% odwracalna. W przypadku, gdy refertylizacja nie jest możliwa, a kobieta wyraża silne pragnienie posiadanie dziecka, możliwe jest – pamiętajmy, iż tylko w państwach, które legalizują sterylizację antykoncepcyjną – rozważenie wykorzystania metody IVF. W przypadku udanego przywrócenia ciągłości jajowodów wyraźnie częściej aniżeli w populacji ogólnej występują ciąża ektopowe (pozamaciczne). Z kolei ubezplodnienie mężczyzny jest technicznie łatwiejsze do wykonania i związane z wyraźnie mniejszym ryzykiem operacyjnym. Może być przeprowadzone w prywatnym gabinecie urologicznym w znieczuleniu miejscowym lub na szpitalnym oddziale urologicznym. Sam zabieg trwa nie dłużej niż 30 minut. Polega na przerywaniu ciągłości – przecięciu lub podwiązaniu obu nasieniowodów, w związku z tym określany bywa jako wazektomia. Osoba chcąc poddać się sterylizacji w znieczuleniu ogólnym powinna po zabiegu pozostać na oddziale jeszcze przynajmniej przez pół dnia²²².

²²² K. Meisenbacher, *op. cit.*, s. 123–130.

Nie można stawiać znaku równości pomiędzy sterylizacją przymusową a sterylizacją dobrowolną, czyli antykoncepcyjną. Sterylizacja antykoncepcyjna jest podejmowana z własnej inicjatywy podmiotu. Natomiast sterylizacja przymusowa polega na pozbawieniu podmiotu zdolności płodzenia bez jego zgody. Przymusowość może polegać na użyciu siły, przymusu, podstęp. Za przymusową można uznać sterylizację będącą konsekwencją błędu lekarskiego. Wyjątek stanowi art. 35 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry²²³, który stanowi, iż jeżeli w trakcie operacji albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości uzyskać niezwłocznie zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo bez uzyskania tej zgody zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności, o ile jest to możliwe. Wedle ust. 2 przywoływanego artykułu lekarz ma również obowiązek poinformowania o okolicznościach, o których mowa w ust. 1 art. 35 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy, a także dokonania odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej²²⁴. Stąd zabieg sterylizacji, w tym sterylizacji dobrowolnej (antykoncepcyjnej), budzi szereg dylematów o charakterze etyczno-prawnym. Niektóre ze sporów odwołują się do eugeniki, eliminowania ze społeczeństwa jednostek o cechach, które nie są pożądane²²⁵. Kościół katolicki sprzeciwia się wszelkim metodom sterylizacji zarówno kobiet, jak i mężczyzn, zwłaszcza gdy celem jest antykoncepcja. Kościół jest przeciwny sterylizacji nawet wówczas, kiedy ciąża stanowi zagrożenie dla zdrowia fizycznego i psychicznego kobiety. Proponuje inne metody, takie jak okresowe powstrzymywanie się od współżycia zgodnie z metodami naturalnymi planowania rodziny. Sterylizacja w etyce personalistyczno-chrześcijańskiej zawsze była traktowana jako forma okaleczenia człowieka i naruszenie jego integral-

²²³ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz. U. 2024 r. poz. 1287, 1897.

²²⁴ S. Osmola, „Trzy pokolenia idiotów wystarczy”, czyli przymusowa sterylizacja w orzecznictwie sądów, „Internetowy Przegląd Prawniczy TBSPUJ” 2017, nr 2, s. 123–124.

²²⁵ Por. M. Łaguna-Kowalewska, *Dobrowolna sterylizacja w prawie polskim na tle porównawczym*, „Państwo i Prawo” 2014, nr 1, s. 20–36.

ności cielesno-psychicznej²²⁶. Względy eugeniczne przypisywano sterylizacji osób upośledzonych umysłowo²²⁷.

Już w prawie rzymskim można znaleźć regulacje prawne, które odnoszą się w sposób bezpośredni do sterylizacji (kastracji²²⁸). W czasach rzymskich zjawisko sterylizacji (kastracji), które dotyczyło w głównej mierze niewolników, od czasów republikańskich po czasy ustawodawstwa Justyniana stanowiło wyraz rozpusty i zepsucia obyczajów starożytnych Rzymian. Rzymscy prawodawcy podejmowali próby opanowania owych zjawisk na drodze prawnej z uwagi na fakt, iż byli świadomi nieetycznego i kryminalnego charakteru tych praktyk²²⁹. W starożytności i średniowieczu pozbawienie płodności miało na celu upokorzenie człowieka, w związku z tym jest traktowane jako forma przemocy²³⁰. W okresie międzywojennym w Polsce próbowano rozwiązać problem przestępczości właśnie poprzez przymusową sterylizację niektórych przestępców. W tym okresie zaczęły pojawiać się postulaty rozszerzenia katalogu kar przewidywanych wobec osób dokonujących gwałtów, zwłaszcza wobec dzieci. Teorie Cesarego Lombroso, które cieszyły się dużą popularnością na przełomie XIX i XX w., przyczyniały się do popularyzacji kastracji i sterylizacji. Józef Koredczuk podkreśla, że w Polsce okresu międzywojennego sympatycy sterylizacji byli w mniejszości. Wprowadzenie do prawa karnego rozwiązań o charakterze eugenicznym uzasadniano względami społecznymi, obyczajowymi, religijnymi czy zdrowotnymi. Zwolennikami ich wprowadzenia byli przede wszystkim lekarze, którzy nie uważali sterylizacji i kastracji za przestępstwo, lecz za jeden ze sposobów leczenia rozmaitych schorzeń²³¹. Krzysztof Prętka przytacza i analizuje poglądy Wiktora Grzywo-Dąbrowskiego na temat sterylizacji i kastracji. W. Grzywo-Dąbrowski w artykule wyda-

²²⁶ J.J. Pawłowicz, *Wazektomia – metoda „antykoncepcji” czy okaleczanie mężczyzn?*, „Teologia i Moralność” 2010, t. 8, s. 60.

²²⁷ Z. Perz, *Recenzja: G. Williams, Świętość życia a prawo karne*, Warszawa 1960, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s. XI. 354, „Roczniki Teologiczno-Kanoniczne” 1964, t. XI, z. 3, s. 85.

²²⁸ W starożytnym Rzymie kastracja mężczyzn była dokonywana w czterech celach: po pierwsze – praktyka religijna; po drugie – kara; po trzecie – terapia medyczna; po czwarte – kastracja niewolników celem zaspokojenia potrzeb seksualnych kobiet. Szeroko na ten temat: J. Rominkiewicz, *Zakaz kastracji w prawie rzymskim*, Wydawnictwo UW, Wrocław 2023.

²²⁹ K. Amiełańczyk, *Rzymianie i ich „prawo medyczne” (aspekty prawno-karne)*, „Zeszyty Prawnicze UKSW” 2011, nr 11(1), s. 81.

²³⁰ J. Salij, *Problem sterylizacji*, „W Drodze” 2001, nr 10, <https://wdrodze.pl/article/problem-sterylizacji/> [dostęp: 12.01.2025].

²³¹ J. Koredczuk, *Koncepcje eugeniczne w polskiej nauce kryminologii w okresie międzywojennym (aspekty prawno-kryminalne)*, „Studia nad Autorytaryzmem i Totalitaryzmem” 2021, nr 1(43), s. 239.

nym w 1936 r. zdefiniował sterylizację i kastrację. Krzysztof Prętcki omawia ów pogląd W. Grzywo-Dąbrowskiego w taki oto sposób: „Mianem sterylizacji określał pozbawienie osoby możliwości do zapłodnienia przy zachowaniu zdolności do stosunku płciowego i przy istniejącym popędzie płciowym. Kastrację zdefiniował jako usunięcie gruczołów płciowych, pozbawiające zdolności do zapłodnienia i najczęściej usuwające popęd płciowy, a u mężczyzn powodujące zazwyczaj niezdolność do współżycia. Charakteryzując sterylizację mężczyzn wskazał, że polegała ona na przecięciu i podwiązaniu, lub częściowym wycięciu i podwiązaniu powrózków nasiennych. Sterylizacja kobiet była z kolei przeprowadzana poprzez wycięcie części trąbek i ich podwiązanie”²³². W odniesieniu do sterylizacji i kastracji prezentował wskazania lekarskie, eugeniczne i prawne. W jego argumentacji widoczna jest eugenika²³³. Jednakowoż współcześnie powinniśmy uwolnić nasze myślenie od argumentów opartych na eugenice i zauważyć, iż przesłanki sterylizacji antykoncepcyjnej są odmienne i w istocie rzeczy ma ona służyć zapobieganiu ciąży, tym samym powinna być traktowana jako metoda antykoncepcyjna, która nie wykazuje związków z eugeniką.

Według profesor Eleonory Zielińskiej należy rozróżnić następujące sytuacje: po pierwsze, sterylizacja przeprowadzana z powodu wskazań medycznych (np. ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety, a kobieta wyraża zgodę na przeprowadzenie przedmiotowego zabiegu); po drugie, na wazektomię decyduje się partner kobiety z uwagi na fakt, iż ciąża stanowi dla niej zagrożenie – zabieg leczniczy na rzecz trzeciej osoby; po trzecie, sterylizacja jako środek antykoncepcyjny; po czwarte, osoba zostaje poddana zabiegowi sterylizacji wbrew swojej woli, jest ofiarą przemocy²³⁴. Obecnie obowiązujący art. 156 kodeksu karnego²³⁵ stanowi: „§ 1. Kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci:

- 1) pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia,
- 2) innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zespечения lub zniekształcenia ciała,

²³² K. Prętcki, *Problematyka przerywania ciąży, sterylizacji i kastracji w ujęciu Wiktora Grzywo-Dąbrowskiego (1885–1968)*, [w:] A. Szlagowska (red.), *Problemy zdrowia reprodukcyjnego kobiet*, t. 3: *Zdrowie reprodukcyjne w kontekście zmian społeczno-kulturowych na przestrzeni wieków*, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2020, s. 289.

²³³ *Ibidem*, s. 290.

²³⁴ E. Mikulec, V. Szostak, *Steryliizacja: i dopuszczalna, i zabroniona*, „Gazeta Wyborcza” 2009, 31.08.

²³⁵ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz. U. z 2024 r. poz. 17, dalej k.k.

- 3) wycięcia, infibulacji lub innego trwałego i istotnego okaleczenia żeńskiego narządu płciowego, podlega karze pozbawienia wolności od lat 3 do 20”.

Sabrina Mana-Walasek nie zgadza się z tezą, że sterylizacja antykoncepcyjna kobiet przed nowelizacją kodeksu karnego była nielegalna. Jednakże uważa, iż przeświadczenie o nielegalności sterylizacji antykoncepcyjnej było uznawane za dominujące w Polsce. Wskazuje, że kodeks karny bezpośrednio i kategorycznie nie zakazywał takich zabiegów. Oczywiście znany jest jej zapis kodeksu karnego, który penalizuje „pozbawienie człowieka zdolności płodzenia” w sposób trwały, aczkolwiek jest zdania, iż współcześnie nastąpiła zmiana kontekstu społecznego na skutek rozwoju medycyny. W związku z tym niektóre zabiegi mogą być odwracalne. Jej zdaniem powszechnie stosowana jest wykładnia z 1856 r., kiedy to sformułowanie dotyczące ubezpłodnienia pojawiło się na ziemiach polskich po raz pierwszy. W tamtym czasie nikt nie wyobrażał sobie, że sterylizacja będzie mogła funkcjonować jako metoda antykoncepcyjna, a metoda wazektomii nie była znana. Ustawodawcy chodziło o karanie przypadków sterylizacji przymusowej czy związanej z błędami lekarskimi. Następnie przepis w takiej formie został ujęty w prawie po odzyskaniu przez Polskę niepodległości. Cytowana autorka uznaje, iż współcześnie sterylizacja antykoncepcyjna nie pozbawia płodności. Stąd przed nowelizacją kodeksu karnego nie powinna być uznawana za nielegalną. Nowelizacja kodeksu karnego wprowadziła w tym zakresie zmianę. Projektodawca uzasadnił ją koniecznością dostosowania prawa polskiego do zapisów konwencji stambulskiej dotyczących obrzezania kobiet. Mana-Walasek dostrzega różnice pomiędzy treścią obecnie obowiązującego art. 156 k.k.²³⁶ a konwencją stambulską. Przywoływana autorka wyraża opinię, że: „Konwencja stambulska używa w odniesieniu do obrzezania kobiet nastę-

²³⁶ Kodeks karny reguluje kwestie odpowiedzialności karnej za spowodowanie uszczerbku na zdrowiu w art. 156–157. Pojęcie uszczerbku na zdrowiu obejmuje naruszenie czynności narządu ciała oraz spowodowanie rozstroju zdrowia. Naruszenie czynności narządu ciała polegać będzie na naruszeniu ciągłości tkanek ciała człowieka w postaci zranienia zewnętrznego lub wewnętrznego. Rozstrój zdrowia to spowodowanie zmian chorobowych o charakterze czynnościowym. Art. 156 k.k. penalizuje ciężki uszczerbek na zdrowiu, który polega na: 1) pozbawieniu człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia; 2) spowodowaniu innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznie trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego istotnego zespечения lub zniekształcenia ciała. Umysłny ciężki uszczerbek na zdrowiu jest zbrodnią zagrożoną karą pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3. Zbrodnią jest również umyślny ciężki uszczerbek, którego następstwem jest śmierć człowieka (art. 156 § 3 k.k.). L. Gardocki, *Prawo karne*, wyd. 22, C.H. Beck, Warszawa 2021, s. 252–253.

pującego sformułowania: «wycinanie, infibulacja lub wszelkie inne okaleczanie całości lub części warg sromowych większych, warg sromowych mniejszych lub łechtaczki kobiety». Natomiast omawiana nowelizacja kodeksu karnego używa sformułowania «wycięcia, infibulacji lub innego trwałego i istotnego okaleczenia żeńskiego narządu płciowego»²³⁷. Na tle uregulowań dotyczących sterylizacji antykoncepcyjnej dostrzegany jest brak równości pomiędzy kobietami i mężczyznami. A przecież każda osoba powinna mieć równy dostęp do świadczeń zdrowotnych związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym²³⁸. Rafał Snarski uznaje sterylizację dobrowolną za metodę antykoncepcyjną, która powinna być dostępna dla dojrzałych i poczytalnych osób. Ze względu na wysoki stopień jej odwracalności nie wydaje się słuszne postrzeganie jej jako powodującej trwałe pozbawienie zdolności płodzenia. Autor zaproponował uchwalenie odrębnej ustawy regulującej kwestie związane z przeprowadzeniem zabiegu dobrowolnej sterylizacji²³⁹. Prawo do dobrowolnej sterylizacji bywa wiązane z prawem do autonomii prokreacyjnej, a idąc dalej – z prawem do rezygnacji z własnej płodności, co wymaga wcześniejszego ustalenia, czy jednostka jest dysponentem własnej płodności²⁴⁰. Stanowisko doktryny nie jest jednolite, a dominujące dwa ujęcia: po pierwsze, zgoda pacjenta nie jest wystarczająca do uniknięcia odpowiedzialności karnej; po drugie, zgoda pacjenta wyłącza odpowiedzialność karną – wskazują na wątpliwości interpretacyjne i potrzebę kompleksowego rozwiązania, także w odniesieniu do odpowiedzialności zawodowej lekarzy²⁴¹. Podobne problemy występują w zakresie medycznej tranzycji i są związane z art. 156 § 1 k.k., który penalizuje działania mające na celu pozbawienie człowieka zdolności płodzenia, w związku z tym lekarze odmawiają przeprowadzania zabiegów mających wpływ na płodność bez przedstawienia sądowego orzeczenia w sprawie uzgodnienia płci. W aktualnym stanie prawnym prawomocny

²³⁷ P. Januszewska, *Rząd kryminalizuje sterylizację antykoncepcyjną. Co to właściwie oznacza?*, „Krytyka Polityczna”, 28.08.2023, <https://krytykapolityczna.pl/kraj/rzad-kryminalizuje-sterylizacje-antykoncepcyjna/> [dostęp: 30.12.2024].

²³⁸ *Dlaczego sterylizację antykoncepcyjną należy uznać za zgodną z prawem?*, 10.12.2020, <https://www.bezdziennik.pl/blog/2020/12/10/dlaczego-sterylizacje-antykoncepcyjna-nalezy-uznac-za-zgodna-z-prawem/> [dostęp: 30.12.2024].

²³⁹ R. Snarski, *Dopuszczalność dobrowolnej sterylizacji – uwagi na tle prawnoporównawczym*, „Przegląd Prawniczy Uniwersytetu Warszawskiego” 2015, R. XIV, nr 2, s. 353–354.

²⁴⁰ S. Mana-Walasek, *Status prawny zabiegów trwałej antykoncepcji. Autoreferat rozprawy doktorskiej*, Warszawa 2020, s. 3.

²⁴¹ *Sterylizacja antykoncepcyjna. Potrzebna szersza dyskusja*, 29.12.2021, <https://polityka-zdrowotna.com/artukul/sterylizacja-antykoncepcyjna-potrzebna-szersza-dyskusja-n824883> [dostęp: 30.12.2024].

wyrok sądu uzgadniający płeć jest niezbędny do przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego pozbawiającego daną osobę zdolności płodzenia. Jest to ciężar odpowiedzialności sędziów orzekających w sprawach osób transpłciowych²⁴².

²⁴² P. Jacoń, *Wiktoria. Transpłciowość to nie wszystko*, wyd. I, Wydawnictwo WAB, Warszawa 2024, s. 151.

ROZDZIAŁ 3

Sztuczna prokreacja

3.1. Niepłodność

Bezdziethość wynikająca z niepłodności nie jest zjawiskiem nowym. Dotykała ona ludzi żyjących w różnych czasach i zawsze była negatywnie odbierana w kontekście społecznym²⁴³. Problem niepłodności przewija się w wielu historiach biblijnych. Niepewność związana z płodnością od początku świata jest wpisywana w narrację dotyczącą zbawienia i doprowadziła wiele par do stawiania dramatycznego pytania o prawdziwe oblicze Boga²⁴⁴. Niezamierzona bezdziethość nie jest problemem ludzi XXI w., istnieje od dawna. Nie ulega wątpliwości, że trudności prokreacyjne ludzi z każdym rokiem stają się większe²⁴⁵.

Przeciwnicy klasyfikowania niepłodności jako choroby podnoszą, iż choroba dotyczy pojedynczego człowieka, zindywidualizowanej jednostki. W przebiegu choroby wyróżnia się okres utajenia, zwiastunów, jawny (występują tutaj objawy podmiotowe, które są wyczuwane przez pacjenta), przedmiotowe (stwierdzane klinicznie) oraz ogólne i miejscowe. Choroba może zostać całkowicie wyleczona; może być też tak, że pacjent zostanie wyleczony, ale jego sprawność będzie upośledzona; może również nastąpić przejście ostrej postaci choroby w przewlekłą; choroba bywa przyczyną zgonu pacjentów. Sama choroba może przebiegać w różnych postaciach: ostrej, podostrej i przewlekłej. Na tym tle niepłodność bywa określana jako specyficzna choroba z uwagi na fakt, iż jej objawem jest brak dziecka w związku między kobietą

²⁴³ K. Klimkiewicz, H. Cierpisz, J. Dejnaka, *Jakość życia w rodzinie z problemem niepłodności*, Wydawnictwo Naukowe SILVA RERV, Poznań 2019, s. 11.

²⁴⁴ Szeroko na ten temat: M. Rosaria Fiorelli, G. Gentili, *Obudź w sobie życie. W obliczu niepłodności*, przeł. A. Kreduszyńska, Wydawnictwo Promic, Poznań 2020, s. 9 i n.

²⁴⁵ J. Gawinek, B. Naworska, *Zapłodnienie in vitro jedną z metod leczenia niepłodności w Polsce*, „Nursing Topics / Problemy Pielęgniarstwa” 2014, nr 22(1), s. 101.

i mężczyzną. Istnieje jeden sposób jej wyleczenia. Tym sposobem jest ciąża skutkująca porodem zdrowego dziecka. Same dyskusje wokół niepłodności jako choroby były i są powiązane z argumentami etyczno-moralnymi, tudzież politycznymi i ekonomicznymi, związanymi ze sposobami leczenia niepłodności, takimi jak sztuczna prokreacja²⁴⁶. Biorąc pod uwagę poziom społeczny, niepłodność w większości kultur wiąże się ze stygmatyzacją i tabu. Pary, które zmagają się z problemem niepłodności, są uważane za łamiące normy społeczne (aczkolwiek współcześnie widoczne są zmiany w zakresie paradygmatu rodziny i duża część par wybiera bezdzietność). Stygmatyzacja społeczna jest bardziej widoczna i intensywna w tych społeczeństwach, w których duże i wielodzietne rodziny są pożądane lub stanowią normę²⁴⁷. Kwestia bezpłodności, płodności, jak też rodzenia potomków właściwej płci była traktowana jako sprawa społeczna czy państwowa, zatem mieszcząca się w sferze publicznej, a nie jako indywidualna (prywatna, intymna). Sama „niepłodność”, zgodnie z przyjętą przez WHO definicją, rozumiana jest jako niezdolność do zajścia w ciążę/spłodzenia dziecka. Może być stwierdzona dopiero po upływie jednego roku regularnego i niezabezpieczonego współżycia, które jest nastawione na poczęcie dziecka, kiedy po wskazanym czasie do tego poczęcia nie dochodzi. Od „niepłodności” należy rozróżnić „bezpłodność”, gdyż ta ostatnia jest rozumiana jako stan nieodwracalny. Bezpłodność oznacza trwałą niezdolność do spłodzenia dziecka, której nie można wyleczyć. Natomiast niepłodność jest ujmowana jako choroba specyficzna, gdyż w sensie fizycznym nie powoduje ona bólu i nie prowadzi do kalectwa. Niepłodność nie zagraża życiu człowieka²⁴⁸. Współcześnie problem niepłodności uznawany jest w wielu krajach za chorobę społeczną, która dotyka wielu związków. Powody braku potomstwa zaczęły się przesuwac w stronę czynnika męskiego. Wpływ cywilizacji niewątpliwie oddziałuje na zdolność mężczyzn do płodzenia dzieci. Przyczyny niepłodności męskiej upatrywane są w rozwoju przemysłu, powodującego zanieczyszczenie środowiska naturalnego. Mamy do czynienia z chemizacją życia, rozwojem techniki. Tym samym następuje obniżenie wartości referencyjnych

²⁴⁶ C. Łepecka-Klusek, A.B. Pilewska-Kozak, G. Jakiel, *Niepłodność w świetle definicji choroby podanej przez WHO*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, t. 18, nr 2, s. 163–164.

²⁴⁷ J. Jastrzębska, *Psychologiczne aspekty niepłodności z perspektywy różnic międzypłciowych i uwarunkowań kulturowych*, „Problematyka Płodności i Prokreacji. Kwartalnik Naukowy” 2017, nr 1(29), s. 228.

²⁴⁸ M. Koperwas, M. Głowacka, *Problem niepłodności wśród kobiet i mężczyzn – epidemiologia, czynniki ryzyka i świadomość społeczna*, „Aspekty Zdrowia i Choroby” 2017, t. 2, nr 3, s. 31–32.

dla parametrów seminologicznych, związanych z koncentracją plemników, ich prawidłową morfologią i ruchliwością²⁴⁹. Jeszcze w pierwszej połowie XX w. uważano, że za bezdzietność pełną odpowiedzialność ponosi kobieta. O problemach związanych z męską płodnością zaczęto mówić po II wojnie światowej. Wówczas to Światowa Organizacja Zdrowia wprowadziła badanie norm jakości nasienia. Owe normy opublikowano dość późno, bo w 1980 r. Co więcej, normy nasienia były wielokrotnie zmieniane. Ewa Pastuszek wyciąga wniosek, iż trudności związane z określeniem wartości referencyjnych jakości nasienia świadczą o problemie definiowania samego zjawiska oraz o trendzie spadkowym parametrów nasienia²⁵⁰. W ogólności niepłodność powiązana jest z czynnikiem męskim i żeńskim. Znane przyczyny męskiej niepłodności dzielone są na kilka grup: zaburzenia hormonalne z niedoborem gonadotropin, zaburzenia genetyczne i aberracje chromosomalne, przebyte choroby układowe i zakaźne (świnka), wpływ toksyn i używek, zaburzenia neurologiczne, żylaki powrózka nasiennego, choroby immunologiczne, a także zaburzenia erekcji prowadzące do całkowitego zaniku współżycia seksualnego²⁵¹. Ewa Pastuszek jest zdania, iż nie jest możliwe wskazanie głównego czynnika wpływającego na jakość nasienia. Obniżenie tej jakości może być spowodowane przez przebyte choroby, takie jak przykładowo zapalenie jąder, które zostało wywołane przez wirusa różyczki, czy bakteryjne zapalenie najądrzy powodowane w większości przypadków przez chłamydię. Na jakość nasienia wpływ mają wszystkie choroby ogólnoustrojowe o różnym stopniu nasilenia, od urazów, przebiegów przebiegających z gorączką, na chorobie nowotworowej kończąc. Jak pisze Ewa Pastuszek: „O płodności męskiej decydują również przyjmowane leki, stosowane metody terapeutyczne (np. chemioterapia i radioterapia, leki hormonalne, a nawet antybiotyki. Ponadto jakość nasienia jest determinowana przez gospodarkę hormonalną”²⁵².

²⁴⁹ R. Kotzbach, M. Kotzbach, *Niektóre współczesne problemy prokreacji*, „Postępy Andrologii Online” 2014, nr 1(1), s. 7.

²⁵⁰ E. Pastuszek, *Ocena wpływu stopnia fragmentacji DNA plemników na płodność mężczyzn: porównanie dwóch metod badawczych: TUNEL i Comet assay*, rozprawa doktorska, promotor prof. Krzysztof Łukaszuk, dr Jolanta Kiewisz, Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego/Katedra Pielęgniarstwa, Gdańsk 2018, s. 4, <https://pbc.gda.pl/dlibra/publication/85473/edition/77472?language=pl> [dostęp: 30.07.2024].

²⁵¹ A. Wdowiak, *Przygotowanie do badań diagnostycznych oraz zabiegów stosowanych w leczeniu niepłodności kobiecej i męskiej*, Rozdział 5: *Problemy psychologiczne w niepłodności*, s. 139, <https://www.pielegniarki.info.pl/files> [dostęp: 5.07.2024].

²⁵² E. Pastuszek, *op. cit.*, s. 5.

Większość osób w pierwszych kilku miesiącach związku nie czuje się zaniepokojona faktem, iż nie udało im się począć dziecka, przy założeniu, iż para podjęła takie starania. Stopniowe dostrzeganie, że może to być problem, jest często spychane w głąb podświadomości. Najczęściej inicjatywę przejmuje kobieta, która decyduje się na wizytę u lekarza. Wiele par odczekuje pewien okres, nawet kilka lat, zanim zdecyduje się na wizytę u specjalisty. Robert Winston scharakteryzował odczucia osób niepłodnych:

- 1) Niedowierzanie – para zaczyna dostrzegać, iż znajomi powiększają rodzinę. Trudno im uwierzyć, że dla nich samych może to stanowić problem, wręcz temu zaprzeczają. Jednak stają się niespokojni, pojawia się uczucie lęku, decydują o wizycie u specjalisty.
- 2) Gniew, poczucie winy i zawiedzione nadzieje – niepłodność generuje gniew. Ten ostatni może być skierowany przeciwko współmałżonkowi, lekarzowi, klinice lub testom i badaniom. Niepłodna para przeżywa ogromne rozczarowanie, gdy skomplikowane badania lekarskie nie wykazują nieprawidłowości. Złość mogą wzbudzać ludzie mający dzieci, konieczność przebywania w poczekalniach szpitali, gdzie pojawiają się kobiety ciężarne, a także kobiety, które decydują się na przerwanie ciąży.
- 3) Depresja i poczucie bezsensu – niemal wszystkie kobiety cierpiące na niepłodność po pewnym czasie popadają w stan depresji. Stan ten pogłębia się stopniowo, często ulega nasileniu przed lub zaraz po odbytej miesięczce, szczególnie wówczas, kiedy miesięczka z jakiegoś powodu się opóźnia. Depresja powoduje uczucie smutku lub skłonność do płaczu. Może być podstawą bezzsenności, utraty apetytu lub innych zaburzeń, np. zapaść. Wraz z depresją mogą pojawić się problemy w sferze zawodowej, utrata poczucia własnej wartości.
- 4) Problemy seksualne²⁵³ – większość niepłodnych par zauważa, że niepłodność rzutuje na ich życie seksualne. Osoby niepłodne zaczynają czuć się nieatrakcyjne lub niekochane i w wielu związkach stosunki płciowe zaczynają odbywać się coraz rzadziej.
- 5) Uczucie smutku i żalu – trwała niepłodność pogrąża w smutku. Bezradziejność tej sytuacji może doprowadzić do obsesji, która sprowadza

²⁵³ Niepłodność pogarsza relację z partnerem i ma negatywny wpływ na sferę seksualną leczącej się pary. T. Bączkowski *et al.*, *Ocena życia seksualnego pacjentek z niepłodnością leczonych metodami rozrodu wspomaganego medycznie*, „Family Medicine& Primary Care Review” 2007, nr 9(3), s. 375–377.

się do chęci wypróbowania każdej metody, nawet tej najbardziej absurdalnej²⁵⁴.

Stąd w latach 90. w literaturze fachowej pojawiło się określenie niepłodność psychologiczna, albowiem pręcej czy później pary niepłodne zastanawiają się, czy ich stan emocjonalny nie jest sam w sobie przyczyną niepłodności. I znowu Robert Winston podaje dwie przeciwstawne grupy argumentów:

- 1) Argumenty przeciwko istnieniu psychologicznej niepłodności – gdyby stres stanowił poważną przeszkodę w prokreacji, należałoby przyjąć, że kobiety żyjące w nędzy nie będą w stanie zająć w ciążę. *Nomen omen* niechciane ciążę są powszechnym zjawiskiem w społeczeństwach, nawet wśród grup społecznych czy jednostek, które żyją w niedostatku.
- 2) Argumenty przemawiające za występowaniem psychologicznej niepłodności – u kobiet przebywających w więzieniu lub w obozach koncentracyjnych występowały poważne zakłócenia cyklu miesięczkowego i często zanikała owulacja. Najczęściej cytowany przypadek niepłodności psychologicznej stanowiły pary, które po latach napięć i bezowocnych prób poczęcia potomka decydowały się na adopcję dziecka, a po upływie kilku tygodni od chwili przysposobienia dziecka kobieta zachodziła w ciążę w sposób naturalny, bez jakiegokolwiek pomocy medycznej²⁵⁵.

Czynniki psychologiczne odgrywają dużą rolę w powstawaniu niepożądanych zjawisk, które determinują niepłodność. Najczęściej wymieniana jest nadwrażliwość emocjonalna i zaburzenia rozwoju psychoseksualnego. Czynniki te nie są obojętne dla życia seksualnego, powodują przewlekłe napięcie emocjonalne, zaburzające funkcjonowanie całego organizmu. Czynniki psychiczne mogą stanowić przyczynę niepowodzeń w leczeniu niepłodności²⁵⁶. Ponadto w literaturze znajdujemy informacje o powiązaniu niepłodności, terapii niepłodności oraz zaburzeń psychicznych w zakresie wzajemnych uwarunkowań etiopatogenetycznych. Obecność zaburzeń psychicznych ma wpływ na płodność, natomiast diagnoza niepłodności może warunkować rozwój zaburzeń psychicznych związanych ze stresem lub problemami adaptacyjnymi. Podob-

²⁵⁴ R. Winston, *Dlaczego nie mamy dziecka*, przeł. E. Karpińska, M. Morawski, Wydawnictwo Springer PWN, Warszawa 1995, s. 36–40.

²⁵⁵ *Ibidem*, s. 40–42.

²⁵⁶ M. Makara-Studzińska *et al.*, *Problemy emocjonalne wśród par leczonych z powodu niepłodności*, „Seksuologia Polska” 2012, nr 10(1), s. 29.

nych zależności badacze doszukują się w zakresie wpływu objawów zaburzeń psychicznych (głównie depresji i lęku) na rezultaty terapii niepłodności²⁵⁷. Rozpatrując aspekt indywidualny osób dotkniętych problemami z płodnością, zwraca się uwagę na znacznie częściej przeżywane okresy obniżonego nastroju, a nawet epizody depresyjne. Problem braku dzieci na płaszczyźnie indywidualnej związany jest także z brakiem możliwości pełnienia roli rodzica, czyli odpowiednio matki lub ojca. Posiadanie dzieci w powszechnym oczekiwaniu czy też stereotypie jest dopełnieniem kobiecości i męskości. Niekiedy przysposobienie (adopcja) jest traktowane jako remedium na rozwiązanie problemu z płodnością²⁵⁸. Jednakże należy pamiętać, iż przysposobienie nie jest tożsame z rodzicielstwem biologicznym. Traktowanie przysposobienia jako substytutu rodzicielstwa biologicznego nie jest pożądane z perspektywy psychologicznej, ponieważ rodzice adopcyjni w pierwszej kolejności powinni przepracować traumę związaną z brakiem dziecka biologicznego²⁵⁹. W opinii Anny Wietrzykowskiej narracja wokół adopcji, z jaką spotykają się pacjenci w trakcie leczenia niepłodności, nie bywa wspierająca. Słowa „zawsze możecie adoptować” są bolesne dla pary, która stara się o swoje biologiczne dziecko. Wietrzykowska akcentuje, iż w komunikacji tym jest pewna część unieważniająca przeżycia pary. Osoby, które starają się o biologiczne dziecko, wiedzą, że jest opcja przysposobienia. Adopcję można opisać jako drogę, która zostanie wybrana przez jednych, a odrzucona przez drugih. Nie jest możliwe przekonanie nikogo do adopcji²⁶⁰. Adopcja (przysposobienie) niesie ze sobą szereg problemów. Prowadzi ona do powstania rodziny, ale też niszczy inną rodzinę, chodzi o rodzinę biologiczną²⁶¹. W latach 40. i 50. XX w. niezamężne kobiety często wpędzano w poczucie winy z powodu zajścia w ciążę, a oddanie dziecka do adopcji było po części sposobem na odkupienie grzechów, a po części na

²⁵⁷ J. Holko-Pokorska, M. Jarema, A. Wichniak, *Kliniczne uwarunkowania zaburzeń psychicznych występujących w przebiegu terapii niepłodności*, „Psychiatria Polska” 2015, nr 49(5), s. 966.

²⁵⁸ J. Czapliński, *Adopcja jako droga do rodzicielstwa – od diagnozy do przysposobienia*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio” 2017, t. 29, nr 1, s. 267–273.

²⁵⁹ Szeroko na ten temat: U. Bartnikowska, H. Dufner, *Dziecko – trauma, wsparcie i rozwój*. Drogowskaz, Wydawnictwo FNCE, Poznań 2021.

²⁶⁰ A. Wietrzykowska, *Niewidzialni rodzice. Jak rozmawiać o niepłodności*, wyd. I, Wydawnictwo FILIA, Poznań 2023, s. 66–67.

²⁶¹ Narracje rodzin biologicznych, które zostały pozbawione władzy rodzicielskiej i utraciły dzieci na skutek ich przysposobienia, zostały opisane w monografii pod redakcją A. Guzek: E. Chalczyńska, M. Borczyńska, *Więzi odNowa. Rozmowy z uczestnikami Projektu*, Wydawnictwo BookPress, Łódź 2017.

zapewnienie dziecku lepszej przyszłości. Współcześnie takie podejście już raczej nie występuje. Dużą rolę odegrały w tym zakresie polityki społeczne, które zapewniają wsparcie samotnym matkom. Tym samym kobiety nie są zmuszane do oddawania dzieci. W odróżnieniu od adopcji IVF umożliwia przeżycie bycia w ciąży, porodu i opieki nad noworodkiem, co jest istotne dla wielu kobiet. Pozwala też począć parom własne, biologiczne dziecko, które mogliby mieć, gdyby nie byli niepłodni. Nawet jeśli dziecko nie może pochodzić genetycznie od obojga rodziców, to *in vitro* umożliwia genetyczne pochodzenie przynajmniej od jednego z nich. Trzeba mieć na względzie, iż pragnienie posiadania więzi biologicznej z własnym dzieckiem uznaje się za przejaw biologizmu. Termin ten sugeruje, że pragnienie posiadania dziecka spokrewnionego biologicznie jest ułomne lub trywialne, a naprawdę dobry rodzic nie powinien się tym przejmować. Jest zgoła odwrotnie, albowiem pokrewieństwo ma głębokie znaczenie dla wszystkich ludzi na całym świecie. Adoptowane dzieci, które kochają swoje rodziny adopcyjne, często chcą uzyskać informacje o rodzinie biologicznej, a nawet skontaktować się z nią. Pokazuje to, jak silne są więzi krwi i ich znaczenie dla tożsamości. Uznanie znaczenia pokrewieństwa wcale nie dyskredytuje adopcji. Nie oznacza również, iż dzieci adopcyjne są mniej wartościowe czy mniej kochane. Adopcja, jeżeli nie jest efektem wymuszenia, stanowi wspaniałą alternatywę. Dla wielu osób może stać się najlepszym sposobem na założenie rodziny, analogicznie jak *in vitro*²⁶².

Niepłodność zaprasza do spotkania z pewnymi wartościami w swoim życiu. Brak dziecka, który przyczynił się do rozpadu związku, pokazuje, że związek nie był budowany na mocnych fundamentach. Niepłodność również zaprasza do rezygnacji z własnych potrzeb (np. kwestie ekonomiczne)²⁶³.

Istnieją kulturowe i społeczne oczekiwania związane z rodzicielstwem, które w przypadku normalnego przebiegu doświadczenia prokreacyjnego nie są przez jednostki dostrzegane, są traktowane jako coś normalnego lub jako coś, czym nie należy się przejmować. U osób niepłodnych doświadczenie to powoduje niemożność lub utrudnienie w uzyskaniu oczekiwanej zmiany w życiu. Katarzyna Walentynowicz-Moryl zauważa, iż sytuacja, w której uzyskanie pożądanego statusu rodzica staje się trudniejsze, niż się zakładało, często doświadczana jest jako zagrożenie dla poczucia tożsamości – ko-

²⁶² B. Steinbock, P.T. Menzel, *Bioetyka. Wszystko co warto wiedzieć*, wyd. I, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2024, s. 171–172.

²⁶³ A. Wietrzykowska, *op. cit.*, s. 186–189.

biecości, męskości oraz poczucia kontroli nad własnym życiem²⁶⁴. W krajach słabiej rozwiniętych gospodarczo sytuacja niepłodnych kobiet jest gorsza niż w bogatych krajach Zachodu, w których dostęp do najnowszych technologii medycznych jest znacznie łatwiejszy. Magdalena Radkowska-Walkowicz jest zdania, że różnice te widoczne są też w ramach jednego polskiego społeczeństwa podzielonego klasowo i ze względu na status. Chociaż nawet jeżeli dana osoba ma łatwiejszy dostęp do *in vitro*, nie jest to równoznaczne z tym, że jej psychologiczna strona niepłodności jest lepsza. Możliwości technologiczne dają złudzenie, że można osiągnąć to, co się zaplanowało, że niezamierzona bezdzietność jest chwilową ułomnością. Model kultury „chcieć to móc” nie ułatwia życia takim osobom²⁶⁵.

Niestety niewielu zdaje sobie sprawę, że niepłodność jest jedną z chorób, które trudno udźwignąć na poziomie emocjonalnym. Wywołuje ból, rozpacz, przerażenie. Stan psychiczny osób dotkniętych niepłodnością porównywany jest do tego, który przeżywają cierpiący na choroby nowotworowe lub poważne schorzenia kardiologiczne. Dla kobiet najtrudniejszy jest strach przed uciekającym czasem i comiesięczne napięcie związane z oczekiwaniem na upragnioną ciążę²⁶⁶. Niepłodność pojawia się w życiu pary w sposób niemalże niezauważalny. Jest traktowana jako coś wstydlivego z uwagi na fakt, iż dotyczy sfery seksualnej, i łączy się ją z problemami seksualnymi²⁶⁷. W przypadku niepłodności może się zdarzyć, że z jednej strony kobieta chce być w ciąży i mieć dziecko, ale z drugiej coś ją powstrzymuje i kobieta nie za bardzo zdaje sobie sprawę co to jest. Bogda Pawelec zauważa, że odkrycie przyczyny bywa bolesne, dlatego nieświadomość trzyma ją w ukryciu, a psychoterapia może doprowadzić do zrozumienia konfliktu i w konsekwencji zmiany zachowania. Jeśli to jest jedyny powód niepłodności, zmiany w sferze psychiki mogą przyczynić się do poczęcia dziecka²⁶⁸. Najtrudniejszy w niepłodności i w całym procesie starań jest moment, w którym para decyduje o ich zakończeniu. Wedle wiedzy Bogdy Pawelec tylko 5% ludzi nie doczeka się własnego dziecka, ale większość kobiet jest przerażona myślą, iż mogą znaleźć się w tych 5%. Decyzja o zakończeniu starań jest bardzo trudnym

²⁶⁴ K. Walentynowicz-Moryl, *op. cit.*, s. 38.

²⁶⁵ M. Radkowska-Walkowicz, *Doświadczenie in vitro. Niepłodność i nowe technologie reprodukcyjne w perspektywie antropologicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2013, s. 77.

²⁶⁶ B. Pawelec, *Wsparcie psychologiczne w niepłodności*, Wydawnictwo Feeria, Łódź 2023, s. 17.

²⁶⁷ *Ibidem*, s. 91, 101.

²⁶⁸ *Ibidem*, s. 109–110.

momentem. Większość par ma ogromny problem, żeby to zrobić. Granica, którą sobie wytyczają, często jest odkładana w czasie, a życie z niepłodnością staje się trudniejsze, bowiem choroba zagarnia coraz większą przestrzeń²⁶⁹.

Definiowanie niepłodności jako choroby, która dotyka z roku na rok coraz większą liczbę osób, a *in vitro* jako procedury medycznej, która powinna być dostępna dla wszystkich, ma służyć normalizacji nowych technologii reprodukcyjnych. Medycyna reprodukcyjna wspomaga naturę poprzez podanie człowiekowi pomocnej dłoni. Sztuczna prokreacja neutralizuje kulturowe tabu wokół niepłodności i pozwala na unikanie skojarzeń dotyczących związku między płodnością, seksualnością i potencją²⁷⁰.

3.2. Inseminacja

Pierwsza udokumentowana pozytywnie inseminacja miała miejsce w 1799 r. Została przeprowadzona u żony handlarza z Londynu, który cierpiał na spodziectwo. W 1887 r. Paolo Mantegazza wykonał inseminację nasieniem dawcy. Następnym krokiem w leczeniu niepłodności było uzyskanie ciąży po zastosowaniu farmakologicznej stymulacji owulacji przez zespół Carla Gemzella w 1961 r. w Izraelu. Prace nad uzyskaniem gonadotropiny syntetycznej rozpoczęły się od wyizolowania jej z moczu ciężarnej kobiety w 1927 r. przez Aschheima i Zondecka. Kolejno w 1947 r. udało się wyizolować z moczu odpowiedniej ilości gonadotropiny menopauzalnej. W 1978 r. urodziła się Louise Brown – pierwsze dziecko, które przyszło na świat dzięki metodzie *in vitro*²⁷¹. Inseminacja domaciczna składa się z dwóch elementów. Pierwszy z nich to stymulacja owulacji, natomiast drugi element to podanie specjalnie przygotowanego, wyselekcjonowanego nasienia mężczyzny. Karolina Klimkiewicz, Honorata Cierpisz i Joanna Dejneka²⁷² akcentują, iż termin „inseminacja” obejmuje duży zakres technik leczenia niepłodności polegających na podaniu nasienia dopochwowo, doszyjkowo, dootrzewnowo lub

²⁶⁹ *Ibidem*, s. 178–179.

²⁷⁰ E. Korolczuk, *Niepłodność, tożsamość, obywatelstwo. Analiza społecznej mobilizacji wokół dostępu do in vitro w Polsce*, [w:] M. Radkowska-Walkowicz (red.), *Etnografie biomedycyny*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2014, https://www.researchgate.net/publication/333350464_Nieplodnosc_tozsamosc_obywatelstwo_Analiza_spolecznej_mobilizacji_wokol_dostepu_do_in_vitro_w_Polsce [dostęp: 5.07.2024].

²⁷¹ J. Gawinek, B. Naworska, *op. cit.*, s. 101.

²⁷² K. Klimkiewicz, H. Cierpisz, J. Dejnaka, *op. cit.*, s. 30–31.

domacicznie. Cytowane autorki podkreślają, że decyzja o leczeniu niepłodności za pomocą wskazanej metody musi zostać poprzedzona dokładnymi badaniami podmiotowymi i przedmiotowymi, tudzież potwierdzeniem występowania owulacji oraz drożności jajowodów. Co więcej, zaleca się, aby zabieg inseminacji przeprowadzać w klinikach leczących niepłodność, które mają odpowiednie zaplecze do preparowania nasienia. W powodzeniu zabiegu niebagatelną rolę odgrywa dobrze wyposażone laboratorium i wykształcona kadra. Inseminacja domaciczna jest leczeniem pierwszego wyboru w wypadku niewyjaśnionego obniżenia parametrów nasienia, czynnika szyjkowego niepłodności i niepłodności idiopatycznej. Sama skuteczność zabiegu inseminacji waha się w przedziale od 10 do 20%. Zabieg jest stosunkowo prosty. Wymagania sprzętowe nie są duże. Zabieg można wykonywać ambulatoryjnie. Czasami lekarz zleci hospitalizację. Po 14 dniach od przeprowadzenia zabiegu inseminacji pacjentka powinna zbadać poziom p-hCG we krwi celem potwierdzenia ewentualnej ciąży. Jeżeli zabieg inseminacji okazał się nieskuteczny w danym cyklu, lekarz wspólnie z parą omawia dalsze kroki leczenia. Inseminacja jest zabiegiem dodatkowym względem naturalnych starań. Wobec tego ważne jest, ażeby para normalnie współżyła po zabiegu. Duży odsetek par decyduje się na wielokrotne próby zapłodnienia przy użyciu metody inseminacji. Nie zawsze ta metoda okazuje się skuteczna²⁷³.

3.3. *In vitro*

Historia *in vitro* wiązana jest z nazwiskiem Antoniego van Leeuwenhoecka, konstruktora pierwszych mikroskopów, który w 1667 r. odkrył plemnik. Kolejnym przełomowym odkryciem było zaobserwowanie i zbadanie przez rosyjskiego biologa Karla Ernsta von Baera komórki jajowej w 1826 r. Duże zasługi w zakresie badań nad prokreacją przypisywane są włoskiemu biologowi Lazzaro Spallanzanemu, który jako pierwszy opisał przebieg procesu zapłodnienia w królestwie zwierząt. Wspomniany naukowiec zaobserwował, że warunkiem poczęcia jest połączenie się dwóch gamet, chodzi o komórkę jajową i plemnik. Spallanzani zamrażał nasienie samców i sprawdzał, jak to działanie wpływa na funkcjonalność materiału²⁷⁴.

²⁷³ *Ibidem*, s. 30–31.

²⁷⁴ N. Lewicka, B. Kowalewska, *Wiedza i opinia społeczna na temat zapłodnienia in vitro i eutanazji*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2024, s. 13.

Jak wspomniano powyżej (punkt 2), pierwszym dzieckiem poczętym metodą *in vitro* była Louise Brown w 1978 r. w Wielkiej Brytanii. Dzień jej narodzin stał się przełomowy dla ludzkiej prokreacji. Po kilku miesiącach od urodzenia Louise Brown przyszły na świat kolejne dzieci, które zostały poczęte w próbowce. Od 1978 r. metodę *in vitro* zaczęły stopniowo stosować ośrodki we wszystkich częściach świata. Technika *in vitro* dość szybko zyskała uznanie w Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych, Niemczech, Danii, Francji, Szwecji, Austrii i Singapurze²⁷⁵. Pierwsze pozaustrojowe zapłodnienie człowieka w Polsce przeprowadził w 1987 r. profesor Marian Szamatowicz z Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku²⁷⁶.

Nadmienimy, iż na Politechnice Federalnej w Lozannie w Szwajcarii firma Anecova opracowała metodę *ane vivo*, która jest metodą pośrednią pomiędzy *in vivo* a *in vitro*. Metoda *in vivo* jest w użyciu od 2015 r. W tym przypadku proces zapłodnienia przebiega w Anecova – silikonowej, perforowanej kapsułce, która jest umieszczana w macicy kobiety na 24 godziny. W kapsułce są komórki jajowe i plemniki. Pozostałe etapy procedury przebiegają tak samo jak przy *in vitro*. W Polsce pierwsze dziecko poczęte tą metodą urodziło się w lipcu 2017 r. w klinice Gyncentrum w Katowicach²⁷⁷.

Zapłodnienie pozaustrojowe składa się z kilku podstawowych etapów, do których należą: pozyskiwanie gamet męskich i żeńskich, doprowadzanie gamet do zdolności zapłodnienia, połączenie oocyta z plemnikiem jako klasyczne IVF lub w drodze mikroiniekcji plemnika do cytoplazmy oocyta, np. metodą ICSI, hodowla zarodków, przenoszenie zarodków biornym. Pozyskane gamety męskie i żeńskie podlegają ocenie, która wpływa na dalsze ich wykorzystanie lub postępowanie z nimi. Pomiędzy poszczególnymi etapami w ramach zróżnicowanych procedur mogą zaistnieć rozbieżności²⁷⁸.

Procedura *in vitro* dla większości kobiet jest trudna i obciążająca zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Emocjonalnych obciążeń *in vitro* może generować sporo i w ocenie Bogdy Pawelec, jeśli pozostawi się pacjentów bez wsparcia, nawet najlepsi lekarze w renomowanych klinikach będą mieli znacznie utrudnioną

²⁷⁵ E. Łowińska, *Prawo do zapłodnienia in vitro w Polsce i na świecie*, „Przegląd Prawniczy Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza” 2012, nr 1, s. 161–162.

²⁷⁶ R.P. Piprek, *Metody zapłodnienia in vitro*, „Wszechświat” 2010, t. III, nr 4–6, s. 104.

²⁷⁷ A. Olczyk, *Historia i techniki sztucznego zapłodnienia*, „Częstochowskie Studia Teologiczne” 2017, nr XLV, s. 98.

²⁷⁸ A. Max, *Zapłodnienie in vitro z biologicznego punktu widzenia*, „Życie Weterynaryjne” 2016, nr 91(2), s. 83.

pracę. Pacjenci mogą odczuwać niepokój, nie mając rzetelnej wiedzy na temat *in vitro*. Ponadto mogą się bać, że to ich ostatnia szansa na dziecko²⁷⁹. Czasami pacjenci mają problem z ustaleniem własnego stosunku do tej metody. Procedura *in vitro* jest droga. Stąd dla części par stanowi ogromne finansowe obciążenie. Partnerzy mają problem z odbiorem rodzinnym/społecznym, mogą zastanawiać się, kogo informować o podjęciu procedury, gdzie szukać wsparcia. Dwa tygodnie po transferze pojawia się strach o rezultat procedury. Odrzucenie procedury *in vitro* przez Kościół katolicki nie jest pomocne, także negatywne nastawienie części społeczeństwa wobec tej metody. Zdarzały się przypadki stygmatyzowania dzieci poczętych procedurą *in vitro* przez przedstawicieli Kościoła katolickiego²⁸⁰. Jednym z wielu przykładów stygmatyzacji dzieci jest wydanie pierwszego podręcznika do przedmiotu historia i terażniejszość. Ministerstwo Edukacji Narodowej i rodzice dziecka, które przyszło na świat dzięki metodzie *in vitro*, zaskarżyli treści zawarte w podręczniku do HiT, które naruszały cześć i godność osób poczętych dzięki metodzie *in vitro*. We fragmencie podręcznika do HiT (w wydaniu pierwszym) nastąpiło porównanie dzieci z *in vitro* do hodowli, produkcji ludzi: „coraz bardziej wyrafinowane metody odrywania seksu od miłości i płodności prowadzą do traktowania sfery seksu jako rozrywki, a sfery płodności jako produkcji ludzi, można powiedzieć hodowli. Skłania to do postawienia zasadniczego pytania: kto będzie kochał wyprodukowane w ten sposób dzieci? Państwo, które bierze pod swoje skrzydła tego rodzaju «produkcję?»”²⁸¹ W przedmiotowej sprawie została zawarta ugoda²⁸². W narracji przeciwników *in vitro* pojawiał się także argument bruzdy, na podstawie której można odróżnić dzieci poczęte metodą *in vitro* od dzieci poczętych naturalnie. Badania przeprowadzone przez profesor Susan Golombok, dyrektor Centrum Badań Nad Rozwojem Dziecka na Wydziale Nauk Społecznych w Uniwersytecie Cambridge, wykazały, iż pomiędzy dziećmi poczętymi metodą *in vitro* a dziećmi poczętymi naturalnie nie ma żadnych różnic, jeśli chodzi o rozwój.

²⁷⁹ Sposób zapłodnienia metodami wspomaganego rozrodu może powodować u kobiet zwiększony poziom lęku o swoje zdrowie i zdrowie dziecka. Por. I. Kiersnowska *et al.*, *Zachowania zdrowotne pierworódek po 35 roku życia*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio” 2020, nr 3(43), s. 165–176.

²⁸⁰ B. Pawelec, *op. cit.*, s. 149–151

²⁸¹ Por. W. Roszkowski, *Historia i terażniejszość*, wyd. 1, Wydawnictwo Biały Kruk, Kraków 2022.

²⁸² M. Sewastianowicz, *MEN poszedł na ugodę w sprawie treści w podręcznikach do HiT*, prawo.pl, 8.01.2025, [Podręcznik do HiT, a dzieci z in vitro - pozew](https://prawo.pl) [dostęp: 16.01.2025].

Jedyna zasadnicza różnica sprowadza się do tego, iż rodzice dzieci poczętych metodą *in vitro* są bardziej zaangażowani i troskliwi. Wynika to w głównej mierze z faktu trudnego doświadczenia, jakim stało się leczenie niepłodności. Pytanie o to, jak rozpoznać dziecko z *in vitro*, jest pytaniem błędnym²⁸³.

3.3.1. *In vitro* a religia/etyka/moralność

Temat sztucznego zapłodnienia jest jednym z zagadnień bioetycznych, które budzą emocje i spory z uwagi na fakt, że prawie każdy aspekt związany z technikami wspomaganego rozrodu wiąże się z zagadnieniami natury moralnej²⁸⁴. Podstawowym problemem związanym z zapłodnieniem *in vitro* jest konflikt praw dwóch podmiotów: prawa do posiadania potomstwa oraz prawa każdej poczętej istoty ludzkiej do życia. Rozstrzygnięcie tego konfliktu zależy od tego, któremu z tych praw przyznamy pierwszeństwo. Aleksandra Dembińska przyjmuje, iż rozstrzygnięcie powyższego konfliktu uzależnione jest w dużej mierze od światopoglądu, od tego, jakie ma się zapatrywania na naturę człowieka. W dyskursie etycznym dotyczącym zapłodnienia *in vitro*²⁸⁵ ścierają się dwa wykluczające się poglądy na istotę ludzką²⁸⁶. Zgodnie z deontologią lekarską lekarz ma obowiązek udzielić pomocy wszystkim potrzebującym. Aleksandra Dembińska pisze, że „Skoro zatem wszyscy mają prawo do świadczeń lekarskich, to wszystkim należałoby przyznać prawo do korzystania z pomocy medycznej w sferze prokreacji, niezależnie od przynależności klasowej, przekonań religijnych, stylu życia”²⁸⁷. Jednakże przeciwnicy *in vitro*, czy szerzej – przeciwnicy metod wspomaganego rozrodu, mają inne zdanie. Negują prawo do posiadania dziecka za wszelką cenę i wszelkimi metodami²⁸⁸. Zatem ocena etyczna *in vitro* jest przedmiotem kontrowersji. Jedni uznają ją za godziwą – ze względu na intencje i cel, dla którego podejmowane są kolejne próby. Inni są zdania przeciwnego. W ocenie etyki

²⁸³ Jak rozpoznać dziecko z *in vitro*?, <https://parens.pl/leczenie-co-warto-wiedziec/jak-rozpoznać-dziecko-z-in-vitro/> [dostęp: 15.01.2025].

²⁸⁴ A. Bulaczek, „Sztuczne zapłodnienie: jeśli nie *in vitro*, to co?”, Katarzyna Sznyceł, Kraków 2010: [recenzja], „Studia Ecologiae et Bioethicae” 2012, vol. 10, no. 1, s. 127.

²⁸⁵ Stawiane jest pytanie: kim jest człowiek? Odpowiedź na nie pozwala na wyartykułowanie jego praw, co znajduje odzwierciedlenie w dyskusjach bioetycznych, które związane są m.in. z osobową godnością embrionu. J. Merecki, „Bioetica tra natura e cultura”, Sergio Belardinelli, Siena 2007: [recenzja], „Studia Salvatoriana Polonica” 2009, nr 3, s. 397.

²⁸⁶ A. Dembińska, *Psychologiczne aspekty zmagania się kobiet z niepłodnością*. Wahadło nadziei, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2018, s. 14.

²⁸⁷ *Ibidem*, s. 15.

²⁸⁸ *Ibidem*, s. 15.

katolickiej *in vitro* jest metodą niedopuszczalną²⁸⁹. W ogólności etyka katolicka postrzega tę procedurę jako czyn wewnętrznie zły. Dorota Wiśniewska podaje następujące argumenty, które są legitymizowane w etyce i religii katolickiej:

Po pierwsze, zabieg zapłodnienia pozaustrojowego prowadzi w wypadku zapłodnienia heterogenicznego do wytworzenia większej liczby zarodków, z których część narażona jest na uszkodzenie w wyniku mrożenia lub na zniszczenie w wypadku zarówno zapłodnienia heterogenicznego, jak i zapłodnienia homogenicznego, przy narażeniu embrionu na zwiększone ryzyko uszkodzeń genetycznych²⁹⁰;

Po drugie, przez zastosowanie biotechnologii naruszona zostaje jedność aktu prokreacji z aktem miłości małżeńskiej, a tym samym naruszona osobowa struktura małżeństwa;

Po trzecie, dochodzi do sprzecznego z godnością osobową pobrania gamet męskich i żeńskich (przykładowo w procesie masturbacji)²⁹¹.

W poglądach Kościoła katolickiego rozdzielenie znaczenia jednoczącego i znaczenia prokreacyjnego aktu małżeńskiego ma się pogłębiać wraz ze stosowaniem technik sztucznej prokreacji. W narracji Kościoła techniki wspomaganego rozrodu powodują rozluźnienie więzów rodziców z dzieckiem. Kościół katolicki ma obawy związane z rozwojem technik sztucznej prokreacji, które w jego przekonaniu stanowią akt władzy nad życiem poczętym, zastępując akt małżeński aktem technicznym – inseminacją lub *in vitro*. Sprawcą zapłodnienia staje się lekarz lub biolog, co nie jest kompatybilne z doktryną Kościoła katolickiego, albowiem wspomagany rozród nie ma bezpośredniego związku z aktem małżeńskim. Wobec tego Kościół katolicki ocenia surowiej sztuczną prokreację

²⁸⁹ K. Klimkiewicz, H. Cierpisz, J. Dejnaka, *op. cit.*, s. 57.

²⁹⁰ Zauważmy, iż Trybunał w Strasburgu niejednokrotnie wypowiadał się w sprawach dotyczących statusu embrionów poza ciałem matki. Odnosił tendencję do regulowania tych zagadnień w kontekście rozwoju nauki, badań w dziedzinie inżynierii genetycznej oraz eksperymentów embrionalnych. Jest to obszar, w którym prawo nieustannie ewoluuje. Mimo szerokiego marginesu oceny, wymaga istnienia nadzoru na poziomie międzynarodowym. Trybunał zauważył, że „ochronę potencjału życia zarodka” (wyrażającą się np. w ustanawianiu przez państwo zakazu ich niszczenia czy prowadzenia na nich badań naukowych) można łączyć z ochroną moralności publicznej oraz praw i wolności innych osób. Nie wynika stąd jednak, że pojęcie „każdy człowiek” użyte w art. 2 EKPCz obejmuje zarodki ludzkie. Trybunał stoi na stanowisku, że embriony poza ciałem matki nie są podmiotem prawa do życia. Jednak nie mogą być redukowane do pojęcia „mienia” w rozumieniu art. 1 Protokołu nr 1 do EKPCz. W. Brzozowski, A. Krzywoń, M. Wiącek, *Prawa człowieka*, wyd. 3, Wolters Kluwer, Warszawa 2021, s. 131–132.

²⁹¹ D. Wiśniewska, *Czy zabieg sztucznego zapłodnienia jest czynem wewnętrznie złym? Próba odpowiedzi w świetle encykliki Jana Pawła II Veritatis splendor*, „Studia Paradyskie” 2013, t. 23, s. 237–238.

niż antykoncepcję z uwagi na zanik znaczenia aktu małżeńskiego. Kościół poddaje krytyce sztuczną prokreację także z uwagi na brak treści duchowej i osobowej²⁹². Prawo prokreacji rozumie jako zakaz ingerencji dla przykładu państwa w naturę prokreacyjnego powołania rodziców. Akcentuje prawo dziecka do urodzenia się w rodzinie, prawo bycia poczętym przez akt miłości rodziców, prawo do całkowitego rozwoju w łonie matki, czyli w jedynym właściwym miejscu, w którym może się on dokonać w całym szacunku dla osobowej godności dziecka²⁹³. Krzysztof Smykowski na tle analizy poglądów Kościoła stwierdza, iż w oficjalnych wypowiedziach Kościoła nie ma odrzucenia czy potępienia techniki wspomaganego rozrodu jako takiej. Przedmiotowe wypowiedzi ukazują jedynie ambiwalentny charakter sztucznej prokreacji w odniesieniu do życia i godności człowieka. Wypowiedzi przedstawicieli Kościoła uwypuklają niebezpieczeństwa związane z rozwojem technik sztucznej prokreacji²⁹⁴. Kościół katolicki, pomijając prawa reprodukcyjne kobiet, fiksuje się na ochronie embrionów przed ich instrumentalnym traktowaniem, tym samym piętnując specjalistów od metod leczenia *in vitro*, którzy rzekomo skazują embriony na straty w imię pozytywnych rezultatów sztucznego poczęcia. Embrion ma być rywalem ludzkich pragnień. Życie człowieka w stanie embrionalnym ma zostać poświęcone, wedle myśli Kościoła katolickiego, dla zaspokojenia ludzkich pragnień²⁹⁵. Zwolennicy podejścia tradycyjnego mocno podkreślają, iż godność istoty ludzkiej od poczęcia jest wyjściowym stwierdzeniem dla wszystkich szczegółowych rozstrzygnięć bioetycznych. W związku z tym każda istota ludzka jest człowiekiem od poczęcia i jednocześnie istotą jedyną i niepowtarzalną, ponieważ zaznaczając, iż owo twierdzenie nie jest legitymizowane światopoglądowo i ideologicznie, a znajduje potwierdzenie w biologicznych podstawach człowieka i jego genetycznym wyposażeniu. W związku z tym życie w każdej jego fazie rozwoju nabywa w ten sposób niepodważalną wartość podstawową, warunkującą należny mu szacunek i wymagającą ochrony prawnej. W przekonaniu zwolenników tego poglądu tworzenie podstaw życia w szkle w wyniku eksperymentu me-

²⁹² E. Sgreccia, J. Merecki, *Rodzina a bioetyka*, „Studia nad Rodziną” 2001, nr 5/1(8), s. 131.

²⁹³ G. Stephan, *Klonowanie człowieka jako zamach na prawdę o człowieku*, „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne” 2004, t. 37, z. 1, s. 112.

²⁹⁴ K. Smykowski, *Współczesny rozwój technologii medycznych wyzwaniem dla etyki*, [w:] H. Czakowska, M. Kuciński (red.), *Dialog wielokulturowości i prawda*, Wydawnictwo Akademii Kujawsko-Pomorskiej, Bydgoszcz 2018, s. 331.

²⁹⁵ J. Zabielski, *Personalistyczny normatyw bioetyki*, „Rocznik Teologii Katolickiej” 2012, t. XI/1, s. 120–121.

dycznego nie jest do zaakceptowania z uwagi na instrumentalne potraktowanie i uprzedmiotowienie, w przeciwieństwie do daru życia, jakim jest obdarzany człowiek na początku swego istnienia w warunkach naturalnych. Stąd pojawia się moralny sprzeciw zwolenników metod naturalnych i godnościowego podejścia do istoty ludzkiej, które jest legitymizowane wartościami chrześcijańskimi. Podkreślają także zagrożenia dla zdrowia i życia, które ma nieść ze sobą *in vitro*²⁹⁶, używają także określenia prokreacja technicyzowana. Jej podstawowym źródłem oceny moralnej ma być właśnie kontekst osobowy i godność osoby ludzkiej jako wartość o charakterze uniwersalnym²⁹⁷. Józef Wróbel odnosi problematykę sztucznej prokreacji do Katechizmu Kościoła Katolickiego, właściwie do szóstego przykazania. Podkreśla, iż na wstępie zostają pozytywnie ocenione naukowe badania zmierzające do przezwyciężenia ludzkiej niepłodności, jednakowoż winny one służyć osobie ludzkiej i jej niezbywalnym prawom oraz jej prawdziwemu integralnemu dobru. Dalej idąc, stwierdza, iż w kolejnych dwóch punktach wskazanego dokumentu zostają odrzucone techniki zastępujące rodzicielskie zjednoczenie małżonków w akcie przekazania życia. Niegodziwe jest przekazywanie gamet, macierzyństwo zastępcze, sztuczna inseminacja i sztuczne zapłodnienie, albowiem zgodnie z Katechizmem Kościoła Katolickiego praktyki te naruszają prawo dziecka do urodzenia się z ojca i matki połączonych węzłem małżeńskim, a także są przeciwne ich godności. W osobnym punkcie Katechizm konstatuje, iż dziecko nie może być uznane za coś należnego rodzicom, gdyż jest darem. W konsekwencji nie istnieje prawo do dziecka. Dziecko nie może być uznane za przedmiot prawa własności²⁹⁸, produkt, który podlega logice produkcji, gdyż w przypadku choroby lub niedorozwoju ulega zniszczeniu²⁹⁹. Chrześcijańscy moralisci jednoznacznie uznają zwią-

²⁹⁶ A.T. Midro, H.F. Hoser SAC, *Problemy bioetyczne ingerencji medycznych zaburzających genetyczne i epigenetyczne uwarunkowania rozwoju człowieka*, „Family Forum” 2015, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego, nr 5, s. 34–35.

²⁹⁷ J. Wróbel SCJ, *Prokreacja technicyzowana – wyzwania etyczne*, „Roczniki Teologii Moralnej” 2009, t. 1(56), s. 183 i n.

²⁹⁸ J. Wróbel SCJ, *Antropologiczne implikacje sztucznej prokreacji*, „Roczniki Teologiczne” 2015, t. LXII, z. 3, s. 83–84.

²⁹⁹ A.J. Katolo, *Sztuczne zapłodnienie w probówce dobrem: dla kogo?*, „Resovia Sacra. Studia Teologiczno-Filozoficzne Diecezji Rzeszowskiej” 2002–2003, nr 9–10, s. 113. Prawo do zdrowia reprodukcyjnego, w tym sztuczna prokreacja, bywa utożsamiane ze zbrodniami eugeniki. Owa narracja, która pojawia się często w doktrynie katolickiej, oparta jest na argumentach, które naruszają dobra osobiste osób korzystających z rozwiązań zaproponowanych przez medycynę. T. Biesaga, *Eugenika w propozycjach legalizacji prawa do zdrowej reprodukcji*, „Logos i Ethos” 2019, nr 2(50), s. 27–46.

zek między biologiczną tożsamością związaną z genomem oraz rozstrzygnięcie kwestii dopuszczalności sztucznego kreowania embrionów ludzkich i dalszych wobec nich zadań³⁰⁰.

Kościół katolicki zamiast *in vitro* proponuje naprotechnologię, która w ocenie przedstawicieli Kościoła ma pomóc małżeństwom o obniżonej płodności, nie koncentrując się jedynie na aspekcie biologicznym ludzkiego rodzicielstwa. Para, która decyduje się podjąć leczenie naprotechnologiczne, przyjmuje równocześnie pewien styl życia, który polega na obserwacji naturalnych rytmów płodności oraz pracy nad relacją między mężem i żoną w wymiarze psychicznym, moralnym i duchowym. Owo podejście, akceptowane i zalecane przez Kościół katolicki, opiera się na integralnym rozumieniu ludzkiej seksualności i prokreacji. Celem naprotechnologii jest nie tyle pomoc w poczęciu, co pomoc w budowaniu rodziny. Istotne jest nie tylko poczęcie dziecka i doprowadzenie do porodu, tak aby na świat zawitało zdrowe dziecko, ale również to, w jaki sposób będzie ono przyjęte przez małżonków. Zadaniem naprotechnologii jest nie tylko danie szansy na zrodzenie potomstwa dzięki wnikliwemu zdiagnozowaniu przyczyn niepłodności i skutecznemu usunięciu tych przyczyn. Metoda ta ma ułatwić przezwyciężenie trudności w relacjach małżeńskich i rodzicielskich oraz dowartościować wymiar osobowy rodzicielstwa³⁰¹.

W zasadzie po transformacji ustrojowej w 1989 r. polski Kościół katolicki niezwykle mocno zaczął ingerować w politykę państwa, koncentrując się na sprawach obyczajowych i moralności, „wtrącając” się pośrednio w życie codzienne obywateli³⁰², a za interesujący można uznać fakt, iż katolicyzm jest jedyną religią, która w sposób stanowczy odrzuca *in vitro* w całości. Judaizm traktuje niepłodność jako przekleństwo z uwagi na fakt, iż nie pozwala ona na przestrzeganie wskazania, żeby wzrastać i się rozmnażać. Medyczne wspomaganie rozrodu jest nie tylko akceptowane, ale i pożądane. Do 40 dni po zapłodnieniu zarodek nie ma statusu istoty ludzkiej. Zarówno IVF, jak i ICSI (docytoplazmatyczne wstrzyknięcie plemników) oraz zamrażanie zarodków, jak i ich badanie przed transferem, nie są zabronione. Zakazane jest z kolei używanie plemników dawców. Jest ono traktowane jako zbliżone do niewierności. Tak

³⁰⁰ A. Sikora, *Status i ochrona praw ludzkiego embrionu w dokumentach Rady Europy*, „Poznańskie Studia Teologiczne” 2001, t. II, s. 159.

³⁰¹ J. Kobak, *Genealogia osoby wobec dramatu niepłodności*, „Resovia Sacra” 2021, R. 28, s. 253–254.

³⁰² M. Radkowska-Walkowicz, „Jak zaczęła się Twoja historia”. *Nowe technologie reprodukcyjne i nowe formy stygmatyzacji*, „Lud” 2017, t. 101, s. 152.

samo surogacja jest zabroniona, ponieważ zgodnie z judaizmem dziecko jest częścią matki. Wiąż pomiędzy matką i dzieckiem nie może zostać rozerwana³⁰³. Polska jest krajem, w którym dominuje rzymski katolicyzm. Ponad 90% mieszkańców Polski zostało ochrzczonych w tym obrządku. Joanna Szczepankiewicz-Batek twierdzi, iż mimo obserwowalnego współcześnie zjawiska odchodzenia od religii rzymskokatolickiej i systematycznego zmniejszania się liczby osób praktykujących wpływ katolicyzmu na świadomość społeczną i życie publiczne jest wciąż duży, a wiedza na temat innych religii ograniczona. Kościoły starokatolickie w zasadzie nie sformułowały własnego stanowiska w sprawie sztucznej prokreacji. Wśród duszpasterzy Kościołów starokatolickich przeważają opinie, że metody sztucznej prokreacji są godne poparcia, jeśli prowadzą do urodzenia zdrowego dziecka. Negatywnie oceniają działania, które prowadzą do niszczenia lub zamierzonej śmierci embrionów. Decyzję pozostawiają małżeństwu, aby rozważyło ją we własnym sumieniu. Kościoły prawosławne w sprawie sztucznej prokreacji również nie sformułowały jednolitego stanowiska. Zdecydowanie negatywne stanowisko zajęły Kościoły Grecji i Rosji. Według Kościoła prawosławnego dopuszczalność zapłodnień *in vitro* przeciwstawia się integralnej koncepcji natury i osoby ludzkiej stworzonej przez Boga, prowadzi do uprzedmiotowienia człowieka, wpływa destrukcyjnie na miłość mężczyzny i kobiety. Absolutystyczne rozstrzygnięcie problemu sztucznej prokreacji byłoby niezgodne z duchem prawosławia, któremu, w odróżnieniu od Kościoła rzymskokatolickiego, obce jest podejście jurydyczne. Z umiarkowaną aprobatą na temat sztucznej prokreacji wypowiedział się Serbski Kościół Prawosławny. Kościół ten w metodzie *in vitro* upatruje ostateczne wsparcie dla rozpadającego się małżeństwa³⁰⁴. W 1985 r. w Niemczech Kościół ewangelicki w dokumencie *O godności ludzkiego życia* wskazywał na wzajemne zależności między czynnikami fizycznymi a psychicznymi zachodzące podczas poczęcia, ciąży i narodzin, a także ostrzegał przed utratą cielesno-duchowej jedności procesu poczęcia³⁰⁵.

W protestantyzmie wspomagany rozród jest dozwolony. Dopuszcza się również zamrażanie zarodków i badanie przed implementacją. Protestantyzm, jak zauważa Aleksandra Dembińska, to jedyna religia, która zezwala na darowanie niepłodnej parze zarodka, jak również dawstwo komórek rozrodczych,

³⁰³ A. Dembińska, *op. cit.*, s. 19–20.

³⁰⁴ J. Szczepankiewicz-Battek, *op. cit.*, s. 24, 49.

³⁰⁵ M. Spieker, *Ku medycynie pragnień? Sztuczne zapłodnienie a godność człowieka*, „Ethos” 2014, t. 27, nr 2, s. 345.

plemników i komórek jajowych. Wspomagany rozród jest uznawany za błogosławieństwo boże i pomoc cierpiącej parze. Co ciekawe, może dotyczyć tylko par heteroseksualnych. Dziecko nie może być potomkiem jednej osoby – wdowca lub osoby niezamężnej. Surogacja jest niedozwolona, bo narusza prawo dziecka do stosunków pokrewieństwa i degraduje ciało ludzkie³⁰⁶.

Bardziej liberalne podejście do zapłodnienia metodą *in vitro* wykazywane jest w islamie³⁰⁷. W islamie sztuczne zapłodnienie jest dozwolone tylko w przypadku par zamężnych. Musi być świadoma i dobrowolna zgoda na tę procedurę i przy użyciu nasienia męża. Wykorzystywanie plemników dawcy jest zakazane. Wedle islamu dawstwo gamet wprowadza element oszustwa, powoduje brak stabilności rodziny, a także sprzeciwia się zasadzie ustalenia pochodzenia. Według islamu boskim duchem stworzenie obdarzone jest dopiero od 120. dnia po zapłodnieniu. W związku z tym nie jest zabronione zamrażanie ani badanie zarodków przed transferem, aczkolwiek dopuszczalne jest tylko wtedy, jeśli ma charakter terapeutyczny. W krajach muzułmańskich, które pozwalają poligamię, zastępczą matką może być druga żona męża³⁰⁸. Hinduizm na temat sztucznej prokreacji zasadniczo się nie wypowiada. Buddyzm w przedmiotowym temacie zajmuje dość lakonicznie stanowisko. Sztuczna prokreacja postrzegana jest neutralnie, nie ma tam pierwiastka negatywnego. Według buddyzmu szacunek do życia nie zależy od sposobu jego powstania³⁰⁹.

Na polu etycznym *in vitro* bywa porównywane do aborcji. Wykorzystywane jest to samo pole semantyczne, gdzie używane są takie słowa, jak: „morderstwo”, „holocaust”, „śmierć”. Owa strategia retoryczna jest używana przez osoby zaangażowane w obronę wartości wiązanych z religią katolicką³¹⁰. Niektórzy krytycy wspomaganego rozrodu twierdzą, że korzystanie z technik sztucznej prokreacji stanowi atak na rodzinę tradycyjną. Zwolennicy owego poglądu nie biorą pod uwagę faktu, że umożliwienie powstawania takich nowych rodzin nie utrudnia prokreacji w rodzinach „tradycyjnych”³¹¹.

Powyższe stanowiska, zwłaszcza Kościoła katolickiego, możemy określić jako konserwatywne. W ogólności Kościół katolicki wierzy, że najważniejszym

³⁰⁶ A. Dembińska, *op. cit.*, s. 20.

³⁰⁷ M. Kuczyńska *et al.*, *Opinie wybranych grup społecznych na temat etycznej strony zapłodnienia metodą in vitro*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2013, t. 19, nr 3, s. 280.

³⁰⁸ A. Dembińska, *op. cit.*, s. 20.

³⁰⁹ J. Szczepankiewicz-Battek, *op. cit.*, s. 52.

³¹⁰ M. Radkowska-Walkowicz, „Jak zaczęła się Twoja historia” ..., s. 165.

³¹¹ B. Steinbock, P.T. Menzel, *op. cit.*, s. 179.

sposobem poczęcia nowej istoty ludzkiej jest poczęcie w wyniku aktu seksualnego kochających się małżonków. Dlatego z jednej strony pozwala na każdy rodzaj medycznej interwencji (np. stymulację hormonalną), która pomaga począć dziecku w ramach aktu seksualnego małżonków. Z drugiej strony sprzeciwia się metodom wykluczającym ten akt, ale nie z powodu ich nienaturalności, lecz dlatego, iż wykluczają decydujący moment w procesie poczęcia człowieka. Anna Maliszewska zaznacza, iż Kościół katolicki nigdy nie stał na stanowisku wykluczającym jakąkolwiek nienaturalną interwencję w organizm człowieka. Jeśli Kościół aprobeuje pewne ingerencje, to czyni to dlatego, iż celem tych interwencji jest przywrócenie człowiekowi stanu zdrowia, czyli sytuacji zaplanowanej przez Boga, rozumianej jako naturalna. Jednak techniki sztucznego zapłodnienia w rozumieniu przedstawicieli Kościoła katolickiego nie doprowadzają do stanu chcianego przez Boga. Metody sztucznej prokreacji jedynie pomagają uzyskać pewien efekt w postaci poczęcia dziecka przy użyciu sposobu, który ma być niezgodny z wolą Boga³¹².

Z kolei zwolennicy stanowiska liberalnego uważają, że ludzie mają prawo podejmować istotne decyzje dotyczące ich życia w sposób wolny od przymusu i dyskryminacji, zgodnie z wyznawanymi przez siebie wartościami i koncepcją szczęścia. Możliwość swobodnego decydowania o potomstwie ma fundamentalne znaczenie dla pomyślności jednostek i powinno jako zasada pozostawać w gestii zainteresowanych osób. Joanna Różyńska zdaje sobie sprawę, iż w wielu regionach świata polityka populacyjna jest nadal realizowana przy użyciu środków przymusu, chociaż praktyki te współcześnie spotykają się z potępieniem społecznym. Rozwój instrumentów ochrony praw człowieka po II wojnie światowej doprowadził do uznania prawa do ochrony przed arbitralną ingerencją w życie prywatne, rodzinne i domowe oraz prawa do zawarcia małżeństwa i założenia rodziny za jedno z podstawowych praw człowieka. Uznano także, że każdy ma prawo do zdrowia, w tym zdrowia reprodukcyjnego, które należy rozumieć jako prawo do satysfakcjonującego i bezpiecznego życia seksualnego oraz zdolność do reprodukcji i wolność decydowania o tym, czy, kiedy i jak często z niej korzystać. W związku z tym kobiety i mężczyźni mają prawo do informacji oraz dostępu do bezpiecznych, skutecznych i przystępnych metod planowania rodziny. W ocenie Różyńskiej tak zdefiniowane prawa człowieka dostarczają normatywnego uzasadnienia dla postulatów tych, którzy domaga-

³¹² A. Maliszewska, *Dogmat o dziewictwie Maryi w kontekście współczesnych pytań o moralną ocenę technik sztucznego zapłodnienia*, „Teologia w Polsce” 2016, nr 10(2), s. 122.

ją się dostępu do technik medycznie wspomaganej prokreacji. Osoby cierpiące z powodu niepłodności mają prawo korzystać z wszelkich uznanych metod leczniczych, które zwiększą ich szansę na poczęcie i urodzenie upragnionego dziecka – od leczenia farmakologicznego, poprzez zabiegi chirurgiczne, do nowoczesnych procedur *in vitro*³¹³. Podstawowy argument za wspomaganiem rozrodu to szacunek do wolności jednostki w zakresie reprodukcji – moralne prawo podejmowania decyzji o własnej płodności. Zdaniem Bonnie Steinbock i Paula T. Menzela tak jak mamy moralne prawo, żeby unikać posiadania dziecka, mamy też moralne prawo do otrzymania terapii medycznej, która pomoże nam mieć dziecko. Niezdolność posiadania dzieci nie wyklucza pragnienia posiadania ich. Podobnie jest z niezdolnością słyszenia, widzenia czy chodzenia, które nie wykluczają pragnienia tych rzeczy. Dla wielu osób rodzicielstwo jest ważną częścią ich tożsamości. Niektórzy traktują to jako zapewnienie sobie pewnego rodzaju nieśmiertelności. Jeżeli istnieją metody medyczne, które mogą pomóc niepłodnym osobom zostać rodzicami, to w zasadzie nie powinno się wskazywać/wymyślać powodów, aby im tych metod nie udostępnić³¹⁴.

Mamy i takie głosy, które opierają ocenę etyczną sztucznej prokreacji na dobru i bezpieczeństwie dziecka, które w ten sposób ma zostać poczęte. W zakresie ryzyka zdrowotnego dla potomstwa poczętego metodą *in vitro* nie ma większych aniżeli przy normalnym poczęciu zagrożeń. Wielu specjalistów zajmujących się płodnością uważa, że ryzyko uszkodzenia zdrowia fizycznego dziecka z IVF – czy to z powodu technologii, czy problemów zdrowotnych matki – jest niskie i nie przekracza dopuszczalnego zakresu ryzyka, którego można byłoby uniknąć w pełni wyłącznie wtedy, gdybyśmy zrezygnowali z posiadania dziecka w ogóle. Ponadto te same standardy profilaktyki powinny być stosowane tak samo do osób płodnych i niepłodnych. Osoby płodne również mogą przekazywać dzieciom upośledzające choroby, a mimo to wobec nich nie jest stosowany zakaz rozmnażania³¹⁵. Jednakże za niemoralne pewna część przedstawicieli doktryny uznaje zapłodnienie kobiet samotnych, żyjących w konkubinacie czy związku homoseksualnym, w starszym wieku oraz zapłodnienie *post mortem*³¹⁶. Dwugłos na temat *in vitro*, związany: po pierwsze, z po-

³¹³ J. Różyńska, *Zapłodnienie w szkole*, „Niezbędnik Inteligenta. Bioetyka. Spory na śmierć i życie”, „Polityka” 2015, nr 1, s. 16–17.

³¹⁴ B. Steinbock, P.T. Menzel, *op. cit.*, s. 169.

³¹⁵ *Ibidem*, s. 174.

³¹⁶ A. Gdula, „Bezpieczeństwo i prawa człowieka w dziedzinie etycznych problemów ludzkiej prokreacji: studium bioetyczno-prawne”, Mariusz Ciszek, Toruń 2011: [recenzja], „Studia Ecologiae et Bioethicae” 2013, vol. 11, no. 1, s. 163.

litykami i aktywistami, deklarowanymi zwolennikami *in vitro*; po drugie: przedstawicielami Kościoła katolickiego i innymi oponentami, w rzeczy samej jest oparty na zmitologizowanych argumentach. Zwolennicy IVF używają zmedykalizowanego, neutralnego języka, którego dopełnienie stanowi głos szczęśliwych rodziców, którzy dzięki *in vitro* mają dziecko. Zwolennicy IVF prezentują *in vitro* jako metodę należącą jedynie do świata medycyny, która nie jest powiązana z problemami etycznymi czy kulturowymi. W narracji Kościoła katolickiego pojawiają się argumenty oparte na eugenicie, a dzieci z *in vitro* ma charakteryzować bruzda na ciele, choroby genetyczne, problemy psychiczne i społeczne, mimo iż wskazane argumenty nie zostały poparte badaniami naukowymi³¹⁷. Dyskusja dotycząca zapłodnienia *in vitro* jest prowadzona w bardzo emocjonalny sposób. Nowe formy komunikacji związane z mediami społecznościowymi nie sprzyjają rozważaniu etycznych argumentów. Każda ze stron sporu chce wzmocnić własne stanowisko poprzez wykrzyczenie, dalej idąc – narzucenie drugiej stronie swojego punktu widzenia³¹⁸.

W opiniach niektórych prawników znajdujemy stwierdzenia, iż niezależnie od ocen filozoficznych i społecznych dotyczących prawa do sztucznej prokreacji dostępność i zasady korzystania z metod wspomaganego rozrodu powinny znaleźć ścisłe odzwierciedlenie w przepisach prawnych³¹⁹, co było często podnoszone zwłaszcza przed uregulowaniem metod leczenia niepłodności w Polsce przed 2015 r.

3.3.2. *In vitro* a prawo

Zarówno Austriacki Trybunał Konstytucyjny, jak i Izba oraz Wielka Izba Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (ETPC) przyjęły, że prawo do ochrony życia prywatnego i rodzinnego obejmuje również prawo do korzystania ze sztucznej prokreacji. W tym miejscu warto przyrzeć się art. 8 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności³²⁰:

„1. Każdy ma prawo do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego, swojego mieszkania i swojej korespondencji.

³¹⁷ E. Jaworska, *Recenzja: Anna Krawczak, Ewa Maciejewska-Mrocze, Magdalena Radkowska-Walkowicz (red. naukowa), Dziecko, in vitro, Społeczeństwo, Warszawa: Oficyna Naukowa 2018, ss. 280, ISBN 978-83-64363-85-6, „Lud” 2018, t. 102, s. 506–507.*

³¹⁸ M. Machinek, *Katolicy rodzice wobec zapłodnienia in vitro*, „Teologia i Moralność” 2023, nr 2(34), s. 43 i n.

³¹⁹ A. Gdula, *op. cit.*, s. 163.

³²⁰ Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, Rzym 4.11.1950 r., Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284.

2. Niedopuszczalna jest ingerencja władzy publicznej w korzystanie z tego prawa, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez ustawę i koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, bezpieczeństwo publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób”. Z treści wskazanego artykułu wyprowadzany jest wniosek, iż państwo nie powinno ingerować w prawo do sztucznej prokreacji. Orzecznictwo ETPC od lat 70. i 80. XX w. stale poszerza rozumienie art. 8 i zapisanych w nim gwarancji, nadając mu szerokie i dynamiczne ujęcie³²¹.

Kwestia regulacji prawnej *in vitro* stała się kluczowa po wejściu Polski do Unii Europejskiej w 2004 r. Jednakże nie tylko zagadnienia związane bezpośrednio z *in vitro* wymagały uregulowania. Wśród innych kwestii znalazły się sprawy związane z handlem komórkami rozrodczymi i zarodkami, jak również kontrola placówek zajmujących się wspomaganiem rozrodu, wykonujących zabiegi *in vitro*. Jedynym aktem prawnym regulującym zapłodnienie *in vitro* w tamtym okresie w Polsce była Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny³²². Zgodnie z preambułą przedmiotowej Konwencji głównym celem jest stworzenie gwarancji godnych warunków i podstawowych wolności i praw człowieka w dziedzinie stosowania medycyny i biologii. W Konwencji można było napotkać odesłania do prawa krajowego, umożliwiające różnorodność w uregulowaniu dopuszczalności badań nad embrionem ludzkim pochodzącym po zapłodnieniu. Wobec tego konieczne stało się przyjęcie uregulowania krajowego w postaci konkretnych rozwiązań w odniesieniu do szeroko rozumianej sztucznej prokreacji³²³. Zapowiedź minister zdrowia Ewy Kopacz z 2007 r. dotycząca regulacji prawnej kwestii zapłodnienia *in vitro* stała się przyczyną procesów kom-

³²¹ P. Łacki, B. P. Wróblewski, *Dopuszczalny zakres regulacji sztucznej prokreacji w świetle Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności*, November 2013, https://www.researchgate.net/publication/259006602_DOPUSZCZALNY_ZAKRES_REGULACJI_SZTUCZNEJ_PROKREACJI_W_SWIETLE_KONWENCJI_O_OCHRONIE_PRAW_CZLOWIEKA_I_PODSTAWOWYCH_WOLNOSCI THE SCOPE OF REGULATION OF ARTIFICIAL PROCREATION PERMISSIBLE UNDER THE CONVENT [dostęp: 10.08.2024].

³²² Konwencja o ochronie praw człowieka i godności ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, zawarta 4 kwietnia 1997 r. w Oviedo, zwana Europejską Konwencją Bioetyczną.

³²³ M. Hładuński *et al.*, *Aspekty prawne, etyczne i moralne zapłodnienia in vitro w Polsce*, [w:] E. Krajewska-Kułak *et al.* (red.), *W drodze do brzegu życia*, t. X, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2012, s. 183.

plikacji w obrębie systemów polityki i religii. Perspektywa regulacji prawnej procedury zapłodnienia pozaustrojowego, która od lat 80. XX w. funkcjonowała w Polsce legalnie, ale jednocześnie bez podstawy prawnej, spowodowała dyskusję, czy raczej komplikacje w obu systemach, i zapoczątkowała debaty, które ujawniły nowe podziały i złożoności³²⁴. Problematyka związana ze sztucznie wspomaganą prokreacją na stałe znalazła miejsce w dyskusjach parlamentarnych. W owej dyskusji przed 2015 r. w Platformie Obywatelskiej powstały dwa projekty ustaw, które dotyczyły medycznie wspomaganej prokreacji. Pierwszy projekt powstał pod kierunkiem Jarosława Gowina i nosił nazwę: Projekt ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie niektórych ustaw. Drugi projekt pod nadzorem Małgorzaty Kidawy-Błońskiej nosił nazwę: Projekt ustawy o medycznie wspomaganej prokreacji, Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie niektórych innych ustaw. SLD zaproponowało Projekt ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Projekt wprowadzał m.in. finansowanie medycznie wspomaganej prokreacji z budżetu państwa dla małżeństw, par we wspólnym pożyciu i kobiet samotnych, u których stwierdzono niezamierzoną bezdzietność. Z kolei w partii Twój Ruch, pod kierunkiem Haliny Szymiec-Raczyńskiej, powstał Projekt ustawy do zmiany ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, który wprowadzał zasady wykonywania i finansowania z budżetu państwa medycznie wspomaganej prokreacji. Prawo i Sprawiedliwość zaproponowało dwa projekty ustaw: Projekt ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz zmianie niektórych innych ustaw, pod patronatem Bolesława Piechy, oraz Projekt ustawy o zakazie zapłodnienia pozaustrojowego i manipulacji ludzką informacją genetyczną, pod kierownictwem Jana Dziedziczaka. Główną ideą projektu ustawy pisanego pod kierunkiem Bolesława Piechy była ochrona genomu ludzkiego oraz embrionu ludzkiego, powołanie Polskiej Rady Bioetycznej oraz Urzędu Prezesa ds. Biomedycyny. Natomiast projekt ustawy pod kierownictwem Jana Dziedziczaka wprowadzał zakaz zapłodnienia pozaustrojowego oraz manipulacji ludzką informacją genetyczną w oparciu o ochronę życia, godność i integralność genetyczną człowieka³²⁵.

³²⁴ M. Kozub-Karkut, *Polski spór o in vitro. Próba charakterystyki dyskursu publicznego*, „Politeja” 2017, nr 1(46), s. 246.

³²⁵ E. Błaszczyk, *Parlamentarny spór o in vitro*, „Seminare. Poszukiwania naukowe” 2015, nr 36(3), s. 148 i n.

Polska ustawa o leczeniu niepłodności³²⁶ budziła liczne kontrowersje już na etapie prac przygotowawczych. Wskazywano, że nie spełnia standardów wynikających z zasad prawidłowej legislacji oraz budzi szereg wątpliwości natury prawnej, medycznej i etycznej. Największymi przeciwnikami wprowadzenia w życie ustawy o leczeniu niepłodności byli przedstawiciele Kościoła katolickiego oraz frakcji skrajnie prawicowych, którzy w tym czasie pozostawali w mniejszości parlamentarnej. Przeciwnicy ustawy o leczeniu niepłodności zwracali uwagę na możliwość skorzystania z procedury *in vitro* przez osoby niepozostające w związku małżeńskim oraz niewystarczający poziom ochrony zarodków³²⁷, które w ich przekonaniu, jako istoty ludzkie³²⁸, powinny być traktowane z należytym szacunkiem i godnością³²⁹. W zależności od stosunku do dwóch kolidujących ze sobą dóbr: ludzkiej godności domagającej się poszanowania embrionów oraz wolności prokreacyjnej, w polskich pracach legislacyjnych nad ustawą o leczeniu niepłodności dopatrywano się trzech zasadniczych kierunków. Pierwszy z nich traktował priorytetowo wolność prokreacyjną. Dwa kolejne stawiały na ludzką godność, w tym jeden z nich zakładał możliwość pogodzenia tej ostatniej wartości z prawną dopuszczalnością zapłodnienia *in vitro*, a drugi taką możliwość wykluczał. W konsekwencji pierwszy przyznawał prymat skuteczności zapłodnienia *in vitro* (mierzonej liczbą urodzeń), a drugi koncentrował się na poszukiwaniu kompromisu między dostępem do tej interwencji a ochroną ludzkich embrionów. Trzeci został oparty na przekonaniu, że największe nawet starania o ograniczenie zagrożeń związanych z poczęciem *in vitro* nie wystarczą do jego prawnej aprobaty³³⁰.

³²⁶ Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności, Dz. U. z 2020 r. poz. 442, dalej jako ustawa o leczeniu niepłodności.

³²⁷ W doktrynie można znaleźć pogląd, iż status embrionu różni się od statusu komórek rozrodczych. Embrion jest określany jako byt oddzielny, albowiem poprzez połączenie gamet tworzy się ząbek istoty ludzkiej posiadającej swoisty kod genetyczny. Po implantacji do macicy zarodek rozwija się w płód, który po urodzeniu staje się człowiekiem. Człowiek jako osoba fizyczna jest podmiotem prawa. W.A. Franczak, *Spór o status ludzkiego embrionu w kontekście rozważań na temat in vitro*, „Acta Iuridica Resoviensia” 2023, nr 2(41), s. 44.

³²⁸ Dodajmy, iż w dyskusjach nad prawnokarną ochroną dziecka poczętego pojawiały się sugestie objęcia nazwą „dziecko poczęte” zapłodnione komórki jajowe przed procesem zagnieżdżenia w macicy, w tym zapłodnione komórki powstałe w wyniku IVF i znajdujące się poza organizmem kobiety. E. Plebanek, *Życie i zdrowie dziecka poczętego jako przedmiot prawnokarnej ochrony (wybrane problemy wykładnicze w perspektywie najnowszych propozycji legislacyjnych)*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2016, z. 4, s. 10–11.

³²⁹ P.W. Chełmowska, *Wybrane aspekty etyczne leczenia niepłodności w prawie polskim – kilka słów o Ustawie z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały” 2017, nr 1(20), s. 102–103.

³³⁰ M. Gałązka, *Polskie prawo wobec zapłodnienia in vitro – dyskusja wciąż otwarta*, „Forum Prawnicze” 2016, nr 3(35), s. 42–43.

Od 1 listopada 2015 r. po wielu debatach i dyskusjach, które trwały przez dość długi czas, weszła w Polsce w życie ustawa regulująca aspekty prawne dotyczące leczenia niepłodności, w tym użycia metod wspomaganego rozrodu. Do czasu uchwalenia ustawy Polska pozostawała jedynym krajem w Europie, który nie posiadał w tej kwestii żadnych uregulowań prawnych. Ustawa o leczeniu niepłodności została uchwalona przez Sejm 25 czerwca 2015 r. Pozwoliła na korzystanie z procedury *in vitro* małżeństwom oraz osobom we wspólnym pożyciu, potwierdzonym zgodnym oświadczeniem. Samo leczenie może być podejmowane po wyczerpaniu innych metod leczenia, które były wykorzystywane przez okres co najmniej roku. Z procedury *in vitro* mogą też skorzystać osoby, które mają obawy, iż w sytuacji naturalnego poczęcia dziecko mogłoby zostać obciążone wadami genetycznymi. Ustawa nie wprowadziła ograniczeń wiekowych dla kobiet, które chcą skorzystać z przedmiotowej procedury. Jednakowoż samotne kobiety zostały wyalienowane. Przed wejściem w życie omawianej ustawy mogły korzystać z nasienia anonimowego dawcy. Intencją prawodawcy jest, ażeby każde dziecko, które zostało poczęte metodą *in vitro*, miało dwoje rodziców³³¹. Wiemy już, że w Polsce stosowanie procedury zapłodnienia *in vitro*, jak i badań preimplantacyjnych jest dopuszczalne. Ustawa o leczeniu niepłodności ogranicza dostęp do procedury zapłodnienia pozaustrojowego. Marta Soniewicka akcentuje, iż w Polsce dostępu do procedury *in vitro* nie mają osoby samotne, pozostające w związkach jedнопłciowych czy też pary obciążone genetycznie chorobami występującymi w rodzinie. W krajach o permissywnej polityce regulacji kwestii związanych z prokreacją medycznie wspomaganą nie ma ograniczeń podmiotowych (np. Stany Zjednoczone) lub są znacznie mniejsze (np. Wielka Brytania, Australia). Wskazania do przeprowadzenia diagnostyki preimplantacyjnej nie są w Polsce określone prawnie, ale najczęściej kliniki polskie, jak i zagraniczne (np. brytyjskie) podają wskazania podobne do wskazań zalecanych do przeprowadzania badań prenatalnych, w tym: obciążenia genetyczne w rodzinie, posiadanie dzieci z poważną wadą genetyczną, dokonanie aborcji z powodu wady genetycznej płodu, wiek matki powyżej 37 lat, stwierdzone testami nosicielstwo mutacji związanej z chorobą genetyczną, dodając do tego takie wskazania, jak samoistne poronienia oraz wcześniejszej nieudane próby zapłodnienia *in vitro*³³². Przy okazji warto nadmienić, że poradnictwo ge-

³³¹ A. Dembińska, *op. cit.*, s. 21–22.

³³² M. Soniewicka, *Selekcja genetyczna w prokreacji medycznie wspomaganiej. Etyczne i prawne kryteria*, Wolters Kluwer, Warszawa 2018, s. 47.

netyczne w wielu przypadkach może stać się dla rodziców jedyną drogą w zakresie podjęcia właściwej decyzji reprodukcyjnej. Stąd poradnictwo genetyczne powinno być specjalnie traktowane z uwagi na:

- 1) prewencję, czyli zapobieganie genetycznie uwarunkowanym anomalom;
- 2) określenie odziedziczalności i niebezpieczeństwa (ponownego) wystąpienia defektów genetycznych oraz przekazanie tej wiedzy rodzinie;
- 3) troskę o dobro rodziny;
- 4) troskę o ludzi dotkniętych anomaliami genetycznymi, a zwłaszcza dostarczanie środków mających złagodzić komplikacje z nich wynikające³³³.

Pomijając aspekty religijno-etyczne i prawne, opisane powyżej, Bogda Pawelec akcentuje, iż w procedurze *in vitro* najczęstszą emocją jest strach, gdyż nawet w renomowanych klinikach szanse na powodzenie zabiegu wynoszą ok. 50%³³⁴.

3.3.3. *In vitro* a ekonomia

Osobna kwestia to czynnik ekonomiczny. Mamy na myśli wysokie koszty procedury *in vitro* i spory o dofinansowanie tej procedury. W tym miejscu należy nadmienić o zarządzeniu Ministra Zdrowia z 14 lutego 2024 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania kryteriów programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności obejmującego procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji³³⁵. Do zadań tego zespołu należy opracowanie kryteriów polityki zdrowotnej w zakresie finansowania leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego. Program w szczególności powinien wskazywać:

- 1) kryteria włączenia pary do programu oraz kryteria wykluczenia pary z programu, uwzględniające w szczególności wiek kobiety, w którym można osiągnąć najwyższą skuteczność procedury zapłodnienia pozaustrojowego, oraz inne niezbędne warunki;
- 2) kryteria wyboru realizatorów programu;
- 3) medyczne założenia dla przeprowadzenia procedury zapłodnienia pozaustrojowego, obejmujące w szczególności zakres procedury oraz liczbę realizowanych dla pary cykli zapłodnienia pozaustrojowego;

³³³ O. Dryla, *Niedyrektywność w poradnictwie genetycznym dotyczącym decyzji reprodukcyjnych*, „Analiza i Egzystencja” 2015, nr 32, s. 74–76.

³³⁴ B. Pawelec, *op. cit.*, s. 149–151.

³³⁵ Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2024 r., poz. 12.

- 4) zasady finansowania poszczególnych procedur leczenia niepłodności i leków w ramach programu;
- 5) założenia dla zabezpieczenia płodności na przyszłość, o którym mowa w art. 10 przywoływanej już ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności.

Pierwszy raz w Polsce procedura *in vitro* została objęta finansowaniem ze środków publicznych w 2013 r. Wówczas to przyjęto Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013–2016. Zasadniczym celem programu było zapewnienie równego dostępu i możliwości korzystania z leczenia *in vitro* dla par, u których stwierdzono niepłodność, kobiety lub mężczyzny, a para wyczerpała wszystkie możliwe środki leczenia niepłodności oraz z uwagi na sytuację ekonomiczną *in vitro* było dla pary nieosiągalne³³⁶. Ów Program został ustanowiony na podstawie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jako program ministra zdrowia³³⁷. Następnie przyjęto Narodowy Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego, który nie uwzględniał leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego, tylko opierał się na naprotechnologii i edukacji, która dotyczyła także personelu medycznego³³⁸. 1 czerwca 2024 r. ruszył rządowy program wsparcia *in vitro*. Środki finansowe na ten cel zostały zapewnione do 31 grudnia 2028 r. Łączna kwota środków finansowych wynosi 2,5 mld złotych. W programie mogą wziąć udział pary, które już wcześniej korzystały z procedury zapłodnienia pozaustrojowego. Program został skonstruowany w ten sposób, aby lekarz mógł go dostosować do indywidualnych potrzeb danej pary. Program zapewnia do sześciu indywidualnych procedur wspomaganego rozrodu w różnych wariantach. Istnieje też wsparcie psychologiczne, które należy potraktować jako wartość dodaną. Program nie pomija onkopłodności. Leczenie onkologiczne może negatywnie wpłynąć na płodność. W związku z tym program daje możliwość kobietom, jak i mężczyznom, którzy chorują na różne choroby nowotworowe. Wzięto pod

³³⁶ Dofinansowanie *in vitro* w Polsce – ustawy i odrobina historii, 28.03.2024, <https://www.ovum.lublin.pl/dofinansowanie-in-vitro-w-polsce-ustawy-i-odrobina-historii/> [dostęp: 29.12.2024].

³³⁷ P. Pogodzińska, Dostęp do zapłodnienia *in vitro* a zakaz dyskryminacji – standardy międzynarodowe, przegląd rozwiązań legislacyjnych w wybranych państwach, analiza stanu prawnego w Polsce, <http://ptpa.org.pl/site/files/publikacje/opinie> [dostęp: 13.01.2024].

³³⁸ Narodowy Program Prokreacyjny – główne założenia, <https://klinikabocian.pl/klinika/dofinansowanie-in-vitro/prawo/narodowy-program-prokreacyjny-glowne-zalozenia> [dostęp: 29.12.2024].

uwagę, iż chemioterapia i radioterapia zaburzają działanie układu rozrodczego i hormonalnego, które może spowodować znaczne lub całkowite upośledzenie płodności³³⁹.

Co ciekawe, w dyskursie zaczęły też pojawiać się takie argumenty, że sztuczne zapłodnienie należy traktować jako inwestycję z uwagi na fakt, iż „wartość” nowego obywatela, czyli pracownika i podatnika, dla społeczeństwa w ramach Unii Europejskiej ma określoną wartość finansową. Refundacja zaburzeń leczenia niepłodności w wielu krajach UE już od długiego czasu jest standardem, natomiast w Polsce sytuacja jest dynamiczna i ulega przeobrażeniom, które są związane z polityką³⁴⁰.

3.4. Dawstwo gamet – adopcja komórki jajowej, plemnika lub zarodka

Adopcja prenatalna to decyzja o skorzystaniu z banku nasienia, banku komórek jajowych lub zarodka. Dawczyniami są młode, zdrowe kobiety, które posiadają już co najmniej jedno zdrowe dziecko. W przypadku mężczyzn nasienie pochodzi od w pełni przebadanych młodych mężczyzn. Z banku komórek i nasienia mogą skorzystać osoby, które nie są w stanie spłodzić biologicznego dziecka. Zdarza się, że kobieta nie ma ani jednej zdolnej do zapłodnienia komórki, ponieważ jej rezerwa jajnikowa wygasła zbyt szybko. Mężczyzna może nie mieć ani jednego zdolnego do zapłodnienia plemnika. Mogą zdarzyć się też takie sytuacje, że konkretny plemnik nie jest w stanie rozwijać się z konkretną komórką jajową. Adopcja prenatalna generuje wiele wątpliwości. Uświadamia partnerom, co jest dla nich ważne w rodzicielstwie (np. podobieństwo dzieci do rodziców, spełnianie oczekiwań; prawo do bycia tym, kim chcą być). Psychologowie z Wielkiej Brytanii jako pierwsi zajęli się tematem adopcji prenatalnej. W ich mniemaniu dziecko powinno znać prawdę o swoim pochodzeniu, analogicznie jak dzieci z adopcji społecznej³⁴¹. Aleksandra Dembińska jest zdania, iż w przypadku adopcji prenatalnej pomimo możliwości bycia przez kobietę w ciąży i doświadczenia porodu, a także karmienia piersią, dziecko w tej

³³⁹ Program wsparcia *in vitro*, <https://pacjent.gov.pl/artukul/program-wsparcia-vitro> [dostęp: 29.12.2024].

³⁴⁰ J. Stradowski, I. Konarska, *Zakazana prokreacja*, „Wprost” 27.11.2005, <https://www.wprost.pl/tygodnik/83248/Zakazana-prokreacja.html> [dostęp: 16.01.2025].

³⁴¹ B. Pawelec, *op. cit.*, s. 183–190.

sytuacji jest obce genetycznie albo dla jednego z rodziców, albo też dla obojga. W przeszłości tożsamość dawców była zawsze anonimowa i tym samym gwarantowała im pełną tajemnicę. Jednak coraz bardziej jest widoczna polityka dwutorowa, w której ramach dawca ma wybór, czy podejść do programu dawstwa jako anonimowy, czy zidentyfikowany, a odbiorca może wybrać pomiędzy tymi dwoma rodzajami dawców. System taki zezwala odbiorcom decydować w przyszłości o stopniu ujawnienia korzystania z tych procedur. Decyzja rodziców w zakresie ujawnienia dawstwa gamet przed dzieckiem odzwierciedla ich ogólną filozofię i wartości życiowe. W szczególności kwestia dotycząca podjęcia decyzji co do ujawnienia dziecku prawdy mieści się w pojmowaniu przez rodziców władzy rodzicielskiej³⁴². W opinii Rafała Łukasiewicza współcześnie coraz mocniej do głosu dochodzi stanowisko o konieczności zniesienia anonimowości ze względu na szereg argumentów związanych z prawem osoby poczętej w rezultacie dawstwa do poznania swojej tożsamości genetycznej. Ów proces ma znajdować odzwierciedlenie w rosnącej liczbie państw, w których odstąpiono od zasady anonimowości dawców na rzecz tzw. dawstwa identyfikowalnego, które daje osobie urodzonej w rezultacie dawstwa heterologicznego prawo do poznania danych identyfikujących dawcę. Rafał Łukasiewicz zaznacza, iż w dzisiejszych czasach coraz trudniej zagwarantować dawcy anonimowość w związku z rozwojem medycyny i wynikającą z tego możliwością wykonywania różnorodnych testów genetycznych, np. *direct-to-consumer genetic testing*. Testy genetyczne są oferowane bezpośrednio konsumentom. Europejskie Towarzystwo Rozrodu Człowieka i Embriologii (European Society of Human Reproduction and Embryology) zaleca w swoich rekomendacjach informowanie dawców i biorców o braku stuprocentowej anonimowości ze względu na możliwość retrospektywną zmiany prawa czy zastosowanie komercyjnych testów DNA. Mimo istniejącej w Polsce ustawy o leczeniu niepłodności wciąż można odszukać polskie strony internetowe, za pośrednictwem których istnieje szansa znalezienia dawcy nasienia. Pojawia się jeszcze kwestia dawstwa wewnątrzrodzinnego, które związane jest z motywacją przekazania gamet w ramach jednej rodziny czy konsekwencjami takiego rozwiązania. Rafał Łukasiewicz pisze, że dawstwo wewnątrzrodzinne jest aprobowane zarówno w państwach, w których obowiązuje dawstwo identyfikowalne, jak i w państwach, w których dawstwo jest anonimowe. Problem polega też na tym, że

³⁴² A. Dembińska, *op. cit.*, s. 93–94.

w doktrynie można znaleźć dwojakiemu rodzaju argumenty, czyli te opowiadające się za anonimowością dawców, jak i za prawem dziecka do poznania tożsamości dawców³⁴³.

Maria Boratyńska porównuje adopcję prenatalną do przysposobienia. Zauważa, iż dziecko adoptowane ma prawo zawsze poznać dane swych rodziców naturalnych. Boratyńska pokazuje, że w przypadku adopcji wiadomo z całą pewnością, kto jest kim: rodzicem naturalnym czy adopcyjnym, natomiast przy dawstwie gamet przepisy Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego³⁴⁴ celowo zaciemniają kwestie genetyczne na korzyść pochodzenia od rodzicielki oraz od męża matki. Przepisy Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego tym samym chronią tajemnicę rodziców co do pozyskania gamet z zewnątrz. Jedną z zasad przyjętych w ustawie o leczeniu niepłodności głosi, iż jest ono prowadzone z poszanowaniem godności człowieka, prawa do życia prywatnego i rodzinnego, ze szczególnym uwzględnieniem prawnej ochrony życia, zdrowia, dobra i praw dziecka. Maria Boratyńska zauważa, że w Polsce sytuację dodatkowo komplikuje fakt, że odpowiednia adnotacja w akcie urodzenia dokonywana jest tylko w odniesieniu do urodzonych dzięki dawstwu niepartnerskiemu dzieci pozamażeńskich. Dla dzieci małżeńskich tajemnica jest całkowita, a jej poznanie – niemożliwe przy braku takiej woli ze strony rodziców. Rozwiązanie to, w jej ocenie, jest nieuzasadnione i potencjalnie groźne dla dobra zdrowotnego dziecka. Cytowana autorka przywołuje badania związane z przysposobieniem w odniesieniu do odchodzenia od tajemnicy adopcji. Wszak z tajemnicy pochodzenia rezygnuje się obecnie przy adopcji – z przyczyn psychologicznych i emocjonalnych. Istnieje poparty aktualnymi doniesieniami naukowymi przekaz społeczny, iż dla osób adoptowanych informacje o pochodzeniu stanowią ważny element tożsamości, a ich zatajanie wyrządza krzywdę emocjonalną³⁴⁵.

Osobną kwestią to płacenie dawcom gamet. Ludzie otrzymują wynagrodzenie za udostępnianie spermy lub jajeczek, ponieważ niewiele osób wykonałoby takie usługi za darmo. Podczas gdy niektórzy sprzeciwiają się nawet darmowej donacji spermy, główne zastrzeżenie wobec płatnego dawstwa gamet i embrionów, tudzież usług surogacji (patrz podrozdział 6), to utowarowienie

³⁴³ R. Łukasiewicz, *Propozycje w zakresie wprowadzenia do polskiego prawa dawstwa identyfikowalnego komórek rozrodczych i zarodków*, „Prawo w Działaniu. Sprawy Cywilne” 2023, nr 56, s. 60–64.

³⁴⁴ Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz. U. z 2023 r. poz. 2809.

³⁴⁵ M. Boratyńska, *Tajemnica lekarska in vitro w ustawie reprodukcyjnej – suma wszystkich strachów*, „Prawo i Medycyna” 2017, nr 4(69, vol. 19), s. 56, 62.

i komercjalizacja reprodukcji oraz ciała ludzkiego. Zastrzeżenia dotyczące utowarowienia i komercjalizacji są podnoszone dopiero wtedy, gdy takie płatności trafiają do dawców gamet lub surogatek. Płacenie ludziom za części ciała jest traktowane jako utowarowienie, a wynagradzanie specjalistów za ich usługi takie nie jest. Stoi za tym często stwierdzenie, że niektóre rzeczy nie powinny być na sprzedaż³⁴⁶.

Zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy o leczeniu niepłodności „W celu identyfikacji dawczyń i biorców komórek rozrodczych przekazanych w celu dawstwa innego niż partnerskie oraz dawców i biorczyń zarodków oraz w celu monitorowania procesu medycznie wspomaganej prokreacji tworzy się rejestr dawców komórek rozrodczych i zarodków, zwany dalej «rejestrem»”. W owym rejestrze, zgodnie z intencją prawodawcy, zamieszcza się dane, które dotyczą: niepowtarzalnych oznakowań identyfikujących dawcę komórek rozrodczych lub dawców zarodka; rok i miejsce urodzenia dawcy komórek rozrodczych lub dawców zarodka; informację na temat stanu zdrowia dawcy komórek rozrodczych lub dawców zarodka; wyniki badań lekarskich i laboratoryjnych, którym poddany był kandydat na dawcę przed pobraniem komórek rozrodczych lub kandydaci na dawców zarodka przed utworzeniem zarodka; dane fenotypowe dawcy komórek rozrodczych lub dawców zarodka; datę pierwszej rejestracji dawcy komórek rozrodczych lub dawców zarodka; wykaz, niepowtarzalne oznakowanie identyfikujące i charakterystykę komórek rozrodczych lub zarodków pobranych, przetworzonych, przetestowanych, przechowywanych i zastosowanych w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji; nazwę (firmę) i adres podmiotu leczniczego, w którym komórki rozrodcze lub zarodki zostały pobrane, przetworzone lub przetestowane, oraz datę wykonania tych czynności; nazwę (firmę) i adres banku komórek rozrodczych i zarodków, w których komórki rozrodcze lub zarodki są przechowywane, oraz datę rozpoczęcia i zakończenia przechowywania; nazwę (firmę) i adres ośrodka medycznie wspomaganej prokreacji, który zastosował komórki rozrodcze lub zarodki w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji; numer PESEL biorkownicy komórek rozrodczych lub zarodków, a w przypadku osoby, która nie ma nadanego numeru PESEL – imię, nazwisko, serię i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość; datę i rodzaj zastosowanej u biorkownicy komórek rozrodczych lub zarodków procedury medycznie wspomaganej prokreacji;

³⁴⁶ B. Steinbock, P.T. Menzel, *op. cit.*, s. 180.

informacje dotyczące przebiegu i wyników zastosowanej u biorczynie komórek rozrodczych lub zarodków procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym informację o liczbie utworzonych lub przeniesionych zarodków; przekazane przez biorczynię ośrodkowi medycznie wspomaganej prokreacji informacje o przebiegu ciąży, dacie urodzin, płci i stanie zdrowia w chwili przyjścia na świat dziecka urodzonego w wyniku procedury medycznie wspomaganej prokreacji; informację o wycofaniu zgody dawcy na zastosowanie pobranych od niego komórek rozrodczych albo zgody dawców zarodka na przekazanie zarodka. Przedmiotowe informacje przekazywane są do rejestru niezwłocznie, nie później jednak aniżeli w terminie 14 dni. Zgodnie z art. 38 ust. 1 ustawy o leczeniu niepłodności dane gromadzone w rejestrze są objęte tajemnicą i mogą być udostępniane wyłącznie osobom uprawnionym i w zakresie wynikającym z przepisów ustawy. Co więcej, stosownie do art. 38 ust. 2 „Osoba urodzona w wyniku procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w wyniku dawstwa innego niż partnerskie komórek rozrodczych lub dawstwa zarodka, ma prawo zapoznać się z informacjami dotyczącymi dawcy wymienionymi w art. 37 ust. 2 pkt 2 i 3 po osiągnięciu pełnoletności”. Ponadto, wedle art. 38 ust. 3: „Przedstawiciel ustawowy dziecka urodzonego w wyniku procedury medycznie wspomaganej prokreacji ma prawo zapoznać się z informacjami dotyczącymi stanu zdrowia dawcy wymienionymi w art. 37 ust. 2 pkt 3, jeżeli informacje te mogą przyczynić się do uchylecia bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia tego dziecka. Wskazania do zapoznania się z informacjami dotyczącymi dawcy określa lekarz prowadzący leczenie dziecka i odnotowuje je w dokumentacji medycznej”. Artykuł 30 ustawy o leczeniu niepłodności umożliwia pobranie od dawcy komórek rozrodczych w celu dawstwa innego aniżeli partnerskie. Aczkolwiek spełnione muszą być łącznie określone warunki, które zostały wymienione w przedmiotowej ustawie:

Po pierwsze, pobranie następuje na rzecz anonimowej biorczynie;

Po drugie, medyczną zasadność pobrania komórek rozrodczych od określonego dawcy i zastosowania ich w celu dawstwa innego niż partnerskie ustala lekarz na podstawie aktualnego stanu wiedzy medycznej;

Po trzecie, stwierdzono w drodze przeprowadzonego z kandydatem na dawcę wywiadu medycznego oraz niezbędnych badań lekarskich i laboratoryjnych, że: a) ryzyko związane z pobraniem komórek rozrodczych od określonego dawcy nie wykracza poza przewidywane granice dopuszczalne dla tego rodzaju zabiegów i nie upośledzi w istotny sposób stanu zdrowia tego dawcy; b) ryzyko związa-

ne z zastosowaniem komórek rozrodczych pobranych od określonego dawcy nie wykracza poza przewidywane granice dopuszczalne dla tego rodzaju zabiegów i nie upośledzi w istotny sposób stanu zdrowia biorczyni oraz zdrowia dzieci, które mogą się urodzić w wyniku zastosowania tych komórek rozrodczych w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji; c) możliwe jest ograniczenie ryzyka zaistnienia istotnego zdarzenia niepożądanego lub istotnej niepożądanej reakcji u dawcy, biorczyni oraz dzieci, które mogą się urodzić w wyniku zastosowania tych komórek rozrodczych w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji;

Po czwarte, kandydat na dawcę przed wyrażeniem zgody: a) został w sposób zrozumiały i szczegółowy poinformowany przez przygotowaną do tego osobę o rodzaju zabiegu, jego celu i charakterze, przeprowadzanych dla jego wykonania badaniach laboratoryjnych oraz prawie do uzyskania wyników tych badań, sposobie gromadzenia i ochrony jego danych osobowych, tajemnicy lekarskiej, ryzyku związanym z pobraniem komórek rozrodczych, dających się przewidzieć następstwach dla jego stanu zdrowia w przyszłości oraz o środkach bezpieczeństwa prowadzących do ochrony danych dawcy; b) miał możliwość zadawania pytań w zakresie spraw, o których mowa w literze „a” i uzyskania wyczerpujących odpowiedzi – co zostało przez kandydata potwierdzone przez złożenie oświadczenia w formie pisemnej;

Po piąte, kandydat na dawcę został przed wyrażeniem zgody szczegółowo poinformowany o skutkach prawnych przekazania komórki rozrodczej, to jest o: a) braku dostępu do informacji na temat dalszego postępowania z przekazanymi komórkami rozrodczymi; b) braku jakichkolwiek praw wobec dziecka, które urodzi się w wyniku procedury medycznie wspomaganej prokreacji; c) zakresie informacji dotyczących osoby dawcy, z którymi ma prawo zapoznać się biorczyni komórki i osoba urodzona w wyniku procedury medycznie wspomaganej prokreacji w wyniku dawstwa komórek rozrodczych innego niż partnerskie, po osiągnięciu pełnoletności;

Po szóste, kandydat na dawcę potwierdził przez złożenie oświadczenia w formie pisemnej, że wszystkie informacje podane przez niego w trakcie wywiadu medycznego są prawdziwe zgodnie z jego najlepszą wiedzą;

Po siódme, kandydat na dawcę ma pełną zdolność do czynności prawnych i wyraził dobrowolnie przed lekarzem, w formie pisemnej, zgodę na pobranie komórek rozrodczych i ich zastosowanie w celu dawstwa innego niż partnerskie, na pośmiertne zastosowanie pobranych przez niego komórek rozrodczych oraz na dawstwo zarodka utworzonego z zastosowaniem tych komórek.

Prawodawca dopuszcza możliwość wycofania zgody przez dawcę komórek rozrodczych, w formie pisemnej, w obecności osoby zatrudnionej w banku komórek rozrodczych i zarodków, w którym komórki rozrodcze są przechowywane. Należy jednak mieć na uwadze, iż zgodnie z wolą prawodawcy wycofanie przedmiotowej zgody może nastąpić do momentu rozpoczęcia u biorczyni procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w której mają zostać zastosowane komórki rozrodcze, w przypadku zastosowania ich wewnątrz organizmu biorczyni albo do momentu rozpoczęcia procesu tworzenia z tych komórek rozrodczych zarodka, w przypadku zapłodnienia pozaustrojowego. W przypadku wycofania zgody bank komórek rozrodczych i zarodków jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania informacji o jej wycofaniu do ośrodka medycznie wspomaganej prokreacji lub banku komórek rozrodczych i zarodków, do którego komórki rozrodcze zostały przekazane. Ustawa o leczeniu niepłodności reguluje także kwestie związane z komórkami rozrodczymi, które mogą być pobierane od biorczyni w celu zastosowania w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji w dawstwie partnerskim albo dawstwie innym niż partnerskie. W art. 32 ustawy o leczeniu niepłodności w sposób szczegółowy zostały określone warunki, które powinny zostać spełnione. Artykuł 36 ustawy o leczeniu niepłodności wskazuje, kiedy dawstwo zarodka jest dopuszczalne. Wymagane jest łączne spełnienie następujących warunków:

Po pierwsze, przekazanie następuje na rzecz anonimowej biorczyni;

Po drugie, medyczną zasadność przekazania i zastosowania zarodka u biorczyni ustala lekarz na podstawie aktualnego stanu wiedzy medycznej;

Po trzecie, stwierdzono w drodze przeprowadzonego z kandydatką na biorczynię wywiadu medycznego oraz niezbędnych badań lekarskich i laboratoryjnych, że: a) ryzyko związane z zastosowaniem zarodka u biorczyni nie wykracza poza przewidywane granice dopuszczalne dla tego rodzaju zabiegów i nie upośledzi w istotny sposób stanu zdrowia biorczyni; b) możliwe jest ograniczenie ryzyka zaistnienia istotnego zdarzenia niepożądanego lub istotnej niepożądanej reakcji u biorczyni oraz u dzieci, które mogą się urodzić w wyniku zastosowania tego zarodka w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji;

Po czwarte, stwierdzono na podstawie danych fenotypowych podobieństwo osób, które wyraziły zgodę na przeniesienie zarodka, z dawcami zarodka;

Po piąte, biorczyni przed wyrażeniem zgody: a) została w sposób zrozumiały i szczegółowy poinformowana przez przygotowaną do tego osobę o rodzaju zabiegu, jego celu i charakterze, przeprowadzanych dla jego wykonania

badaniach laboratoryjnych oraz prawie do uzyskania wyników tych badań, sposobie gromadzenia i ochrony jej danych osobowych, tajemnicy lekarskiej, ryzyku związanym z zastosowaniem zarodków, dających się przewidzieć następstwach dla jej stanu zdrowia w przyszłości, środkach bezpieczeństwa prowadzących do ochrony danych biorczyni oraz o zakresie i skutkach prawnych stosowania zarodków, w tym sytuacji prawnej dziecka, które urodzi się w wyniku zastosowania procedury medycznie wspomaganej prokreacji; b) miała możliwość zadawania pytań w zakresie spraw, o których mowa w literze „a”, i uzyskania wyczerpujących odpowiedzi – co zostało przez nią potwierdzone przez złożenie oświadczenia w formie pisemnej;

Po szóste, biorczyni potwierdziła przez złożenie oświadczenia, w formie pisemnej, że wszystkie informacje podane przez nią w trakcie wywiadu medycznego są prawdziwe zgodnie z jej najlepszą wiedzą;

Po siódme, biorczyni ma pełną zdolność do czynności prawnych i wyraziła, w formie pisemnej, zgodę na przyjęcie zarodków i na zastosowanie ich w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji; w przypadku gdy biorczyni pozostaje: a) w związku małżeńskim, zastosowanie zarodka następuje po wyrażeniu, w formie pisemnej, zgody przez męża, który został uprzednio szczegółowo na piśmie poinformowany o skutkach prawnych przyjęcia i zastosowania zarodków w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji u biorczyni, wynikających z przepisów ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, w szczególności o ojcostwie dziecka, które urodzi się w wyniku medycznie wspomaganej prokreacji; b) we wspólnym pożyciu, zastosowanie zarodka następuje po złożeniu przez mężczyznę oświadczenia zgodnie z art. 75¹ § 1 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy

Po ósme, zastosowanie zarodka nastąpi w okresie 14 miesięcy od dnia złożenia przedmiotowego oświadczenia (pkt 7 lit. b);

Po dziewiąte, dawcy zarodka zostali przed wyrażeniem zgody szczegółowo poinformowani o skutkach prawnych przekazania zarodków, to jest o: a) braku dostępu do informacji na temat dalszego postępowania z przekazanymi zarodkami; b) braku jakichkolwiek praw i obowiązków wobec dziecka, które urodzi się w wyniku procedury medycznie wspomaganej prokreacji; c) zakresie informacji dotyczących dawców, z którymi ma prawo zapoznać się, po osiągnięciu pełnoletności, osoba urodzona w wyniku procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w wyniku dawstwa zarodka lub jej przedstawiciel ustawowy;

Po dziesiątę, dawcy zarodka mają pełną zdolność do czynności prawnych, wyrazili dobrowolnie w obecności osoby zatrudnionej w banku komórek rozrodczych i zarodków, w formie pisemnej, zgodę na przekazanie zarodków do dawstwa i złożyli, w formie pisemnej, oświadczenie co do świadomości skutków prawnych dawstwa zarodka.

Spełnienie powyższych warunków powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej. Bank komórek rozrodczych i zarodków niezwłocznie przekazuje informację o wyrażeniu zgody do rejestru komórek rozrodczych i zarodków. I w tym przypadku prawodawca dopuszcza możliwość wycofania zgody przez dawców zarodka. Wymagana jest forma pisemna. Dokonywana jest w banku komórek rozrodczych i zarodków, w których przechowywany jest zarodek. Wycofanie zgody na dawstwo zarodka, wedle ustawy o leczeniu niepłodności, może nastąpić do momentu rozpoczęcia u biorczyni procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w której ma zostać zastosowany zarodek. Na banku komórek rozrodczych i zarodków ciąży obowiązek niezwłocznego przekazania informacji o wycofaniu zgody na dawstwo zarodka do ośrodka medycznie wspomaganej prokreacji lub banku komórek rozrodczych i zarodków, do którego zarodek został przekazany.

Podobieństwo pomiędzy rodzicem niegenetycznym a dzieckiem poczętym w rezultacie zastosowania dawstwa heterologicznego jest ważne dla pary, która decyduje się na skorzystanie z procedury sztucznej prokreacji. Podobieństwo pomiędzy rodzicami a dzieckiem ma służyć zachowaniu tajemnicy dotyczącej sposobu poczęcia dziecka. Ponadto podobieństwo ma przyczynić się do zapobieżenia stygmatyzacji dziecka w przyszłości. Agnieszka Ogrodnik-Kalita, prowadząc rozważania na temat prywatności w ramach procedury medycznie wspomaganej prokreacji, spostrzega, iż ustalenie przez lekarza danych fenotypowych podobieństwa z dawcą komórek rozrodczych w pewnym stopniu chroni m.in. prawo dziecka poczętego w ten sposób do prywatności w zakresie zastosowania przy jego poczęciu technik medycznie wspomaganej prokreacji. Przeciętny obserwator nie powinien mieć wątpliwości co do biologicznego pochodzenia dziecka. Lekarz, który dokonuje wyboru gamet, powinien dążyć do tego, by po urodzeniu dziecka nie było podstaw do stwierdzenia, że może ono nie być genetycznym potomkiem swoich rodziców socjalnych. Agnieszka Ogrodnik-Kalita znajduje w doktrynie pogląd, że chęć świadomej rezygnacji przez rodziców z podobieństwa do dziecka, mimo iż mieści się ona w sferze wolności prokreacyjnej, nie zasługuje na ochronę prawną³⁴⁷.

³⁴⁷ A. Ogrodnik-Kalita, *Ochrona prywatności dziecka w zakresie zastosowania przy jego poczęciu technik medycznie wspomaganej prokreacji*, „Forum Prawnicze” 2023, nr 4(78), s. 52–53.

Współcześnie zauważalna jest tendencja do odchodzenia od zasady anonimowości na rzecz przyznania dzieciom poczętym w wyniku zastosowania metody *in vitro* prawa do poznania swego pochodzenia genetycznego. Paulina Wilhelmina Chełmowska zauważa, iż w większości państw, które zdecydowały się na przełamanie zasady anonimowości, można zaobserwować znaczący spadek liczby zgłaszanych dawców. Potencjalni dawcy obawiają się bowiem, że gdy dziecko po osiągnięciu wymaganego prawem wieku zdecyduje się zapoznać ze zgromadzonymi w rejestrze informacjami, zmuszeni będą ponosić konsekwencje finansowe (alimenty, spadekobrańie) lub emocjonalne (kontakt z dzieckiem) podjętej uprzednio decyzji. Chełmowska snuje przypuszczenia, że obecne ogólnoeuropejskie tendencje w zakresie anulowania zasady anonimowości dawcy z uwagi na konieczność ochrony dobra poczętego w wyniku zastosowania procedur medycznie wspomaganej prokreacji dziecka mogą doprowadzić do znacznego ograniczenia wykorzystywania tych technik w przypadku par zmuszonych skorzystać z komórek rozrodczych lub zarodków należących do osób trzecich. W związku z tym pojawia się pytanie, czy w istocie konflikt pomiędzy prawem dawcy do zachowania anonimowości i prawem dziecka do poznania swojej tożsamości genetycznej w każdym przypadku powinno rozstrzygać się na korzyść drugiego z uprawnień³⁴⁸.

3.5. Zapłodnienie *post mortem*

Zapłodnienie *post mortem* jest szczególnym rodzajem medycznie wspomaganej prokreacji z uwagi na fakt, iż stanowi prokreację zastępczą. Pierwotnie owa prokreacja nie musi wywodzić się z działań wspomaganej prokreacji o charakterze leczniczym³⁴⁹. W 1984 r. we Francji po raz pierwszy w historii miało miejsce poczęcie dziecka po śmierci ojca. 23-letnia Corinne Parapalaix na podstawie orzeczenia sądowego uzyskała zgodę na sztuczne zapłodnienie siebie zamrożoną spermą jej wcześniej zmarłego męża. Roman Tokarczyk pokazuje, iż francuscy prawnicy oparli swoją decyzję na zasadzie utrzymującej, że w świetle

³⁴⁸ P.W. Chełmowska, *Prawo dziecka poczętego w wyniku zastosowania medycznie wspomaganej prokreacji do poznania swojego pochodzenia genetycznego – kilka słów o ustawie z dnia 25 czerwca 2015 roku o leczeniu niepłodności*, [w:] I.A. Jaroszevska, G. Ćwikliński (red.), *Prawo małżeńskie i jego relacje z innymi gałęziami prawa*, Olsztyn 2017, s. 20–21.

³⁴⁹ M. Marszelewski, *Zapłodnienie post mortem w wybranych krajach common law*, „Studia Iuridica Toruniensa” 2015, t. XVI, s. 166.

prawa wszystko, co nie jest zabronione, jest dozwolone. Rozstrzygnięcie było na tyle ogólne, iż powstało wiele wątpliwości w zakresie pokrewieństwa i dziedziczenia. Zgodnie z domniemaniem, że mąż jest ojcem dziecka, które rodzi jego żona, to jednak ustaje ono po upływie określonego czasu od śmierci męża i zarazem ojca. Jeśli dziecko poczęte *post mortem* przyszłoby na świat po likwidacji spadku pozostawionego przez ojca, groziłoby mu całkowite wydziedziczenie. Roman Tokarczyk zwraca też uwagę na argumenty teologów, którzy powołują się m.in. na argument, iż prawo nigdy dotychczas nie przewidywało tego rodzaju poczęcia. Z argumentacji teologów wynika, że dziecko urodzone w ten sposób nie może zostać uznane za ślubne, ponieważ nie jest poczęte w okresie trwania małżeństwa. W takim przypadku dziecko może zostać potraktowane jako substytut zmarłego męża. W związku z tym decyzja zapłodnienia *post mortem* może nieść ryzyko dla zdrowia moralnego przyszłego dziecka, permanentny niepokój wewnętrzny matki, naruszenie utartych norm społecznych³⁵⁰. Należy zgodzić się z twierdzeniem Anetty Breczko i Marty Andruszkiewicz, iż zapłodnienie pośmiertne wzbudza uzasadnione kontrowersje natury etycznej i prawnej z uwagi na fakt, że w jego kontekście dochodzi do konfliktu wielu fundamentalnych wartości. Stawiane jest pytanie o zgodność takiej ingerencji medycznej z zasadą dobra dziecka, które od samego początku zostaje pozbawione jednego z rodziców. Uwidaczniają się problemy związane z ustaleniem jego pochodzenia. Zdaniem przywołanych autorek wątpliwości może budzić kwestia zgody na pośmiertne użycie gamet, a także to, czy gamety mogą być traktowane jako przedmiot prawa własności. Dla cytowanych autorek problematyczne w kontekście omawianego problemu jest zagadnienie dziedziczenia³⁵¹, co zdaje się spójne z przytoczonym powyżej poglądem Romana Tokarczyka. Z kolei Michał Marszelewski, po dokonaniu analizy wielu orzeczeń sądów krajów *common law*, sformułował wniosek, iż znaczna część orzecznictwa precedensowego formułuje pozytywne rozstrzygnięcia w przedmiocie praw dzieci poczętych *post mortem*. W odniesieniu do problematyki samego dziedziczenia w państwach opartych na systemie *common law* przyjęto rozmaite rozwiązania. Przykładowo w przedmiocie dziedziczenia ustawowego przez dzieci poczęte i narodzone po śmierci swoich rodziców genetycznych w stanie Nowa Południowa Walia zgod-

³⁵⁰ R. Tokarczyk, *Prawa narodzin, życia i śmierci*, wyd. V, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 1999, s. 29–30.

³⁵¹ A. Breczko, M. Andruszkiewicz, *Prawo spadkowe w obliczu postępu technologicznego (nowe wyzwania XXI wieku)*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2017, vol. 22, nr 4, s. 30–31.

nie z Załącznikiem nr 1.107 do Aktu nowelizującego sukcesję ustawową, osoba nie może dziedziczyć na mocy ustawy, jeśli została ona narodzona po śmierci rodzica, a nie była poczęta przed jego śmiercią³⁵².

Zgodnie z art. 33 ustawy o leczeniu niepłodności „Zarodki powstałe w wyniku dawstwa partnerskiego mogą być przeniesione do organizmu biorczyni po śmierci dawcy komórek rozrodczych, z których utworzono zarodek. Warunków utworzonych w art. 5 ust. 2 nie stosuje się”. W przekonaniu Kingi Bączyk-Rozwadowskiej decyzja kobiety o rozpoczęciu lub kontynuacji projektu rodzicielskiego nie powinna być podejmowana pod wpływem emocji, w okresie żałoby po śmierci partnera/męża. W tym trudnym dla niej czasie kobieta może nie być w pełni świadoma konsekwencji podjętych przez siebie działań. Kinga Bączyk-Rozwadowska przywiązuje wagę do terminu zapłodnienia *post mortem* w odniesieniu do konsekwencji prawnych związanych ze spadkobranie. Niektóre państwa ustanowiły takowy termin z uwagi na konieczność wyeliminowania sytuacji, w których pojawienie się nowego spadkobiercy w odległym czasie po śmierci biologicznego rodzica stawiałoby pod znakiem zapytania trwałość rozporządzeń masą spadkową³⁵³. Anna Tworkowska-Baraniuk zastanawia się nad podobieństwem wykorzystania zdeponowanego przez zmarłego nasienia z transplantacją *mortis causa* w odniesieniu do dysponowania odłączonymi od ciała człowieka tkankami i narządami. Jednak dochodzi do wniosku, iż wskazane podobieństwa nie stanowią wystarczającej podstawy, by wobec zgody zmarłego na wykorzystanie jego nasienia do sztucznego zapłodnienia *post mortem* zastosować w drodze analogii ze zgodą na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia. W przypadku transplantacji racjonalny prawodawca w sposób jednoznaczny zdecydował się na zastosowanie konstrukcji zgody domniemanej. W opinii Anny Tworkowskiej-Baraniuk nieuzasadnione byłoby dla przykładu rozszerzenie zgody na transplantację wyrażonej za życia i skutecznej *post mortem* również na zgodę na wykorzystanie nasienia po śmierci. Zgoda na transplantację wyrażona za życia, skuteczna *post mortem*, nie może być wiązana ze zgodą na wykorzystanie nasienia po śmierci z uwagi na szczególny charakter przedmiotu, jakim jest materiał genetyczny. Trzeba mieć na uwadze jeszcze i to, że transplantacja *mortis causa* nie narusza praw osób trzecich. Natomiast zapłodnienie *post mortem* może

³⁵² M. Marszelewski, *op. cit.*, s. 186–193.

³⁵³ K. Bączyk-Rozwadowska, *Prawne aspekty wspomaganej prokreacji post mortem*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2021, nr 1(49), s. 57–58.

doprowadzić do naruszenia przysługujących bliskim zmarłego dóbr osobistych. Anna Tworowska-Baraniuk twierdzi, iż śmierć dawcy powoduje wygaśnięcie zgody na wykorzystanie materiału genetycznego, a idąc dalej – dokonanie postmortalnej inseminacji staje się prawnie nieusprawiedliwione³⁵⁴. Z kolei Kinga Bączyk-Rozwadowska uznaje za wyraz poszanowania wolności prokreacyjnej przyznanie kobiecie (parze) prawa do kontynuacji terapii w razie śmierci męża lub partnera – dawcy gamet (tzw. prokreacja *post mortem*, art. 33). Uprawnienie to przysługuje wyłącznie w sytuacji, w której embrion wykreowany został wspólnie, za życia obu osób tworzących parę i w ramach dawstwa partnerskiego. Niedopuszczalny jest postmortalny transfer embrionu utworzonego w układzie heterologicznym (z wykorzystaniem gamet *ab alieno*), a także wykorzystanie *post mortem* nasienia zdeponowanego za życia lub pobranego po śmierci nasienia w celu wykreowania zarodków i ich następczej, pośmiertnej implantacji (art. 18, art. 84 ustawy o leczeniu niepłodności). Dokonane w ten sposób zróżnicowanie pozycji prawnej kobiety – dawczyni komórek jajowych wykorzystanych do utworzenia embrionu – może, zdaniem Kingi Bączyk-Rozwadowskiej, wywoływać wątpliwości. Autorka stawia pytanie, czy ustawodawca, który zdecydował o dopuszczeniu kontrowersyjnej praktyki implantacji *post mortem*, nie powinien w jednakowy sposób traktować obu przypadków dawstwa, dając wyraz nie tylko ochronie dobra dziecka, ale także interesów zdrowotnych i prokreacyjnych kobiety. Biorczyni, której komórki wykorzystano do utworzenia embrionów bez względu na pochodzenie nasienia, zawsze jest matką genetyczną, na której spoczywa zasadniczy ciężar realizacji (w sensie medycznym) podejmowanego wspólnie projektu rodzicielskiego. Z drugiej strony, Bączyk-Rozwadowska dowodzi, iż poszerzenie ram dopuszczalności prokreacji *post mortem* o układ heterologiczny stanowi rozwiązanie znane nielicznym i wyłącznie liberalnym ustawodawstwom na świecie (np. Wielka Brytania)³⁵⁵. Inna naukowczyni, Aleksandra Reszelska, w odniesieniu do zapłodnienia *post mortem* w oparciu o ustawę o leczeniu niepłodności, formułuje następujący wniosek:

³⁵⁴ A. Tworowska-Baraniuk, *Sztuczna inseminacja nasieniem zmarłego dawcy – wątpliwości natury prawnej i etycznej*, [w:] J. Gołaczyński et al. (red.), *Non omnis moriar. Osobiste i majątkowe aspekty prawne śmierci człowieka. Zagadnienia wybrane*, Oficyna Prawnicza, Wrocław 2015, <https://repozytorium.uni.wroc.pl/dlibra/publication/79498/edition/77907/sztuczna-inseminacja-nasieniem-zmarlego-dawcy-watpliwosci-natury-prawnej-i-etycznej-tworowska-baraniuk-an> [dostęp: 6.08.2024].

³⁵⁵ K. Bączyk-Rozwadowska, *Procedura in vitro a poszanowanie autonomii prokreacyjnej pary realizującej projekt rodzicielski*, „Prawo i Medycyna” 2017, nr 4(69, vol. 19), s. 20–24.

„Istotne wątpliwości budzi jednak fakt, iż ustawodawca nie uzasadnił w żaden sposób wprowadzenia owego rozwiązania do porządku prawnego. Wydaje się, iż nie sposób nałożyć sprawiedliwych ram prawnych na tak delikatny obszar, jeśli ich zasadność nie zostanie gruntownie przeanalizowana pod kątem moralnym, etycznym oraz poddana społecznym konsultacjom”³⁵⁶. Zastanawia się także nad dobrem i prawami dziecka, które zostało urodzone na skutek zapłodnienia *post mortem*³⁵⁷.

3.6. Surogacja – „macierzyństwo zastępcze”

Jakub Korus wyróżnia dwa rodzaje surogacji:

Po pierwsze, surogacja częściowa, zwana tradycyjną – polega ona na tym, iż surogatka, współcześnie w wyniku sztucznego zapłodnienia, a kiedyś na drodze stosunku płciowego, zostaje zapłodniona nasieniem mężczyzny, który będzie ojcem dziecka. W tej sytuacji część materiału genetycznego pochodzi od matki zastępczej;

Po drugie, surogacja pełna, zwana też z angielska gestacyjną (ang. *gestational surrogacy*), gdzie para lub osoba, która pragnie mieć dziecko, dostarcza matce zastępczej cały materiał genetyczny, czyli powstały w wyniku zapłodnienia embriion. W sytuacji idealnej zarówno nasienie, jak i komórka jajowa pochodzą od rodziców. Jeśli jedna z osób pozostaje trwale bezpłodna, rodzice korzystają – w krajach, w których jest to możliwe – z materiału od dawców. W surogacji pełnej matka zastępcza nosi dziecko przez dziewięć miesięcy. Jednakże nie jest z dzieckiem w żaden sposób spokrewniona. W związku z tym właśnie ta metoda jest stosowana najczęściej³⁵⁸. Od surogatek wymaga się o wiele więcej aniżeli od dawczyń gamet. Sam proces trwa dłużej. Oddanie jajeczka wymaga 36–37 dni, podczas gdy surogatka jest zaangażowana w cały proces od 14 do ponad 20 miesięcy, zależnie od tego, jak szybko zostanie skojarzona z przyszłymi rodzicami, jak zareaguje na leki związane z *in vitro* i ile czasu potrwa stworzenie i transfer zarodków. Cięża zajmuje więcej czasu, stanowi też o wiele większe obciążenie i zagrożenie dla zdrowia niż pobranie jajeczek. Największą różni-

³⁵⁶ A. Reszelska, *Zapłodnienie post mortem w świetle ustawy o leczeniu niepłodności*, „Prawo i Medycyna” 2017, nr 4 (69, vol. 19), s. 91–92.

³⁵⁷ *Ibidem*, s. 92.

³⁵⁸ J. Korus, *Surogatki. Historie kobiet, które rodzą „po cichu”*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2021, s. 26–27.

cą między oddaniem gamet a zostaniem surogatką jest fakt, iż po skończonym procesie dawczyni ma jedynie mniej jajeczek, a surogatka musi oddać dziecko, które nosiła przez 9 miesięcy. Jeżeli do jej macicy wszczepiono jajeczko innej kobiety, to nie będzie genetycznie spokrewniona z płodem, ale posiada z nim więź biologiczną, jaką jest ciąża. Jeżeli wykorzystano jej własne jajeczko, to oprócz samej ciąży jest też powiązana genetycznie z noworodkiem. Nie ma zbyt wielu badań na temat samopoczucia surogatek po oddaniu dziecka. Według jednego badania, obejmującego dziesięć kobiet, niektóre z nich odczuwały smutek i rozczarowanie, tracąc kontakt z dzieckiem, które urodziły, ale większość nie żałowała odegranej roli i miała przeświadczenie o zrobieniu czegoś wspaniałego, pomagając parze mieć dziecko. Jednakże niektóre surogatki czuły się złe i zgorzkniałe z uwagi na „wykorzystanie” i „opuszczenie” przez rodzinę dziecka. Poczucie wykorzystania wiązało się nie tyle z wysokością wynagrodzenia, co raczej z poczuciem bycia szanowaną i docenioną zarówno w trakcie ciąży, jak i po porodzie. Bonnie Steinbock i Paul T. Menzel podkreślają, iż ryzyko wyzysku zwiększa się w przypadku surogacji międzynarodowej, albowiem pary kontraktujące usługę pochodzą zazwyczaj z krajów bogatych, podczas gdy surogatki mieszkają najczęściej w krajach rozwijających się. Cytowani autorzy zauważają, że surogatki w USA nie są skrajnie biedne. Należą najczęściej do klasy średniej lub pracującej, a surogację postrzegają jako dodatkowy zarobek. Dla kobiety z kraju rozwijającego się może to być jedyny sposób na wyjście ze skrajnej biedy. Według poglądów części filozofów stawianie ludzi przed wyborem, którego w rzeczywistości nie mogą odrzucić, to kwintesencja wyzysku i czyn moralnie niedopuszczalny. Chociaż mamy i takie głosy, że pozbawienie ludzi opcji, która mogłaby obiektywnie poprawić ich życie, to zbyt daleko idący paternalizm, nawet jeśli będąc w lepszej sytuacji, osoby nie wybrałyby tej opcji³⁵⁹.

Cytowany J. Korus zastanawia się nad medycznymi powodami korzystania z usług surogatek. Stereotypowo przyjmuje się, iż to gwiazdy/celebryci najczęściej korzystają z usług „matek zastępczych” z powodu braku chęci bycia w ciąży z uwagi na karierę i wygląd. Jednakże to nie celebryci, ale ludzie przeciętni, którzy mierzą się z problemem niepłodności/bezpłodności, szukają rozwiązania problemu braku płodności w surogacji. Najczęściej są to osoby po wielu nieudanych próbach *in vitro*, poronieniach, a także pary, które są zniechęcone procedurami adopcyjnymi. Zatem jest to grupa osób, która rozpaczliwie chce

³⁵⁹ B. Steinbock, P.T. Menzel, *op. cit.*, s. 185–186.

mieć dziecko i upatruje w surogacji ostatnią szansę. Jakub Korus wspomina, iż w październiku 2009 r. Światowa Organizacja Zdrowia uznała macierzyństwo zastępcze za jedną z technik wspomaganego rozrodu, obok takich procedur, jak inseminacja, zapłodnienie *in vitro* czy przenoszenie gamet. Dalej idąc, zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Rozrodu Człowieka i Embriologii surogatka powinna być w wieku od 21 do 45 lat, mieć za sobą co najmniej jedną donoszoną bezproblemowo ciążę, nie więcej niż 5 porodów i maksymalnie trzy cięcia cesarskie³⁶⁰. Historia surogacji ma nie tylko podłoże biblijne – Sara i Abraham. Na zapładnianie niewolnic, które urodzą parze dziecko, pozwalały kodeksy Babilonii oraz starożytnego Rzymu – praktyka ta była obecna niemal we wszystkich kolebkach cywilizacji, a surogacja nie zanikła z czasem. Po usługi surogatek, mamek oraz matek zastępczych i im podobnych sięgali średnio-wieczni, a potem nowożytni władcy. Z uwagi na niezaawansowane technologie wszędzie tam mieliśmy do czynienia z surogacją tradycyjną. Matka zastępcza była także matką biologiczną dziecka. Przełom IVF stał się jednocześnie przełomem w surogacji. W ramach IVF dokonywano transferu embrionów od zupełnie obcych dawców – najczęściej rodziców lub przynajmniej ojca. Matka wbrew rzymskiej sentencji na dobre przestała być pewna³⁶¹. Marta Soniewicka posługuje się określeniem „ciąża kontraktowa”, którą definiuje jako praktykę polegającą na wykorzystaniu technik sztucznej prokreacji (sztuczne zapłodnienie *in vivo/in vitro*), w wyniku których kobieta zachodzi w ciążę i rodzi dziecko. W kolejnym etapie zrzeka się praw do dziecka i przekazuje je osobie lub parze, która zapoczątkowała ową procedurę i zapłaciła za nią, aby w ten sposób zostać rodzicem/rodzicami dziecka. Marta Soniewicka wpisuje „ciążę kontraktowe” w problem turystyki reprodukcyjnej³⁶².

Anetta Breczko wyraźnie wskazuje, iż w większości krajów europejskich przyjmuje się zakaz umów surogackich. Ów zakaz kreowany jest w ten sposób, iż takie umowy są objęte sankcją, zarówno dla stron takich umów, jak i dla lekarzy uwikłanych w ich realizację. W dużej części państw karalne są wszelkie formy pośrednictwa. Aczkolwiek są państwa, które zalegalizowały surogację (przykładowo niektóre stany USA). Są też państwa, które cechuje brak jakichkolwiek regulacji prawnych dotyczących surogacji, oraz takie,

³⁶⁰ J. Korus, *op. cit.*, s. 27–28.

³⁶¹ *Ibidem*, s. 259–260.

³⁶² M. Soniewicka, *Ciąża kontraktowa z perspektywy etycznej (problem szkody, instrumentalizacji oraz dezintegracji macierzyństwa)*, „Państwo i Prawo” 2020, nr 11, s. 5–6.

w których macierzyństwo zastępcze zostało uznane za sprzeczne z zasadami współżycia społecznego³⁶³. Olga Bobrzyńska przywołuje Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej jako jedno z pierwszych państw, w których wprowadzono przepisy odnoszące się do surogacji. W 1985 r. została wydana ustawa o macierzyństwie zastępczym: *Surrogacy Arrangements Act*. Celem owego aktu było określenie, które czyny dotyczące macierzyństwa zastępczego są zabronione i karalne. Następnie w 1990 r. przyjęto ustawę o ludzkiej płodności i embriologii *Human Fertilisation and Embryology Act*. W 1992 r. do aktu wprowadzono przepisy pozwalające na uzyskanie przez rodziców zamawiających stanowiących małżeństwo (kobiety i mężczyzny) sądowego orzeczenia, czyli tzw. *parental order*, na podstawie którego rodzice zamawiający stają się w świetle prawa rodzicami dziecka urodzonego przez matkę zastępczą. Wskazana regulacja została znowelizowana w 2008 r., gdy przyjęto ustawę o tej samej nazwie – *Human Fertilisation and Embryology Act*. Nowelizacją poszerzono krąg osób mogących składać wnioski o uzyskanie *parental order*. Możliwość taką zyskały pary niepozostające w związku małżeńskim i pary homoseksualne. Z kolei w 2010 r. przyjęto akt: *The Human Fertilisation and Embryology (Parental Orders) Regulations 2010* mający charakter wykonawczy. Na mocy tego aktu, w sprawach o wydanie *parental order* mają zastosowanie przepisy *Adoption and Children Act 2002*. Akt ten nakazuje w szczególności kierowanie się dobrem dziecka. To ostatnie jest rozumiane jako wartość nadrzędna w postępowaniu o wydanie *parental order*³⁶⁴. Surogacja krajowa i międzynarodowa prowadzi do sporów o opiekę nad dzieckiem. W 2014 r. opinią publiczną wstrząsnęła sprawa tzw. „baby Gammy”. Dotyczyła ona ciąży bliźniaczej. Surogatka nie zgodziła się na aborcowanie jednego płodu, obciążonego zespołem Downa. Na skutek sprawy baby Gammy Tajlandia zakazała turystyki surogacyjnej parom przyjeżdżającym z zagranicy, chociaż surogacja jest wciąż dostępna dla heteroseksualnych tajskich par pozostających w związkach małżeńskich. Popularnym krajem dla osób szukających surogatek były Indie. W roku 2015 również w Indiach zakazano surogacji dla par przyjeżdżających z zagranicy. Ukraina znana jest z rynku surogacji. Jako jeden z bardzo niewielu krajów zezwala na surogację dla par zagranicznych.

³⁶³ A. Breczko, *Prawo natury i prawo stanowione w obliczu problemów genetyki reprodukcyjnej*, „Rocznik Teologii Katolickiej” 2014, t. XIII(1), s. 31–32.

³⁶⁴ O. Bobrzyńska, *Macierzyństwo zastępcze w prawie Zjednoczonego Królestwa*, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2017, s. 5–6.

Wykonywanie usług surogacji na terenie tego państwa zostało mocno zakłócone na skutek rosyjskiej napaści na Ukrainę w 2022 r.³⁶⁵

W Polsce od 2009 r. w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym pojawił się zapis, że matką dziecka jest kobieta, która je urodziła. Tym samym umowy surogackie stały się właściwie bezzasadne. Traktowane są jako niezgodne z zasadami współżycia społecznego, a zatem nieważne. Zdaniem Anetty Breczko problem jest wciąż aktualny, ponieważ tego typu umowy funkcjonują w szarej strefie³⁶⁶. Marta Soniewicka jest zdania, iż polskie prawo wprawdzie nie wypowiada się wprost na temat ciąży kontraktowej, ale ustawowo definiuje macierzyństwo jako relację prawną powstałą między dzieckiem a kobietą, która je urodziła, pomijając więc genetyczną (art. 61⁹ k.r.o.). Ponadto polskie prawo znacznie ogranicza możliwość realizacji umów o macierzyństwo zastępcze. Co więcej, zakres dysponowania swoim ciałem oraz jego częściami jest w większości systemów prawnych ograniczony zakazem komercjalizacji ludzkiego ciała. W kwestiach związanych z ciążami kontraktowymi/umowami surogackimi zdania są podzielone. W literaturze można znaleźć też stanowiska autorów, wedle których odmowa kobietom prawa do zawierania umów o zastępcze macierzyństwo z uwagi na troskę o dobro kobiet jest wyrazem paternalizmu³⁶⁷. Na tym tle zauważalne są dwa stanowiska: paternalizmu i autonomii reprodukcyjnej, przeplatające się w dyskursie o prawach reprodukcyjnych kobiet w ogólności, nie tylko w odniesieniu do surogacji.

Jakub Korus w kontekście surogacji jako umowy komercyjnej podaje dwa typy surogacji. Mianowicie surogację komercyjną i surogację altruistyczną. Pierwsza, czyli komercyjna, sprowadza się do tego, iż surogatka otrzymuje za swoją usługę wynagrodzenie, najczęściej również dodatkowe comiesięczne wypłaty przez cały okres ciąży. Podaje przykład Ukrainy, gdzie wynagrodzenie wynosi kilkanaście tysięcy dolarów lub euro za samo urodzenie dziecka i równowartość około czterystu dolarów na comiesięczne wydatki. Podobnie sytuacja wygląda w Gruzji oraz w Rosji. Z kolei surogacja altruistyczna ma charakter dobrowolny. W tym przypadku surogatka decyduje się nosić cudze dziecko z dobroci serca, a jedyną kwotą, jaką otrzymuje, są rekompensaty (np. za pójście na urlop, wydatki na lekarzy i leki)³⁶⁸.

³⁶⁵ B. Steinbock, P.T. Menzel, *op. cit.*, s. 186–187.

³⁶⁶ A. Breczko, *op. cit.*, s. 31–32.

³⁶⁷ M. Soniewicka, *Ciąża kontraktowa z perspektywy etycznej...*, s. 6–12.

³⁶⁸ J. Korus, *op. cit.*, s. 29–30.

Przywoływana wcześniej autorka Anetta Breczko zauważa ponadto, że wraz z pojawieniem się umów o macierzyństwo zastępcze pewnemu rozchwianiu uległy dotychczasowe paradygmaty prawne związane z wizją rodziny. Pojawił się problem: która kobieta ma być matką prawną dziecka? Czy matka zastępcza, a zatem biologiczna (kobieta, która urodziła), czy też matka zamawiająca (wynajmująca inną kobietę do urodzenia dla niej dziecka)? Oczywiście może ten obraz zostać jeszcze bardziej zagmatwany w momencie, kiedy pojawi się matka genetyczna (dawczyni materiału genetycznego). Niepewność odnośnie do tego, kto jest matką, implikuje wątpliwości dotyczące ojcostwa. Jak ocenia Anetta Breczko: „To oczywiście tylko wierzchołek góry problemów związanych z macierzyństwem zastępczym”³⁶⁹. Przeciwnicy surogacji podają argument godności. Wynajmowana matka ma pełnić rolę żywego inkubatora, jej kobiecość i macierzyństwo, wprawdzie zgodnie z własnym życzeniem surogatki, staje się towarem na sprzedaż i zdecydowanie sprzeciwia się godności takiej kobiety³⁷⁰. Łukasz Mirocha sygnalizuje, iż z perspektywy części etyków już samo posługiwanie się w kontekście rodzicielstwa terminologią zaczerpniętą z prawa cywilnego, odnoszącą się w domyśle do pojęcia własności, stanowi potwierdzenie obaw o uprzedmiotowienie bądź uczynienie z dziecka lub surogatki dóbr handlowych. Z pozycji etyki personalistycznej, tudzież odwołującej się do Kanta, konkretnie do nakazu, zgodnie z którym należy traktować człowieka zawsze jako cel sam w sobie, a nigdy jako środek, umowy o surogację uznawane są za niedopuszczalne. Łukasz Mirocha, poszukując ewentualnych regulacji, które odnoszą się do macierzyństwa zastępczego, kieruje uwagę na Europejską Konwencję Bioetyczną. We wskazanej Konwencji można znaleźć liczne nawiązania do pojęcia godności i tożsamości istoty ludzkiej, które mogą stanowić prawny argument na rzecz zakazu macierzyństwa zastępczego. Etycy, którzy potępiają surogację, odwołują się do sprzeczności tej praktyki z godnością osobową (dziecka i matki zastępczej) oraz negatywnych konsekwencji dla dziecka w zakresie prawa do wiedzy o własnym pochodzeniu (tożsamości). Łukasz Mirocha akcentuje, iż dla płaszczyzny macierzyństwa zastępczego istotne znaczenie ma art. 21 przedmiotowej Konwencji, który stanowi, że: „Ciało ludzkie i jego części nie mogą, same w sobie, stanowić źródła zysku”. W związku z tym, w mniemaniu Mirocha, tenże artykuł rzutuje na dopuszczalność surogacji komercyjnej³⁷¹.

³⁶⁹ A. Breczko, *op. cit.*, s. 31–32.

³⁷⁰ L. Malina, *Moralna ocena sztucznej prokreacji*, „Studia Pastoralne” 2020, nr 16, s. 157.

³⁷¹ Ł. Mirocha, *Tzw. macierzyństwo zastępcze (surogacy, Leihmutterschaft) w bieżącym orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu*, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2017, s. 6–7, 11–12.

Stanowisko Kościoła katolickiego w odniesieniu do surogacji jest jednoznaczne. Kościół jest jej przeciwny. Jacek Jan Pawłowicz jest zdania, iż macierzyństwo zastępcze posiada obiektywne braki w stosunku do obowiązków miłości macierzyńskiej, wierności małżeńskiej i odpowiedzialnego macierzyństwa. Surogacja ma obrażać godność i prawo dziecka do naturalnego poczęcia, do okresu ciąży i wychowania przez własnych rodziców oraz wprowadza, ze szkoda dla rodzin, podział między czynnikami fizycznymi, psychicznymi i moralnymi, które je tworzą. Pawłowicz przytacza stanowisko Kościoła, które jasno wskazuje, iż należy zrezygnować z IVF i surogacji. Kościół powołuje się na świętość i nietykalność ludzkiego życia oraz przysługujące każdemu człowiekowi prawo do poczęcia się za sprawą małżeńskiego aktu płciowego, będącego ukoronowaniem miłości małżeńskiej, a nie dzięki zaawansowanej technice. Jacek Jan Pawłowicz poddaje negatywnej ocenie moralnej i etycznej proceder macierzyństwa zastępczego z uwagi na pobudki i intencje, jakimi kierują się zarówno rodzice biologiczni (dawcy gamet), którzy są zdecydowani użyć wszystkich dostępnych środków, nawet tych nieetycznych, aby osiągnąć zamierzony cel – własne dziecko, jak i kobieta – surogatka. Oskarża rodziców o egoizm i brak pokory względem Boga. W przypadku braku możliwości poczęcia dziecka biologicznego sugeruje przysposobienie (adopcję). Postępowanie surogatki porównuje do postępowania prostytutki, która dla takich czy innych korzyści sprzedaje swoje ciało³⁷².

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2024/1712 reguluje kwestie związane z macierzyństwem zastępczym: „(6) Wyzyskiwanie do macierzyństwa zastępczego, przymusowego małżeństwa lub nielegalnej adopcji mogą już wchodzić w zakres przestępstw dotyczących handlu ludźmi zdefiniowanych w dyrektywie 2011/36/UE, o ile wypełnione są wszystkie znamiona tych przestępstw. Jednak z uwagi na poważny charakter tych praktyk oraz w celu przeciwdziałania stałemu wzrostowi liczby i znaczenia przestępstw dotyczących handlu ludźmi popełnianych w celu innym niż wykorzystywanie seksualne czy wyzysk pracowników, wyzyskiwanie do macierzyństwa zastępczego, przymusowego małżeństwa lub nielegalnej adopcji powinny zostać uwzględnione w tej dyrektywie jako formy wyzysku, o ile wypełniają znamiona przestępstwa handlu ludźmi, w tym kryterium środków. W szczególności, w przypadku handlu ludźmi w celu wyzyskiwania do macierzyństwa zastępczego, niniejsza dyrektywa skupia się na osobach, które skłaniają kobiety, przemocą lub podstępem, do peł-

³⁷² J.J. Pawłowicz, *Biznes „in vitro” contra moralność i prawo (2)*, „Nasz Dziennik” 2010, nr 51(3677), s. 4–5.

nienia roli matek zastępczych. Zmiany dyrektywy 2011/36/UE wprowadzone niniejszą dyrektywą pozostają bez uszczerbku dla definicji małżeństwa, adopcji, przymusowego małżeństwa i nielegalnej adopcji lub definicji przestępstw z nimi związanych, innych niż handel ludźmi, jeżeli zostały one ustanowione w prawie krajowym lub międzynarodowym. Normy te pozostają również bez uszczerbku dla krajowych przepisów dotyczących macierzyństwa zastępczego, w tym prawa karnego lub prawa rodzinnego³⁷³. Analiza przytoczonych unormowań unijnych pozwala skłonić się do wniosku, że macierzyństwo zastępcze zostało zaliczone do handlu ludźmi, aczkolwiek muszą być spełnione określone warunki: wypełnianie znamion przestępstwa handlu ludźmi. Intencją prawodawcy unijnego jest skupienie uwagi na osobach, które podlegają kobietom, używając przemocy lub podstępem, do występowania w roli surogatek. Prawodawca unijny zastrzegł także brak ingerencji w przepisy krajowe i międzynarodowe, które odnoszą się do handlu ludźmi, tudzież przepisy prawa karnego i rodzinnego, właściwe dla państw członkowskich UE.

W przypadku macierzyństwa zastępczego należy zastanowić się nad relacją rodzicielstwa ściśle związaną z pojęciem odpowiedzialności prokreacyjnej. Magdalena Sobas twierdzi, iż niezwykle istotną kwestię stanowi zagadnienie biologicznej, a nawet etycznej odpowiedzialności za sam proces prokreacji, co znajduje wyraz w prawach i obowiązkach osób, które zawarły umowę, porozumienie odnoszące się do wydania dziecka na świat. Ze względu na trudności z przypisaniem odpowiedzialności być może istnieje potrzeba oddzielenia procesu prokreacji od odpowiedzialności rodzicielskiej. W każdym przypadku należy kierować się dobrem dziecka, a także gwarantowaną mu przez prawo możliwością poznania własnego pochodzenia, tożsamości genetycznej³⁷⁴.

3.7. Wybór płci dziecka

Kwestia prawomocności technik rozrodu wspomaganego zamienia się w debatę polityczną i spór o uzasadnienie ograniczenia wolności jednostki. Większość klinik IVF w Stanach Zjednoczonych daje możliwość niemedycznego

³⁷³ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2024/1712 z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie zmiany dyrektywy 2011/36/UE w sprawie zapobiegania handlowi ludźmi i zwalczania tego procederu oraz ochrony ofiar, Dz. Urz. UE L z 24.06.2024 r.

³⁷⁴ M. Sobas, *Czy dziecku przysługuje prawo do ustalenia pochodzenia genetycznego ze strony matki?*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Iuridica” 2019, nr 86, s. 24.

wyboru płci. Jednakże w wielu krajach (np. Kanada, Austria, Wielka Brytania) niemedyyczny wybór płci jest nielegalny³⁷⁵.

Pamiętajmy, iż u człowieka płeć zostaje zdeterminowana w momencie połączenia się komórki płciowej męskiej i żeńskiej. Proces ten identyfikuje się jako zapłodnienie. Jest ono poprzedzone zaplemnieniem, które może być naturalne lub sztuczne, wewnętrzne lub zewnętrzne. U człowieka zaplemnienie naturalne, wewnętrzne zachodzi w trakcie aktu płciowego. Człowiek zaliczany jest do gatunków monospermicznych – tylko jeden plemnik wnika do komórki jajowej. Polispermia jest z kolei proces, w przebiegu którego do komórki jajowej wnika wiele plemników. Jednakże tylko jeden jest plemnikiem zapładniającym. Pozostałe plemniki obumierają. Maciej Małecki i Grażyna Niewiadomska, opisując proces zapłodnienia, stwierdzają, iż zapłodnienie jest wieloetapowym, złożonym procesem. Ów proces rozpoczyna się w momencie zbliżenia się plemnika do komórki jajowej. Proces zapłodnienia kończy się połączeniem komórek i wymieszaniem chromosomów, należących do matki i ojca. Niesiona informacja genetyczna, pochodząca ze strony matki i ojca, w akcie zapłodnienia łączy się. W wyniku tego procesu powstaje zapłodnione jajo, które jest określane mianem zygoty. Z zygoty rozwija się zarodek, a z tego ostatniego płód. W wyniku tego procesu rodzice przekazują potomstwu materiał genetyczny w formie struktur zwanych chromosomami. Bezpośredni wpływ na determinację płci mają chromosomy oznaczane symbolami X i Y, nazywane płciowymi. Maciej Małecki i Grażyna Niewiadomska piszą, że decydującą rolę w determinacji płci u ssaków odgrywa chromosom Y. Cytowani autorzy podkreślają, że różnicowanie płci jest złożonym procesem. W tej sytuacji można mówić o genetycznej determinacji płci, o powstawaniu wewnętrznych i zewnętrznych narządów płciowych, a następnie o dojrzewaniu płciowym. Małecki i Niewiadomska pokazują, że badania nad możliwością wyboru płci są prowadzone też w innym kierunku. Stąd istotne wydają się być próby związane ze sprawdzaniem, jakie środowisko stwarza organizm kobiety dla plemnika. Wskazani autorzy pokazują, iż mikrośrodowisko dróg rodnych kobiety może ułatwiać zapłodnienie jednemu z rodzajów plemników określających płeć. Odbyna się to poprzez cykliczne zmiany właściwości środowiska pochwy i szyjki macicy. Płeć potomstwa jest wyznaczana również przez określone pH i lepkość śluzu szyjkowego. Czynniki te zmieniają się cyklicznie pod wpływem hormonów jajnikowych. Środowisko zasadowe ma

³⁷⁵ B. Steinbock, P.T. Menzel, *op. cit.*, s. 189.

sprzyjać plemnikom odpowiedzialnym za rozwój płci męskiej. W środowisku kwaśnym natomiast plemniki z chromosomem Y łatwiej giną niż większe od nich plemniki z chromosomem X. Maciej Małecki i Grażyna Niewiadomska powołują się także na przekonania innych badaczy, zgodnie z którymi na płęć potomstwa może również wpływać wiek rodziców. Na płęć wpływ ma mieć także dieta. W ocenie Małeckiego i Niewiadomskiej wybór płci dziecka na życzenie mógłby być uzasadniony w przypadku, gdy rodzice są nosicielami genetycznej choroby dziedzicznej przez męskich potomków. Słusznie konkludują, iż wybór płci przyszłego potomstwa jeszcze przed poczęciem stanowi kolejny przykład zderzenia biologii z etyką³⁷⁶. Postęp wiedzy o ludzkich genach pozwala i w przyszłości jeszcze bardziej pozwoli określić rolę i znaczenie genetycznego podłoża wielu nie do końca poznanych chorób i zaburzeń. Wiedza o genetycznych, a więc biologicznych uwarunkowaniach cech osobowościowych i zachowań, może stać się impulsem do poszukiwania nowych technik, które pozwolą na manipulowanie tymi cechami³⁷⁷, co w sposób pośredni będzie można powiązać z wyborem płci przed poczęciem. Trzeba mieć też na uwadze, iż problem wyboru płci biologicznej bywa łączony z rolami, które, niekiedy stereotypowo, są przypisywane do płci żeńskiej i męskiej. Ponadto musimy na kwestie wyboru płci przed poczęciem patrzeć z perspektywy rozróżnienia na płęć biologiczną i kulturową, która ma miejsce na etapie późniejszym³⁷⁸.

Same motywacje wyboru płci dziecka bywają różnorakie. Wojciech Surmiak systematyzuje owe motywacje w następujący sposób:

Po pierwsze, zapobieganie chorobom, które w swojej genezie są związane z określoną płcią (motywacja prewencyjna i terapeutyczna);

Po drugie, kontrola urodzeń – wiele par chce mieć dzieci różnej płci, jeśli wcześniej zrodzone potomstwo jest jednej płci. Zatem możliwość kontroli płci dziecka niesie w sobie także możliwość kontroli liczby urodzeń w rodzinie;

Po trzecie, cel edukacyjno-wychowawczy, który bazuje na teorii, że dla dobra edukacyjnego i wychowawczego dzieci ważne jest, aby wzrastały w rodzinie, w której są dzieci obojga płci. Cel ten zakłada pewną równowagę psychiczną w rodzinie;

³⁷⁶ M. Małecki, G. Niewiadomska, *Czy możemy wpływać na płęć potomstwa?*, „KOSMOS. Problemy Nauk Biologicznych” 1998, t. 47, nr 1, s. 33–41.

³⁷⁷ J. Kocur, W. Trendak, *Zachowania ryzykowne społecznie a psychobiologia*, „Sztuka Leczenia” 2006, t. XIII, nr 3–4, s. 89.

³⁷⁸ J. Budzińska, *Chłopiec jest niebieski a dziewczynka różowa (?)*. Społeczno-kulturowa płęć dziecka w reklamie, „Sensus Historiae” 2013, vol. XIII, s. 83–101.

Po czwarte, czysta i prosta preferencja rodziców, którzy chcą mieć tylko syna (synów) lub córkę (cóрки);

Po piąte, cel eksperymentalny – stawiający pytanie o to, w jaki sposób płeć dziecka jest zdeterminowana przez spotkanie gamety męskiej i żeńskiej, niosących chromosom X i chromosom Y. Celem odpowiedzi na to pytanie należy zweryfikować, czy oprócz chromosomów X i Y współdziała jeszcze inny czynnik, który ma wpływ na płeć dziecka;

Po szóste, korekta demograficzna – stawiająca sobie za cel unormowanie liczby chłopców w stosunku do liczby dziewcząt w danej populacji;

Po siódme, cel ekonomiczno-społeczny, który może pojawiać się ze szczególnym nasileniem w niektórych obszarach, np. wiejskich obszarach Azji, gdzie mężczyźni są potrzebni przy uprawie roli, stanowią zabezpieczenie na przyszłość, nie potrzebują posagu, przekazują rodzinne nazwisko oraz dziedziczą lub kontynuują rodzinny biznes;

Po ósme, cel ideologiczny, który opiera się na twierdzeniu, iż jedna z płci jest wyższa od drugiej³⁷⁹.

Zgodnie z art. 26 ust. 2 przywoływanej już ustawy o leczeniu niepłodności: „Niedopuszczalne jest stosowanie preimplantacyjnej diagnostyki genetycznej w ramach procedury medycznie wspomaganej prokreacji w celu wyboru cech fenotypowych, w tym płci dziecka, z wyjątkiem sytuacji, gdy wybór taki pozwala uniknąć ciężkiej, nieuleczalnej choroby dziedzicznej”. W opinii Eweliny Wojewody trudno jest jednoznacznie stwierdzić, czym jest „ciężka, nieuleczalna choroba”. Autorka jest zdania, iż decyzja w tym zakresie będzie każdorazowo uzależniona od lekarza. Wojewoda przyjmuje, że chodzi o chorobę, która będzie powodowała skrajne cierpienie i będzie się z nią wiązało wysokie ryzyko śmierci w najbliższym czasie. Cytowana autorka pisze, iż chodzi o przypadki „na granicy przeżycia”. Diagnostyka preimplantacyjna może zatem być stosowana do wyboru płci przyszłego dziecka po wystąpieniu wskazań medycznych tylko wtedy, gdy to właśnie z konkretną płcią skorelowane jest ryzyko ciężkiej, nieuleczalnej choroby dziedzicznej³⁸⁰. Maria Szczepaniec zwraca uwagę na Europejską Konwencję Bioetyczną. W art. 14 Europejskiej Konwencji Bioetycznej zawarty został zakaz dokonywania wyboru płci z wykorzystaniem technik

³⁷⁹ W. Surmiak, *Etyczna ocena selekcji lub predeterminacji płci dziecka*, „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne” 2010, nr 43(1), s. 95–96.

³⁸⁰ E. Wojewoda, *Prawnokarna ochrona zarodków in vitro w świetle rozwiązań ustawy o leczeniu niepłodności*, „Studia Prawnoustrojowe” 2024, nr 64, s. 340.

medycznie wspomaganej prokreacji. Przepis ten dopuszcza możliwość wyboru płci jedynie w sytuacji, gdy wybór taki pozwala uniknąć poważnej choroby dziedzicznej zależnej od płci dziecka³⁸¹.

³⁸¹ M. Szczepaniec, *Rozwój technologii genetycznych a ochrona prawna genomu ludzkiego*, „Zeszyty Prawnicze” 2018, nr 18(4), s. 239.

Zakończenie

W wyniku przeprowadzonych rozważań formułujemy następujące wnioski.

1. Dyskusja dotycząca praw reprodukcyjnych kobiet jest uwikłana ideologicznie i religijnie. Owa dyskusja po części wiąże się z problemem ustalenia początku ludzkiego życia, a w zasadzie brakiem konsensusu co do określenia tego początku, co wpływa na debatę na temat aborcji, antykoncepcji i sztucznej prokreacji.
2. Wśród praw kobiet należy wyróżnić w szczególności prawo do autonomii i samostanowienia w kwestii zdrowia reprodukcyjnego. Autonomia jest ściśle powiązana z godnością i wolnością. Autonomia jednostki jest elementem prawa do prywatności³⁸². Pamiętajmy przy tym, iż autonomia i paternalizm są przeciwstawiane jako wykluczające się relacje między lekarzem a pacjentem. Paternalizm oznacza zdawanie się na autorytet personelu medycznego, natomiast autonomia pacjenta stanowi jeden z przejawów obywatelskiej podmiotowości, w przeciwieństwie do paternalizmu, któremu sprzyjają najbardziej autorytarne formy władzy³⁸³. Sens normatywny sprawczości samostanowienia uwarunkowanego antropologicznie powinien się przesuwac na te obszary, które najbardziej naturalnie wiążą samostanowienie z praktycznymi interesami życia, niezbędnymi do reprodukcji i rozwoju gatunku ludzkiego³⁸⁴. Współcześnie punkt ciężkości sporu o prawa reprodukcyjne kobiet przesuwa się w kierunku ich autonomii.

³⁸² S. Mana-Walasek, *Korelacja autonomii jednostki z wolnością w świetle orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka*, „Przegląd Prawniczy Uniwersytetu Warszawskiego” 2016, R. XV, nr 2, s. 461 i n.

³⁸³ A. Strzdała, *Pacjent jako obywatel. Autonomia pacjenta i obywatelskość na przykładzie Hiszpanii*, „Kultura i Wartości” 2019, nr 28, s. 189.

³⁸⁴ M. Hułas, *Poza dychotomie moralności i legalizmu. Jurgen Habermas o autonomii w demokratycznym państwie prawa*, „Roczniki Filozoficzne” 2024, t. LXXII, nr 4, s. 245.

3. Teoretyczki i filozofki feministyczne zauważyły, że to nie biologia jest tym, co wpływa na opresję kobiet, jest to raczej zależność kapitału od procesów biologicznych, które są typowe dla kobiet, takich jak ciąża, rodzenie i karmienie piersią. W związku z tym państwo reguluje i kontroluje reprodukcję kobiecą i skłania się ku umacnianiu porządku opartego na męskiej dominacji³⁸⁵. Walka o prawa reprodukcyjne kobiet nie dotyczy jedynie ich emancypacji. Wymaga szerszego aktywizmu na rzecz sprawiedliwości społecznej³⁸⁶.
4. Aborcja, antykoncepcja, sztuczna prokreacja wpisują się w dyskurs o prawach kobiet, zwłaszcza w prawo do autonomii w zakresie prawa reprodukcyjnego. Komitet ONZ ds. likwidacji dyskryminacji kobiet wydał oświadczenie, w którym uznał prawo do aborcji za prawo człowieka. W oświadczeniu możemy przeczytać, iż: „Dostęp do nowoczesnych form antykoncepcji oraz do bezpiecznej i wysokiej jakości aborcji jest prawem człowieka na mocy prawa międzynarodowego, szczególnie istotnym w przypadku dziewcząt”³⁸⁷.
5. Niezależnie od poglądów, przerywanie ciąży, antykoncepcja, w tym antykoncepcja awaryjna, to zagadnienia, o których należy mówić, albowiem opisywane problemy istnieją w społeczeństwie w zasadzie od początków ludzkości. To samo można powiedzieć o sztucznej prokreacji z uwagi na fakt, iż niepłodność ma genezę sięgającą czasów starożytności.
6. Przepisy prawne w odniesieniu do praw reprodukcyjnych kobiet w Polsce nie zawsze są zgodne z zasadą równości, nie są też neutralne światopoglądowo, co powoduje, że kobiety w Polsce nie mogą w pełni korzystać z praw reprodukcyjnych.
7. Ponadto istotne znaczenie powinny mieć edukacja seksualna³⁸⁸ i podnoszenie świadomości na temat środków antykoncepcyjnych.

³⁸⁵ K. Szopa, *Praca miłości. Poezja kobiet wobec reprodukcji życia codziennego*, „Teksty Dru-gie. Wielogłos o poezji” 2020, nr 5, s. 225–226.

³⁸⁶ B. Dynda, *Wizualność praw reprodukcyjnych w polskich zinach feministycznych po 1989 roku*, Widok. Teorie i Praktyki Kultury Wizualnej, <https://www.pismowidok.org/pl/archiwum/2022/32-sciezki-reprodukcji/wizualnosc-praw-reprodukcyjnych-w-polskich-zinach-feministycznych> [dostęp: 12.01.2025].

³⁸⁷ Statement by the Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW).

³⁸⁸ Por. rozważania na temat edukacji seksualnej, jej historii w Polsce: K. Jewtuch, *Współczesna edukacja seksualna dzieci i młodzieży w Polsce – rekonesans, diagnoza, perspektywy*, „Filotek-nos” 2020, vol. 10, s. 470 i n.

Bibliografia

Wykaz cytowanej literatury

- Aborcja – pytania i odpowiedzi. Pytania i odpowiedzi dotyczące aborcji, streszczające międzynarodowe standardy praw człowieka i zrewidowane stanowisko Amnesty International*, <https://www.amnsesty.org.pl/aborcja-pytania-i-odpowiedzi-zrewidowane-stanowisko> [dostęp: 7.01.2025].
- Akselrud K., Sambor Reichardt M.A., Roder K.A., Spatz V., Teutsch A., Thanh H.N., Zellner I., *Model operacyjny centrów upewnomochnienia dziewcząt*, Wydawnictwo Fundacja Autonomia, Kraków 2021.
- Amielińczyk K., *Rzymianie i ich „prawo medyczne” (aspekty prawno-karne)*, „Zeszyty Prawnicze UKSW” 2011, nr 11(1).
- Amnesty International, <https://www.amnesty.org.pl/aborcja-najwazniejsze-fakty/> [dostęp: 7.01.2025].
- Amnesty International, *Szanuj moje prawa, szanuj moją godność. Moduł 3 – Prawa seksualne i reprodukcyjne są prawami człowieka*, 2015, <https://www.amnesty.org.pl/uploads.>2015/11> [dostęp: 9.01.2025].
- Amnesty International, *„To decydujący moment w historii prawa do aborcji na świecie” – ostrzega Amnesty*, <https://www.amnesty.org.pl/to-decydujacy-moment-w-historii-prawa-do-aborcji-na-swiecie/> [dostęp: 18.04.2024].
- Antykoncepcja. Porady lekarza rodzinnego*, Wydawnictwo Literat, Toruń 2009.
- Bach-Golecka D., *Rozważania o kontrowersjach i konsekwencjach koncepcji praw reprodukcyjnych*, „Polski Rocznik Praw Człowieka i Prawa Humanitarnego” UWM w Olsztynie 2016, nr 7.
- Bajda J., *Antykoncepcja a przerywanie ciąży (poszukiwanie istoty związku)*, „Tarnowskie Studia Teologiczne” 1995–1996, t. XIV.
- Balicki J., *Spór o rolę i miejsce kobiety w rodzinie i społeczeństwie – IV Międzynarodowa Konferencja nt. Kobiet w Pekinie*, „Studia Gdańskie” 1995, nr X.
- Bartnikowska U., Dufner H., *Dziecko – trauma, wsparcie i rozwój. Drogowskaz*, Wydawnictwo FNCE, Poznań 2021.
- Bartosik P., Cielica M., *Prawo do aborcji na przykładzie sprawy Roe v. Wade – sygn. 410 U.S. 113, 93 S.Ct. 705*, [w:] M. Jabłoński (red.), *Identyfikacja granic wolności i praw jednostki. Prawnoporównawcza analiza tożsamego przypadku pod kątem praktyki stosowania prawa amerykańskiego i polskiego*, E-Wydawnictwo, Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii, Wrocław 2016.

- Bassa B., *Prawa reprodukcyjne i seksualne jako „nowe prawa” człowieka*, „Studia nad Rodziną UKSW” 2012, 16, nr 1–2(30–31).
- Bączkowski T., Ciepela P., Jaroszewicz A., Antonowicz A., Szołomicka-Kurzawa P., Kurzawa R., *Ocena życia seksualnego pacjentek z niepłodnością leczonych metodami rozrodu wspomaganego medycznie*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2007, nr 9(3).
- Bączyk-Rozwadowska K., *Prawne aspekty wspomaganey prokreacji post mortem*, „Gdańskie Studia Prawnicze” 2021, nr 1(49).
- Bączyk-Rozwadowska K., *Procedura in vitro a poszanowanie autonomii prokreacyjnej pary realizującej projekt rodzicielski*, „Prawo i Medycyna” 2017, nr 4(69, vol. 19).
- Beauvoir de S., *Druga płeć*, przeł. G. Mycielska, M. Leśniewska, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2020.
- Biały S., *Sprawy rodziny: podstawowe elementy dyskusji nad bioetyką jako nauką*, „Studia nad Rodziną UKSW” 2015, XIX nr 2(37).
- Biesaga T., *Eugenika w propozycjach legalizacji prawa do zdrowej reprodukcji*, „Logos i Ethos” 2019, nr 2(50).
- Bińczyk E., *Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy*, [w:] W. Piątkowski, A. Titkow (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2002.
- Bińkowska M., Dębski R., Bednarowska-Flisiak A., *Wiedza i opinie o antykoncepcji wśród kobiet polskich w wieku 45–54 lata*, „Przegląd Menopauzalny” 2004, nr 6.
- Błaszczak E., *Parlamentarny spór o in vitro*, „Seminare. Poszukiwania naukowe” 2015, nr 36(3).
- Bobrzyńska O., *Macierzyństwo zastępcze w prawie Zjednoczonego Królestwa*, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2017.
- Boratyńska M., *Tajemnica lekarska in vitro w ustawie reprodukcyjnej – suma wszystkich strachów*, „Prawo i Medycyna” 2017, nr 4 (69 vol. 19).
- Borkowska K.K., Guzik-Makaruk E.M., Pływaczewski E.W., *Wokół problematyki karalności przerywania ciąży w Polsce*, „Prawo w działaniu. Sprawy karne” 2023, nr 53.
- Borkowska K.K., *Prawo aborcyjne w Polsce – rys historyczny*, „Studia Prawnoustrojowe” 2023, nr 62.
- Borowska-Beszta B., *Aborcja eugeniczna (aborcja ze względu na niepełnosprawność) w opiniach polskich studentów studiów uniwersyteckich II stopnia na kierunku pedagogika specjalna. Raport z etnograficznego studium przypadku*, „Przegląd Pedagogiczny” 2017, nr 1.
- Breczko A., Andruszkiewicz M., *Prawo spadkowe w obliczu postępu technologicznego (nowe wyzwania XXI wieku)*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2017, vol. 22, nr 4.
- Breczko A., *Prawo natury i prawo stanowione w obliczu problemów genetyki reprodukcyjnej*, „Rocznik Teologii Katolickiej” 2014, t. XIII/1.
- Brzozowski W., Krzywoń A., Wiącek M., *Prawa człowieka*, wyd. 3, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2021.

- Budnik A., *Piekło kobiet – współczesny obraz prawa do aborcji w przestrzeni medialnej. Casus niewolenia kobiet czy ich emancypacji?*, „Ars Educandi” 2016, nr 13.
- Budzińska J., *Chłopiec jest niebieski a dziewczynka różowa (?)*. Społeczno-kulturowa płęć dziecka w reklamie, „Sensus Historiae” 2013, vol. XIII.
- Bulaczek A., „Sztuczne zapłodnienie: jeśli nie in vitro, to co?”, Katarzyna Sznyceł, Kraków 2010: [recenzja], „Studia Ecologiae et Bioethicae” 2012, vol. 10, no. 1.
- Carr C., *Menopauza. Poradnik nowoczesnej kobiety*, przeł. H. de Broeckere, Wydawnictwo Vesper, Poznań 2011.
- Chambers J., *Aborcja jako trudny bądź okrutny wybór*, przeł. J. Hartman, Principia XXXV–XXXVI (2003–2004).
- Chełmowska P.W., *Prawo dziecka poczętego w wyniku zastosowania medycznie wspomaganej prokreacji do poznania swojego pochodzenia genetycznego – kilka słów o ustawie z dnia 25 czerwca 2015 roku o leczeniu niepłodności*, [w:] I.A. Jaroszevska, G. Ćwikliński (red.), *Prawo małżeńskie i jego relacje z innymi gałęziami prawa*, Olsztyn 2017.
- Chełmowska P.W., *Wybrane aspekty etyczne leczenia niepłodności w prawie polskim – kilka słów o Ustawie z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały” 2017, nr 1(20).
- Ciżyńska A., *Życie dziecka kontra prawo do samostanowienia, czyli kilka uwag o relacji aborcji i prawa konstytucyjnego*, „Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ” 2017, nr 2.
- Creamer E., *Co antyaborcyjne doświadczenie Polski mówi Ameryce o polityce w kwestii przerywania ciąży*, onet.pl Politico, 12.11.2022, <https://wiadomosci.onet.pl/politico/co-doswiadczenie-polski-mowi-ameryce-o-polityce-w-kwestii-aborcji/xcfm-c2q> [dostęp: 21.04.2024].
- Czapliński J., *Adopcja jako droga do rodzicielstwa – od diagnozy do przysposobienia*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio” 2017, t. 29, nr 1.
- Czarnecka A., *Zasada podwójnego skutku w sporze o aborcję*, „Prawo i Więź” 2021, nr 4(38).
- Dembińska A., *Psychologiczne aspekty zmagania się kobiet z niepłodnością. Wahadło nadziei*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2018.
- Desperak I., *Antykoncepcja, aborcja i ...eutanazja. O upolitycznieniu praw reprodukcyjnych w Polsce*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica” 2003, nr 30.
- Dębski R., *Antykoncepcja – metody zapobiegania niepożądaney ciąży. Część II. Medyczne (nienaturalne) metody zapobiegania niepożądaney ciąży*, „Ginekologia Polska” 2007, nr 78.
- Dlaczego sterylizację antykoncepcyjną należy uznać za zgodną z prawem?*, 10.12.2020, <https://www.bezdziennik.pl/blog/2020/12/10/dlaczego-sterylizacje-antykoncepcyjna-nalezy-uznac-za-zgodna-z-prawem/> [dostęp: 30.12.2024].
- Dobrowolska K., *Prawa reprodukcyjne i seksualne w ONZ i ich doktrynalne uwarunkowania*, „Zeszyty Prawnicze” 2016, t. 16, nr 2.
- Dofinansowanie in vitro w Polsce – ustawy i odrobina historii*, 28.03.2024, <https://www.ovum.lublin.pl/dofinansowanie-in-vitro-w-polsce-ustawy-i-odrobina-historii/> [dostęp: 29.12.2024].

- Dryla O., *Niedyrektywność w poradnictwie genetycznym dotyczącym decyzji reprodukcyjnych*, „Analiza i Egzystencja” 2015, nr 32.
- Dymek J., Gołda A., Żmudzka E., Polak W., Skowron A., *Proces decyzyjny w przebiegu konsultacji farmaceutycznej podczas wydawania antykoncepcji awaryjnej zawierającej octan uliprystalu*, „Farmacja Polska” 2024, t. 80, nr 2.
- Dynda B., *Wizualność praw reprodukcyjnych w polskich zinach feministycznych po 1989 roku*, Widok. Teorie i Praktyki Kultury Wizualnej, <https://www.pismowidok.org/pl/archiwum/2022/32-sciezki-reprodukcji/wizualnosc-praw-reprodukcyjnych-w-polskich-zinach-feministycznych> [dostęp: 12.01.2025].
- Dzwonkowska-Godula K., *Zjawisko nierówności społecznych w obszarze praw reprodukcyjnych w Polsce – wybrane aspekty*, „Przegląd Socjologiczny” 2019, nr 68(2).
- Ernaux A., *Ciała*, przeł. A. Kozak, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2024.
- Fairfield P., *Public/private*, Rowman Littlefield Publishers 2005.
- Ferenc K., Podkówa-Poźniak A., *Zdrowie reprodukcyjne w Polsce jest mocno spaternalizowane*, 8.03.2023, <https://www.kobieta-zdrowie.pl/zdrowa-w-kazdym-wieku/zdrowie-reprodukcyjne-w-polsce-jest-mocno-spaternalizowane/> [dostęp: 3.01.2025].
- Fidelis M., *Maszerując z kobietami: dawniej i dziś*, <https://conciliumcivitas.pl/almanachy/almanach-2019-20/maszerujac-z-kobietami-dawniej-i-dzis/> [dostęp: 8.01.2025].
- Franczak W.A., *Spór o status ludzkiego embrionu w kontekście rozważań na temat in vitro*, „Acta Iuridica Resoviensia” 2023, nr 2(41).
- Galewicz W., *Spór o przerywanie ciąży*, Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ (INCET), artykuł przeglądowy, 2.06.2011, <https://ruj.uj.edu.pl/server/api/core/bitstreams/6b49e23e-d188-40ce-948e-7bab9b7c93ac/content> [dostęp: 7.02.2025].
- Gałązka M., *Polskie prawo wobec zapłodnienia in vitro – dyskusja wciąż otwarta*, „Forum Prawnicze” 2016, nr 3(35).
- Gardocki L., *Prawo karne*, wyd. 22, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2021.
- Gawinek J., Naworska B., *Zapłodnienie in vitro jedną z metod leczenia niepłodności w Polsce*, „Nursing Topics / Problemy Pielęgniarstwa” 2014, nr 22(1).
- Gdula A., *„Bezpieczeństwo i prawa człowieka w dziedzinie etycznych problemów ludzkiej prokreacji: studium bioetyczno-prawne”*, Mariusz Cizek, Toruń 2011: [recenzja], „Studia Ecologiae et Bioethicae” 2013, vol. 11, no. 1.
- Glińska N., *Własne ciało – operatywność praw seksualnych i reprodukcyjnych w Polsce*, „Folia Iuridica Universitatis Wratislaviensis” 2016, vol. 5, no 2.
- Głowacka K., *Prawa nie tylko dla kobiet. Rozmowa z Eleonorą Zielińską*, „Miesięcznik Znak” 2017, lipiec-sierpień, <https://www.miesiecznik.znak.com.pl/prawa-nie-tylko-dla-kobiet/> [dostęp: 7.05.2024].
- Goldberg M., *Wojny reprodukcyjne. Płeć, władza a przyszłość świata*, przeł. A. Weseli-Ginter, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2011.
- Gołda A., Dymek J., Skowron A., *Znaczenie farmaceutów z aptek ogólnodostępnych dla promocji zdrowia seksualnego w Polsce*, „Opieka Farmaceutyczna” 2018, t. 74, nr 1.

- Górka A., *Radykalizacja klauzuli sumienia a prawa reprodukcyjne w Polsce*, „Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne” 2022, nr 41.
- Grzesica J., *Moralne zło antykoncepcji w świetle nauki Kościoła*, „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne” 1999, nr 32.
- Gumułka A., *Pigułka „dzień po” przed osiemnastką – jak to robi Izabela Leszczyna?*, 3.04.2024, <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/pigulka-dzien-po-ponizej-18-r-z-jak-to-zrobi-izabela-leszczyna> [dostęp: 20.05.2024].
- Guzek A. (red.), Chalczyńska E., Borczyńska M., *Więzi odNowa. Rozmowy z uczestnikami Projektu*, Wydawnictwo BookPress, Łódź 2017.
- Gwiazda A., *Kontrowersyjna „polityka” kontroli urodzeń za pomocą aborcji*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy” 2017, nr 52(4).
- Gwiżdżel H., *Schyłek feminizmu radykalnego – wzrost znaczenia ruchów Pro-Life na tle współczesnej sytuacji międzynarodowej*, „Teologia i Człowiek. Kwartalnik Wydziału Teologicznego UMK” 2017, nr 40(4).
- Hannam J., *Feminizm*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Warszawa 2007.
- Hładuński M., Młynarczyk I., Porowska W., Szymańczyk P., Turko B., Romanowska J., Małachwiej P., Rozwadowska E., Tyrakowska Z., Chilińska E., Ryniec M., Kuszczak A., Kotowicz M., Żarnoch E., Drzymkowski J., Krajewska-Kułak E., *Aspekty prawne, etyczne i moralne zapłodnienia in vitro w Polsce*, [w:] E. Krajewska-Kułak, C. Łukaszuk, J. Lewko, W. Kułak (red.), *W drodze do brzegu życia*, t. X, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2012.
- Holko-Pokorska J., Jarema M., Wichniak A., *Kliniczne uwarunkowania zaburzeń psychicznych występujących w przebiegu terapii niepłodności*, „Psychiatria Polska” 2015, nr 49(5).
- Hułas M., *Poza dychotomie moralności i legalizmu. Jurgen Habermas o autonomii w demokratycznym państwie prawa*, „Roczniki Filozoficzne” 2024, t. LXXII, nr 4.
- Iversen K., *Wojna na słowa o ciała kobiet*, „Krytyka Polityczna”, 26.10.2019, <https://krytykapolityczna.pl/swiat/onz-wojna-na-slowa-o-ciala-kobiet/> [dostęp: 9.01.2025].
- Izdebski Z., Wąż K., *Plany prokreacyjne i stosowanie antykoncepcji przez Polaków w wieku reprodukcyjnym*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2017, nr 15(2).
- Izdebski Z., Wąż K., *Zdrowie seksualne i reprodukcyjne młodzieży*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2014, nr 12 (1).
- Jabłońska I.P., Naworska B., Duda A., Nieckula M., Drosdzol-Cop A., *Analiza porównawcza metod antykoncepcyjnych stosowanych przez studentki z dwóch wybranych regionów Polski*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2019, nr 9(4).
- Jacóń P., *Wiktorina. Transpłciowość to nie wszystko*, wyd. I, Wydawnictwo WAB, Warszawa 2024.
- Jak rozpoznać dziecko z in vitro?*, <https://parens.pl/leczenie-co-warto-wiedziec/jak-rozpoznać-dziecko-z-in-vitro/> [dostęp: 15.01.2025].
- Janik K., Popławska M., Harasim-Piszczałowska E., *Antykoncepcja awaryjna*, [w:] E. Krajewska-Kułak, C.R. Łukaszuk, J. Lewko, N. Kułak (red.), *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny*, t. 4, Białystok 2018.

- Januszczyńska P., *Rząd kryminalizuje sterylizację antykoncepcyjną. Co to właściwie oznacza?*, „Krytyka Polityczna”, 28.08.2023, <https://krytykapolityczna.pl/kraj/rzad-kryminalizuje-sterylizacje-antykoncepcyjna/> [dostęp: 30.12.2024].
- Jarząbek-Bielecka G., Durda M., Sowińska-Przepiera E., Kaczmarek M., Kędzia W., *Aktywność seksualna dziewcząt. Aspekty medyczne i prawne*, „Ginekologia Polska” 2012, nr 11.
- Jastrzębska J., *Psychologiczne aspekty niepłodności z perspektywy różnic międzypłciowych i uwarunkowań kulturowych*, „Problematyka Płodności i Prokreacji. Kwartalnik Naukowy” 2017, nr 1(29).
- Jaworska E., *Recenzja: Anna Krawczak, Ewa Maciejewska-Mroczyk, Magdalena Radkowska-Walkowicz (red. naukowa), Dziecko, in vitro, Społeczeństwo*, Warszawa: Oficyna Naukowa 2018, ss. 280, ISBN 978-83-64363-85-6, „Lud” 2018, t. 102.
- Jąderek I., *Zdrowie seksualne młodzieży – wybrane zagadnienia, Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2022.
- Jedlecka W., *Wpływ myśli feministycznej na zmiany współczesnego prawa – szkic problemu*, „Wrocławskie Studia Erazmiańskie” 2015, nr IX.
- Jewtuch K., *Współczesna edukacja seksualna dzieci i młodzieży w Polsce – rekonesans, diagnoza, perspektywy*, „Filoteknos” 2020, vol. 10.
- Jońca M., *Aborcja w prawie Rzymu i wczesnego średniowiecza*, „Edukacja Prawnicza” 2012, nr 10(136), <https://www.edukacjaprawnicza.pl/aborcja-w%E2%80%AFprawie-rzymu-i-wczesnego-sredniowiecza/> [dostęp: 25.05.2024].
- Jurszo R., *Krótką historią aborcji*, Wirtualna Polska, <https://wiadomosci.wp.pl/krotka-historia-aborcji-6126038031537793a> [dostęp: 24.05.2024].
- Kałwa D., *Nowoczesna społeczność? Modele działalności społecznej kobiet w Polsce (w dwudziestolecie międzywojennym)*, [w:] A. Małek, K. Slany, J. Szczepaniak-Wiecha (red.), *Z zagadnień pracy socjalnej w Polsce i w świecie*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2006.
- Karkowska D. (red.), Izdebski Z., Janik A., Baum E., *Godna prokreacja. Cięża. Poród i po-łóg. Prawa kobiet*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2023.
- Karowicz-Bilińska A., Nowak-Markwitz E., Oszukowski P., Opala T., Spaczyński M., Wielgoś M., *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące wskazań i bezpieczeństwa stosowania antykoncepcji hormonalnej oraz wewnątrzmacicznej*, „Ginekologia Polska” 2014, nr 3, vol. 85.
- Katolo A.J., *Sztuczne zapłodnienie w probówce dobrem: dla kogo?*, „Resovia Sacra. Studia Teologiczno-Filozoficzne Diecezji Rzeszowskiej” 2002–2003, nr 9–10.
- Kawakami M., *Piersi i jajeczka*, przeł. A. Horikoshi, wyd. I, Wydawnictwo Kobieta, Białystok 2023.
- Kiersnowska I., Walewska D., Bączek G., Węgrzyn P., *Zachowania zdrowotne pierworódek po 35 roku życia*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio” 2020, nr 3(43).
- Klimkiewicz K., Cierpisz H., Dejnaka J., *Jakość życia w rodzinie z problemem niepłodności*, Wydawnictwo Naukowe SILVA RERVM, Poznań 2019.
- Knöpfel S., Hoffmann K.O.K., *Antykoncepcja – którą metodę powinnam wybrać?*, wyd. I pol-

- skie pod red. Z. Zdrojewicza, Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2008.
- Kobak J., *Genealogia osoby wobec dramatu niepłodności*, „Resovia Sacra” 2021, R. 28.
- Kobyliński A., *Bezpieczna aborcja? Etyczne aspekty stosowania pigułki abortyjnej RU-486*, „Studia Ecologiae et Bioethicae” 2017, vol. 15, no. 4.
- Kocemba K., *Operatywność przeciwdziałania przemocy wobec kobiet*, „Folia Iuridica Universitatis Wratislaviensis” 2016, vol. 5, no 2.
- Kocemba K., Stambulski M., *Populizm a polityka praw człowieka*, „Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne” 2020, nr 31.
- Kocur J., Trendak W., *Zachowania ryzykowne społecznie a psychobiologia*, „Sztuka Leczenia” 2006, t. XIII, nr 3–4.
- Kołosowski T., *Etyczno-antropologiczne aspekty aborcji w świetle wybranych dzieł antycznej literatury Grecji i Rzymu*, „Seminare” 2013, t. 33.
- Koper K., *Antykoncepcja dla dojrzałych. Rozmowa z dr nauk medycznych Anettą Karwacką, GYN-CARE*, <https://gyncare.pl>antykoncepcja-dla-dojrzalych> [dostęp: 12.01.2025].
- Koperwas M., Głowacka M., *Problem niepłodności wśród kobiet i mężczyzn – epidemiologia, czynniki ryzyka i świadomość społeczna*, „Aspekty Zdrowia i Choroby” 2017, t. 2, nr 3.
- Kopińska J., *Współczesna wojna*, Wydawnictwo Świat Książki, Warszawa 2022.
- Koralewska I., *„Socjologia aborcji”. Sposoby przedstawiania aborcji we współczesnym dyskursie nauk społecznych*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2020, t. XVI, nr 2.
- Koredczuk J., *Koncepcje eugeniczne w polskiej nauce kryminologii w okresie międzywojennym (aspekty prawno-kryminalne)*, „Studia nad Autorytaryzmem i Totalitaryzmem” 2021, nr 1(43).
- Korolczuk E., *Niepłodność, tożsamość, obywatelstwo. Analiza społecznej mobilizacji wokół dostępu do in vitro w Polsce*, [w:] M. Radkowska-Walkowicz (red.), *Etnografia biomedycyny*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2014, https://www.researchgate.net/publication/333350464_Niepłodność_tożsamość_obywatelstwo_Analiza_społecznej_mobilizacji_wokół_dostępu_do_in_vitro_w_Polsce [dostęp: 5.07.2024].
- Korus J., *Surogatki. Historie kobiet, które rodzą „po cichu”*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2021.
- Kotzbach R., Kotzbach M., *Niektóre współczesne problemy prokreacji*, „Postępy Andrologii Online” 2014, nr 1(1).
- Kowalska B., Nawojski R., *Matka – Obywatelka. O rekonceptualizacji obywatelstwa w kontekście Czarnych Protestów*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia de Sociologica” 2019, nr 11, vol. 1.
- Kowalska B., Nawojski R., *Uwaga, uwaga tu obywatelki! Obywatelstwo jako praktyka w czarnych protestach i strajkach kobiet*, [w:] E. Korolczuk, B. Kowalska, J. Ramme, C. Snochowska-Gonzales, *Bunt kobiet. Czarne Protesty i Strajki Kobiet*, Europejskie Centrum Solidarności, https://depot.ceon.pl>bitstream>handle>ECS_ [dostęp: 8.04.2024].
- Kowalski S., *Zdrowie reprodukcyjne kobiet: pandemia wymaga postępów, a nie regresu*, „Krytyka Polityczna”, <https://krytykapolityczna.pl/swiat/pandemia-zdrowie-seksualne-i-reprodukcyjne/> [dostęp: 3.01.2025].

- Kozub-Karkut M., *Polski spór o in vitro. Próba charakterystyki dyskursu publicznego*, „Politeja” 2017, nr 1(46).
- Krause E., *Współczesna kobieta w kontekście macierzyństwa i roli matki*, „Wychowanie w Rodzinie” 2020, t. XXII.
- Krawczyk M., *Czy wpływ aborcji na zdrowie psychiczne kobiet jest naukowo uzasadniony?*, 18.08.2018, <http://neuropsychologia.org/czy-wp%C5%82yw-aborcji-na-zdrowie-psychiczne-kobiet-jest-naukowo-uzasadniony> [dostęp: 9.01.2025].
- Król A., *Niepełnosprawność i sprawiedliwość reprodukcyjna. Zarys wybranych zagadnień dotyczących kobiet z niepełnosprawnościami*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia de Cultura” 2018, nr 10(1).
- Król M., *Wpływ antykoncepcji hormonalnej na organizm kobiety*, „Kosmetologia Estetyczna” 2018, nr 3, vol. 7.
- Krzyczkowska I., *Kto tu kogo terroryzuje*, „Krytyka Polityczna”, 4.04.2016, <https://krytyka-polityczna.pl/kraj/kto-tu-kogo-terroryzuje/> [dostęp: 10.05.2024].
- Kuczyńska M., Chojnacka K., Grochans E., Augustyniuk K., Jurczak A., Karakiewicz B., *Opinie wybranych grup społecznych na temat etycznej strony zapłodnienia metodą in vitro*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2013, t. 19, nr 3.
- Kuryło K., *Aborcja – prawo a rzeczywistość*, [w:] A. Ziółkowska (red.), *Prawnkarne aspekty ochrony początków życia ludzkiego*, Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń 2019.
- Kuźma-Markowska S., *Stan badań nad historią antykoncepcji w XIX i XX wieku*, „Przegląd Historyczny” 2009, t. C, z. 3.
- Lech M.M., Ostrowska L., Świątek E., *Emergency contraception with a country with restricted access to contraceptives and termination of pregnancy, a prospective follow-up study*, „Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica” 2013, nr 92.
- Lewandowska A., *Strategiczna litygacja jako miecz obosieczny – prawa reprodukcyjne w czasach populizmu w Polsce*, „Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne” 2022, nr 41.
- Lewicka N., Kowalewska B., *Wiedza i opinia społeczna na temat zapłodnienia in vitro i eutanazji*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2024.
- Lucas Lucas R., *Bioetyka dla każdego*, przeł. A. Wojnowski, Wydawnictwo Święty Paweł, Częstochowa 2005.
- Łaguna-Kowalewska M., *Dobrowolna sterylizacja w prawie polskim na tle porównawczym*, „Państwo i Prawo” 2014, nr 1.
- Łazowska H., *Dziewuchy Dziewuchom na Facebooku. Funkcjonowanie grupy w nowych mediach i jej oddziaływanie na wydarzenia pozawirtualne*, https://www.academia.edu/63377003/Dziewuchy_Dziewuchom_na_Facebooku_Funkcjonowanie_grupy_w_nowych_mediach_i_jej_oddzia%C5%82ywanie_na_wydarzenia_pozawirtualne [dostęp: 12.12.2024].
- Łącki P., Wróblewski B.P., *Dopuszczalny zakres regulacji sztucznej prokreacji w świetle Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności*, November 2013, https://www.researchgate.net/publication/259006602_DOPUSZCZALNY_ZAKRES_REGULACJI

- SZTUCZNEJ_PROKREACJI_W_SWIETLE_KONWENCJI_O_OCHRONIE_PRAW_CZLOWIEKA_I_PODSTAWOWYCH_WOLNOSCI_THE_SCOPE_OF_REGULATION_OF_ARTIFICIAL_PROCREATION_PERMISSIBLE_UNDER_THE_CONVENT [dostęp: 10.08.2024].
- Łepecka-Klusek C., Pilewska-Kozak A.B., Jakiel G., *Niepłodność w świetle definicji choroby podanej przez WHO*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, t. 18, nr 2.
- Łowińska E., *Prawo do zapłodnienia in vitro w Polsce i na świecie*, „Przegląd Prawniczy Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza” 2012, nr 1.
- Łukasiewicz R., *Propozycje w zakresie wprowadzenia do polskiego prawa dawstwa identyfikowalnego komórek rozrodczych i zarodków*, „Prawo w Działaniu. Sprawy Cywilne” 2023, nr 56.
- Machinek M., *Katolicy rodzice wobec zapłodnienia in vitro*, „Teologia i Moralność” 2023, nr 2(34).
- Makara-Studzińska M., Wdowiak A., Bakalczuk G., Bakalczuk Sz., Kryś K., *Problemy emocjonalne wśród par leczonych z powodu niepłodności*, „Seksuologia Polska” 2012, nr 10(1).
- Malina L., *Moralna ocena sztucznej prokreacji*, „Studia Pastoralne” 2020, nr 16.
- Maliszewska A., *Dogmat o dziewictwie Maryi w kontekście współczesnych pytań o moralną ocenę technik sztucznego zapłodnienia*, „Teologia w Polsce” 2016, nr 10(2).
- Małecki M., Niewiadomska G., *Czy możemy wpływać na płeć potomstwa?*, „KOSMOS. Problemy Nauk Biologicznych” 1998, t. 47, nr 1.
- Mana-Walasek S., *Korelacja autonomii jednostki z wolnością w świetle orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka*, „Przegląd Prawniczy Uniwersytetu Warszawskiego” 2016, R. XV, nr 2.
- Mana-Walasek S., *Status prawny zabiegów trwałej antykoncepcji. Autoreferat rozprawy doktorskiej*, Warszawa 2020.
- Marek M., *Wybór antykoncepcji u kobiet z chorobami reumatycznymi*, „Via Medica” 2017, t. 1, nr 1.
- Marszelewski M., *Zapłodnienie post mortem w wybranych krajach common law*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2015, t. XVI.
- Matyszkiewicz A., Jach R., Rajtar-Ciosek A., Basta T., *Antykoncepcja hormonalna w wybranych chorobach autoimmunologicznych*, „Przegląd Lekarski” 2016, t. 73, nr 4.
- Max A., *Zapłodnienie in vitro z biologicznego punktu widzenia*, „Życie Weterynaryjne” 2016, nr 91(2).
- Meisenbacher K., *Antykoncepcja. Metody. Zastosowanie. Poradnictwo*, wyd. I polskie pod red. T. Pertyńskiego, T. Zyssa, Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2008.
- Merecki J., „*Bioetica tra natura e cultura*”, Sergio Belardinelli, Siena 2007:[recenzja], „Studia Salvatoriana Polonica” 2009, nr 3.
- Merks P., *Antykoncepcja awaryjna w aptekach w UK, USA i Kanadzie*, https://www.researchgate.net/publication/378775773_Antykoncepcja_awaryjna_w_aptekach_w_UKUSA_i_Kanadzie [dostęp: 13.05.2024].
- Midro A.T., Hoser SAC H.F., *Problemy bioetyczne ingerencji medycznych zaburzających genetyczne i epigenetyczne uwarunkowania rozwoju człowieka*, „Family Forum”

- 2015, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego. Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego, nr 5.
- Mikulec E., Szostak V., *Sterylizacja: i dopuszczalna, i zabroniona*, „Gazeta Wyborcza” 2009, 31.08.
- Mirocha Ł., *Tzw. macierzyństwo zastępcze (surrogacy, Leihmutterschaft) w bieżącym orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu*, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2017.
- Młynarska P., *Okrutna jak Polka*, Wydawnictwo Prószyński i S-ka, Warszawa 2022.
- Moćkun-Pietrzak J., *Zdrowie reprodukcyjne i zadowolenie z życia seksualnego położnych pracujących zmianowo*, praca doktorska, promotor prof. A. Gaworska-Krzemińska, Gdańsk 2022.
- Narodowy Program Prokreacyjny – główne założenia, <https://klinikabocian.pl/klinika/dofinansowanie-in-vitro/prawo/narodowy-program-prokreacyjny-glowne-zalozenia> [dostęp: 29.12. 2024].
- Nawojski R., Pluta M., Zielińska K., *The Black Protests: a struggle for (re) definitione of intimate citizenship*, „Praktyka Teoretyczna” 2018, nr 4(30).
- Nawrot O., [w:] J. Zajadło (red.), *Fascynujące ścieżki filozofii prawa*, LexisNexis, Warszawa 2008.
- Niemiec T. (red.), *Raport „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006*, Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2007.
- Nowakowska L., *Kolonizacja ciała kobiety. Cięża i poród w perspektywie feministycznej*, [w:] M. Marczevska-Rytko, D. Maj, M. Pomarański (red.), *Feminizm*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej, Lublin 2015.
- Nowicka W., *Naruszenie praw reprodukcyjnych jako forma tortur*, „Prawo i Medycyna” 2017, nr 4(69, vol. 19).
- Nowicka W., *Prawa reprodukcyjne*, <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=W.+Nowicka%2C+Prawa+reprodukcyjne> [dostęp: 15.01.2025].
- Nowicki K., *Godność osobowa embrionu a odmowa sprzedaży przez farmaceutę środków antykoncepcji awaryjnej*, „Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne” 2023, nr 44.
- O dopuszczalności przerywania ciąży i protestach po wyroku Trybunału Konstytucyjnego*, Komunikat z badań nr 153/2020, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, grudzień 2020, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_153_20.PDF [dostęp: 4.02.2025].
- Odziemczyk I., *Pigułka niezgody. Społeczne reprezentacje antykoncepcji awaryjnej a władza nad seksualnością kobiet*, Wydawnictwo NOMOS, Kraków 2021.
- Ogrodnik-Kalita A., *Ochrona prywatności dziecka w zakresie zastosowania przy jego poczęciu technik medycznie wspomaganey prokreacji*, „Forum Prawnicze” 2023, nr 4(78).
- Olczyk A., *Czy feministki reprezentują interesy kobiet? Refleksja moralisty...*, „Częstochowskie Studia Teologiczne” 2006, nr XLIV.
- Olczyk A., *ELLAONE – trutka na dzieci i ich matki dostępna bez recepty. Okiem teologa moralisty*, „Częstochowskie Studia Teologiczne” 2015, nr XLIII.

- Olczyk A., *Historia i techniki sztucznego zapłodnienia*, „Częstochowskie Studia Teologiczne” 2017, nr XLV.
- Olszewski J., Olszewska H., Abacjew A., Chmylko L., Gaworska-Krzemińska A., *The use of emergency contraception in young Polish women*, „Acta Obstetricia et Gynecologica” 2007, nr 86.
- Opieka medyczna dla kobiet, które doznały przemocy w relacji intymnej i przemocy na tle seksualnym*. Przewodnik kliniczny, WHO 2023.
- Osho, *Księga zrozumienia. Własna droga do wolności*, przeł. B. Grabska-Siwek, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2024.
- Osińska E., Rumianowski B., Rotter I., Rył A., Laszczyńska M., *Metody antykoncepcyjne stosowane przez mieszkanki Szczecina w wieku rozrodczym*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2013, nr 15(3).
- Osmola S., „Trzy pokolenia idiotów wystarczą”, czyli przymusowa sterylizacja w orzecznictwie sądów, „Internetowy Przegląd Prawniczy TBSPUJ” 2017, nr 2.
- Pastuszek E., *Ocena wpływu stopnia fragmentacji DNA plemników na płodność mężczyzn: porównanie dwóch metod badawczych: TUNEL i Comet assay*, rozprawa doktorska, promotor prof. K. Łukaszuk, dr J. Kiewisz, Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego/Katedra Pielęgniarstwa, Gdańsk 2018.
- Pawelec B., *Wsparcie psychologiczne w niepłodności*, Wydawnictwo Feeria, Łódź 2023.
- Pawłowicz J.J., *Biznes „in vitro” contra moralność i prawo (2)*, „Nasz Dziennik” 2010, nr 51(3677).
- Pawłowicz J.J., *Wazektomia – metoda „antykoncepcji” czy okaleczanie mężczyzn?*, „Teologia i Moralność” 2010, t. 8.
- Pecyna B.M., *Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka w świetle psychologii klinicznej*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1998.
- Pełka M., *Ronald Dworkin o prawie do aborcji*, „Forum Prawnicze” 2016.
- Pertyński T., Stachowiak G., *Niskodawkowa, dwuskładnikowa doustna antykoncepcja u kobiet w okresie pre- i okołomenopauzalnym*, „Przegląd Menopauzalny” 2006, nr 4.
- Perz Z., *Recenzja: G. Williams, Świętość życia a prawo karne*, Warszawa 1960, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s. XI. 354, „Roczniki Teologiczno-Kanoniczne” 1964, t. XI, z. 3.
- Petry-Mroczkowska J., *Feminizm-antyfeminizm. Kobieta w kościele*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2012.
- Piasecka K., Irzmańska-Hudziak A., *Problem kontynuacji recept na preparaty antykoncepcji hormonalnej przez pielęgniarki i położne w aspekcie filozoficzno-prawnym*, [w:] *Życie i płodność. Ujęcie interdyscyplinarne*, „Kwartalnik Naukowy FIDES ET RATIO” 2020, nr 3(43).
- Pietrzykowski T., *Etyczne problemy prawa. Zarys wykładu*, Naukowa Oficyna Wydawnicza, Katowice 2005.
- Piprek R.P., *Metody zapłodnienia in vitro*, „Wszechświat” 2010, t. III, nr 4–6.

- Plebanek E., *Życie i zdrowie dziecka poczętego jako przedmiot prawnokarnej ochrony (wybrane problemy wykładnicze w perspektywie najnowszych propozycji legislacyjnych)*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2016, z. 4.
- PMDD czyli przedmiesiaczkowe zaburzenie dysforyczne, <https://psychocare.pl/pmdd-czyli-przedmiesiaczkowe-zaburzenie-dysforyczne/> [dostęp: 21.12.2024].
- Podgórska J., *Koncept antykoncepcji*, „Niezbędnik inteligenta. Bioetyka. Spory na śmierć i życie”, „Polityka” 2015, nr 1.
- Pogodzińska P., *Dostęp do zapłodnienia in vitro a zakaz dyskryminacji – standardy międzynarodowe, przegląd rozwiązań legislacyjnych w wybranych państwach, analiza stanu prawnego w Polsce*, <http://ptpa.org.pl/site/files/publikacje/opinie> [dostęp: 13.01.2024].
- Pollitt K., *PRO. Odzyskajmy prawo do aborcji*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2015.
- Polska Agencja Prasowa, *W Europie prawo do aborcji jest przeważnie liberalne. W USA decydują poszczególne stany*, <https://www.pap.pl/aktualnosci/w-europie-prawo-do-aborcji-jest-przewaznie-liberlane-w-usa-decyduja-poszczegolne-stany> [dostęp: 8.01.2025].
- Prawo aborcyjne w Polsce i na świecie*, <https://www.proinfo.pl/blog/prawo-aborcyjne-w-polsce-i-na-swiecie/> [dostęp: 7.01.2025].
- Prezydent Andrzej Duda zawetował ustawę o tabletkę „dzień po”, „Puls Medycyny”, 29.03.2024, <https://pulsmedycyny.pl/prezydent-andrzej-duda-zawetowal-ustawe-o-tabletce-dzien-po-1212133> [dostęp: 12.04.2024].
- Prętki K., *Problematyka przerywania ciąży, sterylizacji i kastracji w ujęciu Wiktora Grzywo-Dąbrowskiego (1885–1968)*, [w:] A. Szlagowska (red.), *Problemy zdrowia reprodukcyjnego kobiet*, t. 3: *Zdrowie reprodukcyjne w kontekście zmian społeczno-kulturowych na przestrzeni wieków*, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2020.
- Program wsparcia in vitro*, <https://pacjent.gov.pl/arttykul/program-wsparcia-vitro> [dostęp: 29.12.2024].
- Radkowska-Walkowicz M., *Doświadczenie in vitro. Niepłodność i nowe technologie reprodukcyjne w perspektywie antropologicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2013.
- Radkowska-Walkowicz M., *„Jak zaczęła się Twoja historia”. Nowe technologie reprodukcyjne i nowe formy stygmatyzacji*, „Lud” 2017, t. 101.
- Ressler I.B., Jain T., *Odwracalne metody antykoncepcji: wpływ na przyszłą płodność*, „Ginekologia po Dyplomie” 2010, listopad.
- Reszelska A., *Zapłodnienie post mortem w świetle ustawy o leczeniu niepłodności*, „Prawo i Medycyna” 2017, nr 4(69, vol. 19).
- Rominkiewicz J., *Zakaz kastracji w prawie rzymskim*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2023.
- Rosa W., *Prawne aspekty dostępu do antykoncepcji w Polsce*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2024, nr 2(15).

- Rosaria Fiorelli M., Gentili G., *Obudź w sobie życie. W obliczu niepłodności*, przeł. A. Kredszyńska, Wydawnictwo Promic, Poznań 2020.
- Roszkowski W., *Historia i teraźniejszość*, wyd. 1, Wydawnictwo Biały Kruk, Kraków 2022.
- Różyńska J., *Rozwój i ochrona praw reprodukcyjnych jako praw człowieka*, https://www.researchgate.net/publication/301673695_Rozwoj_i_ochrona_praw_reprodukcyjnych_jako_praw_czlowieka_Development_and_protection_of_reproductive_rights_as_human_rights_-draft [dostęp: 11.05.2024].
- Różyńska J., *Zapłodnienie w szkłe*, „Niezbędnik Inteligenta. Bioetyka. Spory na śmierć i życie”, „Polityka” 2015, nr 1.
- Rudolf E.I., *Zdrowie reprodukcyjne kobiet – rozważania terminologiczne*, [w:] A. Szlagowska (red.), *Problemy zdrowia reprodukcyjnego kobiet*, t. 1: *Wstęp do badań*, Wydawnictwo Quaestio, Wrocław 2016.
- Rutkowska A., Rolińska A., Milanowska J., Kowalska A.J., Kryś K., Sidor K., Makara-Studzńska M., *Metody zapobiegania ciąży w ocenie kobiet w wieku rozrodczym a deklarowana istotność wiary katolickiej – badania pilotażowe*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, t. 18, nr 2.
- Salij J., *Problem sterylizacji*, „W Drodze” 2001, nr 10, <https://wdrodze.pl/article/problem-sterylizacji/> [dostęp: 12.01.2025].
- Samopomoc i DIY. Opór i oddolne strategie odzyskiwania kontroli nad własną płodnością oraz zdrowiem seksualnym*, <https://adt.pl>zin>V1-samopomoc-dly> [dostęp: 21.04.2024].
- Sewastianowicz M., *MEN poszedł na ugodę w sprawie treści w podręcznikach do HiT*, prawo.pl, 8.01.2025, *Podręcznik do HiT, a dzieci z in vitro - pozew* [dostęp: 16.01.2025].
- Sgreccia E., Merecki J., *Rodzina a bioetyka*, „Studia nad Rodziną” 2001, nr 5/1(8).
- Sikora A., *Status i ochrona praw ludzkiego embrionu w dokumentach Rady Europy*, „Poznańskie Studia Teologiczne” 2001, t. II.
- Skrętowicz B., Bylina J., *Zdrowotne aspekty procesu rozrodczości kobiet wiejskich w świetle analizy ścieżki (na podstawie materiałów ogólnopolskiego badania reprezentacyjnego 1990)*, [w:] *Materiały na Konferencję Jubileuszową Łódź, 27–28 listopada 1997 r., Profesor Edward Rosset demograf i statystyk – w setną rocznicę urodzin*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1997.
- Skrzypulec-Plinta V., Zborowska K., Schmidt M., Krupa A., *Leczenie zespołu napięcia przedmiesiączkowego*, Wydawnictwo Medyczne, 27.02.2020, <https://www.forumginekologii.pl/artukul/leczenie-zespolu-napięcia-przedmiesiączkowego> [dostęp: 21.12.2024].
- Słabisz A., *Aborcja. Fundamentalny spór Ameryki*, rp.pl, 14.07.2023, <https://www.rp.pl/polityka/art38737171-aborcja-fundamentalny-spor-ameryki> [dostęp: 18.04.2024].
- Smykowski K., *Współczesny rozwój technologii medycznych wyzwaniem dla etyki*, [w:] H. Czakowska, M. Kuciński (red.), *Dialog wielokulturowości i prawda*, Wydawnictwo Akademii Kujawsko-Pomorskiej, Bydgoszcz 2018.
- Snarski R., *Dopuszczalność dobrowolnej sterylizacji – uwagi na tle prawnoporównawczym*, „Przegląd Prawniczy Uniwersytetu Warszawskiego” 2015, R. XIV, nr 2.

- Sobas M., *Czy dziecku przysługuje prawo do ustalenia pochodzenia genetycznego ze strony matki?*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Iuridica” 2019, nr 86.
- Sobstyl M., Robak-Chołubek D., Jakiel G., *Pozaantykoncepcyjne korzyści doustnej antykoncepcji*, „Przegląd Menopauzalny” 2007, nr 3.
- Soniewicka M., *Ciąża kontraktowa z perspektywy etycznej (problem szkody, instrumentalizacji oraz dezintegracji macierzyństwa)*, „Państwo i Prawo” 2020, nr 11.
- Soniewicka M., *Selekcja genetyczna w prokreacji medycznie wspomaganey. Etyczne i prawne kryteria*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2018.
- Soniewicka M., *Spór o dopuszczalność przerywania ciąży z perspektywy etycznej i filozoficzno-prawnej (komentarz do wyroku TK w sprawie K 1/20)*, „Państwo i Prawo” 2021, nr 8.
- Spar L.D., *Supermenki. O seksie, władzy i pogoni za perfekcją*, przeł. K. Sławińska, Wydawnictwo Poradnia K, Warszawa 2014.
- Spieker M., *Ku medycynie pragnień? Sztuczne zapłodnienie a godność człowieka*, „Ethos” 2014, vol. 27, nr 2.
- Stanowisko oficjalne IFMSA-Poland nt. świadomego planowania rodziny, https://ifmsa.pl/files/download?file=307_zg [dostęp: 8.03.2024].
- Statement by the Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW).
- Stefaniuk M., *Etyczne dylematy prawa (kara śmierci, aborcja i eutanazja) w świetle badań polskiej opinii publicznej*, „Studia Iuridica Lublinensia” 2013, nr 19.
- Steinbock B., Menzel P.T., *Bioetyka. Wszystko co warto wiedzieć*, wyd. I, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2024.
- Stephan G., *Klonowanie człowieka jako zamach na prawdę o człowieku*, „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne” 2004, t. 37, z. 1.
- Sterylizacja antykoncepcyjna. Potrzebna szersza dyskusja*, 29.12.2021, <https://politykazdrowotna.com/artukul/sterylizacja-antykoncepcyjna-potrzebna-szersza-dyskusja-n824883> [dostęp: 30.12.2024].
- Stosunek Polaków do aborcji*, Komunikat z badań nr 47/2023, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, kwiecień 2023, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2023/K_047_23.PDF [dostęp: 4.02.2025].
- Stradowski J., Konarska I., *Zakazana prokreacja*, „Wprost” 27.11.2005, <https://www.wprost.pl/tygodnik/83248/Zakazana-prokreacja.html> [dostęp: 16.01.2025].
- Strządała A., *Pacjent jako obywatel. Autonomia pacjenta i obywatelskość na przykładzie Hiszpanii*, „Kultura i Wartości” 2019, nr 28.
- Strzelczyk W., *Aborcja – prawne uwarunkowania w Polsce i na świecie*, <https://web.swps.pl/strefa-prawa/artykuly/21796-aborcja-prawne-uwarunkowania-w-polsce-i-na-swiecie> [dostęp: 3.02.2025].
- Surmiak W., *Etyczna ocena selekcji lub predeterminacji płci dziecka*, „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne” 2010, nr 43(1).
- Susłowska N., Zimmermann A., Gaworska-Krzemińska A., *Evaluation of pharmaceutical emergency contraceptive services in Poland*, „Acta Poloniae Pharmaceutica – Drug Research” 2018, vol. 75, no. 6.

- Szachniewicz A., *Metafizyka ciąży a prawa reprodukcyjne*, „Filozofia w Praktyce” 2019, t. 5.
- Szczepaniak I., *Policja a protesty Strajku Kobiet – perspektywa kryminologiczno-socjologiczna*, „Archiwum Kryminologii” 2022, nr 44(2).
- Szczepaniec M., *Rozwój technologii genetycznych a ochrona prawna genomu ludzkiego*, „Zeszyty Prawnicze” 2018, nr 18(4).
- Szczepankiewicz-Battek J., *Religie świata wobec problemów reprodukcji*, [w:] A. Szlagowska (red.), *Problemy zdrowia reprodukcyjnego kobiet*, t. 3: *Zdrowie reprodukcyjne w kontekście zmian społeczno-kulturowych na przestrzeni wieków*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Wrocław 2020.
- Szelewa D., *Prawa reprodukcyjne w Europie i w Polsce: zakaz, kompromis czy wybór?*, Warszawskie Debaty o Polityce Społecznej nr 20, <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/warschau> [dostęp: 15.03.2024].
- Szopa K., *Elementy kultury politycznej dla tego, co kobiece. Rozmowa Katarzyny Szopy z Luce Irigaray*, „Śląskie Studia Polonistyczne” 2019, nr 1(13).
- Szopa K., *Praca miłości. Poezja kobiet wobec reprodukcji życia codziennego*, „Teksty Druogie. Wielogłos o poezji” 2020, nr 5.
- Szostkiewicz A., *Czyje jest ciało*, „Polityka” nr 40(2927), 2.10–8.10.2013.
- Szostkiewicz A., *Święte plemniki, święte jajeczka*, „Niezbędnik Inteligenta. Bioetyka. Spory na śmierć i życie”, „Polityka” 2015, nr 1.
- Szwed A., *Typy legitymizacji w wypowiedziach hierarchów kościoła rzymskokatolickiego w Polsce na temat gender i praw reprodukcyjnych*, „Studia Socjologiczne” 2019, nr 3.
- Szymańska M., Ścisłowska N., Futyma M., Żemojduk D., Kulesza-Brończyk B., *Śmierć szansą na życie – aborcja*, [w:] E. Krajewska-Kułak et al. (red.), *W drodze do brzegu życia*, t. 13, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2015.
- Środa M., *Kobiety i władza*, wyd. I, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 2009.
- Środa M., *Widmo krąży po Europie. Widmo gender*, [w:] S. de Beauvoir, *Druga płeć*, przeł. G. Mycielska, M. Leśniewska, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2020.
- Tabaszewska J., *Hormony społeczne. Od metafory do polityki hormonalnej*, „Teksty Drugie. Teoria literatury, krytyka, interpretacja. Literatura i hormony społeczne” 2024, nr 4.
- Telichowska-Leśna A., *Zespół napięcia przedmiesiączkowego*, <https://nazdrowie.pl/ze-spol-napiecia-przedmiesiaczkowego/> [dostęp: 1.12.2024].
- Theus J., *Polki mają dość. Coraz trudniej mieć dzieci. „Trudno im się dziwić. To było do przewidzenia”*, oko.press, 30.01.2023, <https://oko.press/polki-maja-dosc-nie-chca-juz-miec-dzieci-trudno-im-sie-dziwic-to-bylo-do-przewidzenia> [dostęp: 9.01.2025].
- Tokarczyk R., *Normatywne ujęcie antyprokreacji*, „Roczniki Socjologii Rodziny” UAM 2020, nr XII.
- Tokarczyk R., *Prawa narodzin, życia i śmierci*, wyd. V, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 1999.
- Topolska K., Dziubaszewska R., Makowicz D., *Opinia Polek na temat aborcji*, Materiał został zebrany w lutym 2023, <https://kpu.krosno.pl/kola-naukowe/wp-content/uploads/sites/48/2023/09/5.-Opinia-polek-na-temat-aborcji-w-Polsce.pdf> [dostęp: 6.04.2024].

- Tworowska-Baraniuk A., *Sztuczna inseminacja nasieniem zmarłego dawcy – wątpliwości natury prawnej i etycznej*, [w:] J. Gołaczyński et al. (red.), *Non omnis moriar. Osobiste i majątkowe aspekty prawne śmierci człowieka. Zagadnienia wybrane*, Oficyna Prawnicza, Wrocław 2015, <https://repozytorium.uni.wroc.pl/dlibra/publication/79498/edition/77907/sztuczna-inseminacja-nasieniem-zmarlego-dawcy-watpliwosci-natury-prawnej-i-etycznej-tworowska-baraniuk-an> [dostęp: 6.08.2024].
- Uciec od narodowego pomnika: demitologizacja figury Matki Polki w literaturze kobiecej i dyskursie feministycznym po 1989 roku II, <https://books.openedition.org/iblp/13082> [dostęp: 8.01.2025].
- Walentynowicz-Moryl K., *Kobiety o doświadczeniu trudnej prokreacji*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2020.
- Warren A.M., *Status moralny. Obowiązki wobec osób i innych istot żywych*, przeł. S. Tokariew, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2019.
- Wasieczko M.A., *Czy z Pospieszalskim można rozmawiać? Na marginesie programu publicystycznego „Warto rozmawiać”*, „Media – Kultura – Komunikacja Społeczna” 2006, nr 2.
- Wasilewicz E., Barcicka M., Chmiel-Perzyńska I., Derkacz M., Michałojć-Derkacz M., Nowakowski A., *Stosowanie tabletek antykoncepcyjnych w grupie młodych kobiet*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2013, nr 15(2).
- Wdowiak A., *Przygotowanie do badań diagnostycznych oraz zabiegów stosowanych w leczeniu niepłodności kobiecej i męskiej*, Rozdział 5: *Problemy psychologiczne w niepłodności*, <https://www.pielegniarki.info.pl/files> [dostęp: 5.07.2024].
- Wdowik P., *Aborcja w Polsce z punktu widzenia moralności i prawa*, [w:] J. Zimny (red.), *Praworządność w dobie XXI wieku*, Katedra Pedagogiki Katolickiej KUL, Stalowa Wola 2016.
- Wejbert-Wąsiewicz E., *Antykoncepcja jako tabu. O nieważności tego, co ważne*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja” 2015, t. 18, nr 4(72).
- Wężyk K., *Aborcja jest*, Agora SA, Warszawa 2021.
- Wietrzykowska A., *Niewidzialni rodzice. Jak rozmawiać o niepłodności*, wyd. I, Wydawnictwo FILIA, Poznań 2023.
- Winston R., *Dlaczego nie mamy dziecka*, przeł. E. Karpińska, M. Morawski, Wydawnictwo Springer PWN, Warszawa 1995.
- Wiśniewska D., *Czy zabieg sztucznego zapłodnienia jest czynem wewnętrznie złym? Próba odpowiedzi w świetle encykliki Jana Pawła II „Veritatis splendor”*, „Studia Paradyskie” 2013, t. 23.
- Wojewoda E., *Prawnokarna ochrona zarodków in vitro w świetle rozwiązań ustawy o leczeniu niepłodności*, „Studia Prawnoustrojowe” 2024, nr 64.
- Wolski H., *Wybrane aspekty działań niepożądanych złożonej doustnej antykoncepcji hormonalnej*, „Ginekologia Polska” 2014, nr 12, vol. 85.
- Worwa P., *Historia Aborcji. O życiu i śmierci*, 14.02.2021, <https://chwalazapomniana.pl/historia-aborcji-o-zyciu-i-smierci/> [dostęp: 25.05.2024].
- Wróbel J. SCJ, *Antropologiczne implikacje sztucznej prokreacji*, „Roczniki Teologiczne” 2015, t. LXII, z. 3.

- Wróbel J. SCJ, *Prokreacja technicyzowana – wyzwania etyczne*, „Roczniki Teologii Moralnej” 2009, t. 1(56).
- Zabielski J., *Personalistyczny normatyw bioetyki*, „Rocznik Teologii Katolickiej” 2012, t. XI(1).
- Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceutycznych dotyczących zdrowia reprodukcyjnego, 30.04.2024, <https://www.loia.pl/news/3966-zarzadzenia-prezesa-nfz-w-sprawie-programu-pilotazowego> [dostęp: 13.04.2025 r.].
- Zespół dysforyczny – PMDD, <https://feminature.pl/zespól-dysforyczny-pmdd/> [dostęp: 22.05.2024].
- Zych B., *Prawne przesłanki przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży w wybranych krajach – problem aborcji „na żądanie” (na tle prawnoporównawczym). Część I: Polska i Czechy*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały” 2022, nr 1(30).
- Zych B., *Prawne przesłanki przeprowadzenia zabiegu przerwania ciąży w wybranych krajach – problem aborcji „na żądanie” (na tle prawnoporównawczym). Część II: Niemcy, Słowacja, Ukraina, Białoruś, Rosja, Litwa, Szwecja i Dania*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały” 2022, nr 2(31).

Wykaz cytowanych aktów prawnych

- Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483; z 2001 r. Nr 28, poz. 319; z 2006 r. Nr 200, poz. 1471; z 2009 r. Nr 114, poz. 946.
- Kodeks karny z dnia 11 lipca 1932 r., Dz. U. z 1932 r. Nr 60, poz. 571 z późn. zm.
- Kodeks karny z dnia 19 kwietnia 1969 r., Dz. U. z 1969 r. Nr 13, poz. 94 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz. U. z 1956 r. Nr 12, poz. 61 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz. U. 2023 r. poz. 2809.
- Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz. U. z 2022 r. poz. 1575.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1996 r. o zmianie ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o zmianie niektórych innych ustaw, Dz. U. z 1996 r. Nr 139, poz. 646 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz. U. z 2024 r. poz. 17.
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, Dz. U. z 2022 r. poz. 2301 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności, Dz. U. z 2020 r. poz. 442.
- Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz. U. z 2024 r. poz. 676.
- Projekt ustawy – o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne, Druk 185, uzasadnienie do projektu.

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego, Dz. U. z 2024 r. poz. 662.
- Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, Rzym, 4.11.1950 r., Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284.
- Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie (przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 19 listopada 1996 roku), zawarta 4 kwietnia 1997 r. w Oviedo.
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1712 z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie zmiany dyrektywy 2011/36/UE w sprawie zapobiegania handlowi ludźmi i zwalczania tego procederu oraz ochrony ofiar, Dz. Urz. UE L z 24.06.2024 r.
- Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 11 listopada 2021 r. w sprawie pierwszej rocznicy faktycznego zakazu aborcji w Polsce (2021/2925/(RSP)), Dz. Urz. UE C 205/44 z 20.05.2022 r.
- Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 24 czerwca 2021 r. w sprawie sytuacji w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie w UE w kontekście zdrowia kobiet (2020/2215(INI)), Dz. Urz. UE C 81/43 z 18.02.2022 r.

Monografia [...] zawiera rozważania natury prawnej i ontologicznej wykraczające poza ujęcie formalne, aspekty medyczne ludzkiej prokreacji oraz diagnostykę zdrowia. Problematyka praw reprodukcyjnych kobiet skupia analizowane kwestie w pryzmacie ochrony godności człowieka, wielowymiarowości życia i prawa do prywatności kobiet.

[...] Monografia godna polecenia, gdyż stanowi ważny głos w debacie o aktualizacji praw człowieka. Książka otwiera nowe perspektywy badawcze, skłaniając do pogłębionej refleksji o istocie praw reprodukcyjnych kobiet, które składają się na nierozłączne i integralne prawa człowieka.

dr hab. Samanta Kowalska, prof. UK

Uniwersytet Kaliski im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego

Recenzowana publikacja nie jest kolejnym dziełem na temat aborcji, sztucznej prokreacji i antykoncepcji, których głównym celem jest prezentacja argumentów za i przeciw tym praktykom. Jest natomiast głosem w dyskusji o prawach reprodukcyjnych kobiet, których analiza dokonuje się przez pryzmat wspomnianych wyżej zagadnień. Tym samym koncepcja książki jest oryginalna i pod wieloma względami nowatorska. Autorki po raz kolejny udowadniają, że nie boją się poruszać trudnych i wywołujących kontrowersje tematów, koncentrując swoje badania na problemach o dużej doniosłości społecznej.

[...] Mimo zanurzenia prezentowanej tematyki w sporach światopoglądowych Autorkom udało się dokonać rzeczowej analizy pozbawionej silnego nacechowania ideowego, religijnego i obyczajowego i to jest wartością recenzowanej publikacji.

dr hab. Iwona Sierpowska, prof. USWPS

Uniwersytet SWPS, Filia we Wrocławiu