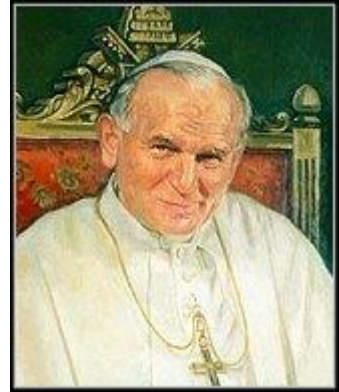


*Niepłodność małżeńska – in vitro – naprotechnologia –
adopcja. Co dalej? Nasze wybory*

Cytaty

Kongregacja Nauki Wiary: „Donum vitae. Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania”.

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



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

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

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

Jan Paweł II. Przemówienie podczas audiencji dla uczestników kongresu Włoskiego Towarzystwa Ginekologii i Położnictwa „Kościół otacza życie wielkim szacunkiem i wzywa do jego obrony” (05. 12. 1992).

Kościół nie akceptuje żadnych metod inicjowania procesu rozrodczego poza w pełni ludzkim kontekstem, jakim jest owo spotkanie miłości, w którym przez wzajemny całkowity dar małżonkowie stają się jednym ciałem. [...] Magisterium Kościoła opiera swoją naukę na <<ustanowionym przez Boga nierozzerwalnym związku – którego człowiekowi nie wolno rozrywać – między dwojakim znaczeniem tkwiącym w stosunku małżeńskim: między oznaczeniem jedności i oznaczeniem rodzicielstwa>>

Jan Paweł II. Miłość, która przyjmuje opuszczone dziecko — Do rodzin adopcyjnych (5.09. 2000).

Niestety, w naszej epoce również w tej dziedzinie dostrzegamy niemało sprzeczności. Wiele dzieci traci rodzinę, ponieważ rodzice umierają lub nie są zdolni jej utrzymać, a jednocześnie wiele małżeństw postanawia nie mieć dzieci, nierzadko z egoistycznych pobudek. Inne poddają się zniechęceniu w obliczu trudności ekonomicznych, społecznych czy biurokratycznych. Jeszcze inne, pragnąc za wszelką cenę posiadać «własne» dziecko, korzystają z pomocy, jaką nauki medyczne mogą udzielić prokreacji, ale przekraczają w tym dopuszczalne granice i posuwają się do praktyk nagannych moralnie. W odniesieniu do tych tendencji należy przypomnieć, że wskazania prawa moralnego nie są abstrakcyjnymi zasadami, ale chronią prawdziwe dobro człowieka, w tym zaś konkretnym przypadku dobro dziecka, stawiając je nawet ponad interesem rodziców.

Samo istnienie tak wielu dzieci pozbawionych rodzin wskazuje, że alternatywą dla tych dyskusyjnych praktyk jest adopcja jako droga konkretnej miłości. Rodziny takie jak wasze mogą tu zaświadczyć, że jest to droga dostępna i piękna, choć nie pozbawiona trudności; a przy tym droga, którą dzisiaj łatwiej jest podążać niż w przeszłości, bo epoka globalizacji skraca wszelkie odległości.

Adoptować dzieci, kochać je i traktować jak własne potomstwo, znaczy uznać, że miarą więzi między rodzicami a dziećmi nie są jedynie parametry genetyczne. Miłość, która rodzi, jest przede wszystkim darem z siebie. Istnieje «rodzenie», które urzeczywistnia się przez przyjęcie dziecka, opiekę nad nim, poświęcenie się mu. Wiąż, jaka dzięki temu powstaje, jest tak głęboka i trwała, że w niczym nie ustępuje więzi opartej na pokrewieństwie biologicznym. Gdy jest ona także chroniona przez prawo — jak w przypadku adopcji — w ramach rodziny trwale związanej małżeńskim węzłem, dziecko może żyć w klimacie bezpieczeństwa, otoczone miłością zarazem ojcowską i macierzyńską, która jest warunkiem jego w pełni ludzkiego rozwoju.

KONWERSATORIUM XC

(19 listopada 2016)

Niepłodność małżeńska – in vitro – naprotechnologia – adopcja. Co dalej? Nasze wybory

Prowadzący: Włodzimierz Wieczorek, dr, nauczyciel akademicki, Szkoła Wyższa Przymierza Rodzin; Ewa Dmoch-Gajzlerska, prof. dr hab., Warszawski Uniwersytet Medyczny; Zofia Dłutek, Dyrektor Katolickiego Ośrodka Adopcyjno-Opiekuńczego w Warszawie; Magdalena Dubaniewicz; Małgorzata Zysińska; Katarzyna Jankowska, doktor nauk medycznych.

Włodzimierz Wieczorek

Pragnienie zrodzenia biologicznego potomstwa jest tak głęboko wpisane w ludzką naturę, że przenika całą osobowość człowieka. Z jednej strony jest ono ukierunkowane na przekazanie życia – ciała ze swego ciała. Z drugiej strony urodzenie dziecka kształtuje bardzo ważny rys osobowości mężczyzny i kobiety, którzy rodząc i wychowując dziecko, coraz pełniej stają się mamą i tatą. Zdarza się, że biologiczni rodzice przekazują dziecku tylko życie biologiczne i nic poza tym, ale są też rodzice, którzy przekazują dziecku wszystko oprócz życia biologicznego.

Siła bycia mamą i tatą ujawnia się w sposób szczególny wówczas, gdy z przyczyn natury biologicznej rodzice nie mogą mieć dzieci. O postawach rodzicielskich w takich sytuacjach chcielibyśmy rozmawiać dzisiaj podczas naszego konwersatorium, które jest zatytułowane „niepłodność małżeńska – naprotechnologia – in-vitro – adopcja. Jakie są nasze wybory?”.

Witając wszystkich Państwa bardzo serdecznie, chciałbym przywitać w sposób szczególny uczestników panelu dyskusyjnego: panią prof. dr hab. n. med. Ewę Dmoch-Gajzlerską z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, z Wydziału Nauk o Zdrowiu; panią dr n. med. Katarzynę Jankowską, specjalistę chorób wewnętrznych, endokrynologa, która zajmuje się leczeniem i diagnostyką niepłodności, a ostatnio swój czas poświęca badaniom klinicznym w zakresie andrologii; panią Zofię Dłutek, dyrektor Katolickiego Ośrodka Adopcyjno-Opiekuńczego w Warszawie, panią dr Małgorzatę Zysińską i panią Magdalenę Dubaniewicz.

Elżbieta Mycielska- Dowgiałło

Dołączam się do powitania wszystkich państwa, jesteście zaszczytzeni tak wspaniałym gronem panelistów. Na wstępie chciałabym poprosić panią dyrektor Zofię Dłutek o przedstawienie wydawanego przez Ośrodek biuletynu, który może państwa zainteresować.

Zofia Dłutek

Przynieśliśmy dzisiaj ze sobą Biuletyny Ośrodka Adopcyjnego. Powstają one tylko na okrągłe rocznice Ośrodka. Mam ze sobą dwa takie biuletyny. Jeden był na 15-lecie, drugi na 20-lecie istnienia Ośrodka. Dla państwa chyba najcenniejsze w tych biuletynach są świadectwa rodzin, które nie mogły mieć dzieci, które mają dzieci dzięki adopcji, i te które miały dzieci biologiczne, a potem adoptowały kolejne dzieci. To, co jest moim zdaniem zawsze aktualne w naszych biuletynach, to zagadnienia, od strony pedagogiczno-psychologicznej przedstawione o dzieciach, które są zgłaszane do adopcji, a drugie, to właśnie świadectwa tych rodzin, które borykają się z własną niepłodnością, potem odnajdują swoją drogę bycia rodzicem adopcyjnym. Niektóre z naszych dzieci są dziś dorosłymi osobami i mają już swoje rodziny. Na tym etapie życia szukają niekiedy swojej naturalnej matki. W biuletynie publikujemy list do matki dorosłej osoby, która chciałaby go jej przekazać. Udało nam się też pozyskać listy od tych osób, które oddawały dzieci do adopcji. Poznajemy okoliczności, uwarunkowania i przyczyny oddania dziecka. Czy jest to tak, jak często myślimy „wyrodna matka oddała dziecko”, czy też nie zawsze tak jest i może nie koniecznie trzeba na tę matkę patrzeć w kategoriach „wyrodna”, a właściwie nigdy nie powinno się formułować takich ocen. Jest też list od ojca. To wyjątkowe. Rzadko odpowiedzialność w takich przypadkach biorą na siebie też ojcowie.

Ewa Dmoch-Gajzlerska

Bardzo serdecznie dziękuję za zaproszenie. W swoim wystąpieniu chcę przedstawić najważniejsze aspekty niepłodności z punktu widzenia ginekologa-położnika z ponad 30-letnim doświadczeniem, lekarza który widział bardzo wiele i spotkał się z licznymi przypadkami niemożności posiadania dziecka. Zacznę od krótkiej sentencji – definicji WHO (Światowa Organizacja Zdrowia): „Niepłodność to niemożność zajścia w ciążę jednego lub dwojga małżonków, mimo regularnego ich współżycia bez stosowania metod zapobiegania

ciąży”. Tak mówi definicja WHO, jednak definicja definicją, a życie życiem. Wiadomo, że wśród czynników medycznych, które powodują niepłodność, mogą występować zarówno te ze strony kobiety, jak i inne ze strony mężczyzny. Jeszcze 20 lat temu uważano, że w większości przypadków przyczyną niepłodności był tzw. „czynnik kobiecy”, rzadziej zaś wskazywano czynnik męski. Obecnie obydwa czynniki są w zasadzie równoważne. Obecnie wiemy już także, że często u par, które nie mogą mieć dziecka i borykają się z problemem niepłodności, mimo wykonania wszystkich badań, które trzeba wykonać podczas diagnostyki niepłodności, nie znajduje się przyczyn natury medycznej. Szukamy wówczas innych przyczyn, takich jak: stres, środowisko naturalne, praca, złe relacje między partnerami itp. W wielu przypadkach udaje się, choć często znalezienie właściwego czynnika jest bardzo trudne, jednak nie jest niemożliwe. Wiąże się to z faktem, że para zgłaszająca się do ginekologa, musi być dokładnie przez niego zdiagnozowana, nie tylko pod względem medycznym, ale również pod względem relacji partnerskich.

Pamiętam pewną parę, która przyszła do mnie. 7 lat małżeństwa. Nie mieli dzieci. Żona przebadana. W zasadzie przyczyny medycznej nie było. Mąż również był osobą zdrową. Po 40 minutach rozmowy otworzyli się przede mną. Żona pracowała jako bizneswoman od rana do nocy, ciągle wyjeżdżała i nie było jej w domu. Mąż powiedział: „Nie ma u nas domu. Czy pani wie, że ja będąc mężem nie zjadłem nigdy ciepłego obiadu? Nigdy nie było w domu ciepła, przygotowywania wspólnie posiłków, ani nigdy nie rozmawialiśmy razem na temat dziecka”. Na co żona odpowiedziała: „Przyszłam do pani po to, żeby się dowiedzieć, czy mogę mieć dzieci, ale tak naprawdę to myśmy o tym nigdy z mężem nie rozmawiali”. Z czego wobec tego wynikała u tego małżeństwa chęć posiadania dziecka? Prawdopodobnie z chęci podniesienia własnego statusu.

Postanowiłam podzielić się z Państwem wynikami badań, przeprowadzonych przez moją doktorantkę, które przedstawiła w swojej pracy magisterskiej. Jest to materiał z 2012 roku, który wykazuje różnorodność przyczyn, które mogą powodować niepłodność, a na które rzadko zwraca się uwagę. Obecnie wiemy, że w Polsce niepłodność dotyczy 1,5 mln par. Wśród przyczyn niepłodności wspomniane badania wyróżniają m.in.: nieprawidłowy styl życia, niewłaściwą dietę i dobór witamin, używki, przyjmowane leki, zarówno przez kobietę jak i mężczyznę, przebyte zakażenia, zmiany partnerów seksualnych oraz wczesne i długotrwałe stosowanie antykoncepcji.

Coraz częściej młode dziewczyny rozpoczynają stosowanie tabletek. Robią to z własnej inicjatywy, z woli matki lub za przyczyną lekarza. W takiej sytuacji zawsze wnikliwie pytam moje pacjentki – dlaczego? Warto pamiętać o tym, że jeżeli są jakiegokolwiek

zaburzenia miesiączkowania i młoda dziewczyna (często z matką) przychodzi do lekarza i mówi, że „trzeba coś z tym zrobić i jedynym leczeniem jest tabletki”, znaczy to, że mamy do czynienia z kobietą zablokowaną na parę lat, jeżeli chodzi o prawidłowe funkcjonowanie jajnika. Rezerwa jajnikowa tzw. hormon antymullerowski, AMH może być nieprawidłowy u tej dziewczyny i może ona mieć w przyszłości problem z zajściem w ciążę. Dlatego dużą wagę przywiązuję do wywiadu, aby dowiedzieć się, jaki rodzaj leków przyjmowały młode kobiety w przeszłości. Czasami działanie tych leków okazuje się niekorzystne. Dodatkowym obciążeniem są: otyłość, nadciśnienie oraz choroby serca.

Prezentowane badania pokazują również, jaka grupa kobiet wchodzi obecnie w okres rozrodczy. Wśród nich coraz więcej choruje na cukrzycę z powodu zaburzenia gospodarki węglowodanowej. Są to czynniki ryzyka, które często skutkują poronieniem, czyli wtórną niepłodnością. Nie dochodzi do urodzenia dziecka, zaś kobieta traci ciążę. Celem wspomnianej pracy było zbadanie przebiegu i efektów terapii niepłodności. Chcę zwrócić uwagę jeszcze na jeden aspekt w pracy mojej magistrantki. Chodzi o próbę określenia skuteczności leczenia, aby poznać wpływ leczenia niepłodności na funkcjonowanie rodziny i równocześnie zbadać poziom zadowolenia. Pragnę zwrócić Państwa uwagę na sposób badania par. Badanie próbne zostało przeprowadzone na 10 parach ze specjalistycznego gabinetu lekarskiego, a badanie właściwe na 300 parach z Polski na podstawie specjalnie opracowanych przez autorkę ankiet. Uzyskane wyniki wykazały, że najlicniejszą grupą wśród ankietowanych kobiet cierpiących na niepłodność (43%), była grupa w przedziale wieku pomiędzy 30 a 35 lat, przy czym proces diagnostyczny niepłodności trwa przeciętnie dwa lata. Jeżeli więc zaczyna go kobieta w wieku 35 lat, to mając lat 37 zaczyna się denerwować, stresować, że czas ucieka i za chwilę będzie ogromny problem, bo nie będzie już mogła mieć dzieci. Wówczas właśnie ta presja psychiczna czasu utrudnia jej zajście w ciążę. Często pary zbyt późno rozpoczynają diagnostykę i szukanie przyczyn. Ankietowane kobiety miały wykształcenie wyższe (80%), podobnie jak i mężczyźni. Miejscem zaś zamieszkania ankietowanych par były głównie duże miasta.

Według przeprowadzonych badań małżeństwa, które wcześniej rozpoczęły diagnostykę niepłodności, miały większe szanse na szybsze zajście w ciążę. Powstaje zatem pytanie, jakie czynniki najczęściej wpływały na ograniczenie płodności kobiet, mężczyzn i par. W ankiecie wykazano, że były to: duża ilość stresu, przemęczenie, niewielka aktywność fizyczna i inicjacja seksualna przed dziewiętnastym. rokiem życia. Niepłodność leczy się najczęściej przy zbyt niskim poziomie progesteronu, zespole policystycznych jajników oraz nawet wtedy, gdy nie wykryto żadnej przyczyny. Kiedy przychodzi do mnie młoda dziewczyna mająca 20

lat i otrzymuje informację na podstawie USG, że ma zespół policystycznych jajników, zastanawiam się, na jakiej podstawie ktoś postawił taką diagnozę. W rzeczywistości ta młoda kobieta wymaga dodatkowych badań i dokładnej analizy wyników badań hormonalnych.

Kolejną sprawą jest czas leczenia osób z powodu niepłodności, aby uzyskać ciążę: u par, u których leczenie trwało dwa lata – ciąż było najczęściej. Im ten czas się bardziej wydłużał od momentu diagnostyki i leczenia niepłodności (3 – 4 lata), tym mieli mniejszą szansę na uzyskanie ciąży. Skuteczność leczenia metodą napro- wśród par, które dzięki niej uzyskały ciążę lub poród, wahała się w granicach około 40%. Dzieci urodzone z pojedynczych ciąż po leczeniu niepłodności metodą napro- to: zdrowe dzieci to 82% przypadków, zaś dzieci z defektami, bez wyróżnienia jakie to były defekty, to około 17%. Wszystkie urodzone zdrowe dzieci były w stanie dobrym, a więc uzyskały od 9 do 10 punktów w skali Apgar. W związku z tym trzeba pamiętać o tym, że każda metoda leczenia, która jest zastosowana odpowiednio dla danej pary, dla danej sytuacji medycznej, jest w większości przypadków skuteczna. Jednak ważne jest właściwe rozpoznanie przyczyn.

Co jest istotne w diagnostyce par, które borykają się z niepłodnością? Przede wszystkim, żeby mieć dla nich czas i umiejętnie z nimi rozmawiać.

W przypadku 10 badanych par ich opinia była bardzo pozytywna: „Wykazano w stosunku do nas empatię, zadbano o prawidłowy sposób rozmowy z nami, szanowano nasze poglądy, zapewniono nam wsparcie specjalistów, a leczenie umocniło naszą relację partnerską”. Równocześnie jednak, jak wynika z mojej ponad 30-letniej praktyki, kiedy w trakcie diagnostyki, wchodzi się w omawianie relacji partnerskich zdarza się, że te relacje partnerskie „pękają”. Okazuje się, że mąż odmawia diagnostyki oraz, że nie jest gotowy na posiadanie dzieci lub nie chce mieć dzieci. Właściwie przeprowadzona rozmowa może jednak zlikwidować stres, jak też przywrócić wiarę i radość z oczekiwania na dziecko. Oczywiście ważne jest, aby para była leczona kompleksowo, czyli w tak zwanym zespole terapeutycznym. Równocześnie diagnozowanym parom należy wytłumaczyć, że diagnostyka wprawdzie prowadzi do znalezienia przyczyny niepłodności, jednak jeżeli nie znajdziemy tej przyczyny, albo jest ona nie do usunięcia, to świat się na tym nie kończy.

Włodzimierz Wiczorek

Bardzo dziękujemy Pani Profesor za przybliżenie problemu i skali bezdzietności w Polsce. Teraz oddaję głos pani dr Katarzynie Jankowskiej, która wygłosi prelekcję o naprotechnologii, z porównawczymi odniesieniami do procedury in-vitro, która, co trzeba zaznaczyć, nie jest formą leczenia niepłodności, a raczej sposobem omijania barier –

sposobem, który w swoją logikę ma wpisane stosowanie przerywania ciąży, łącznie z praktyką aborcji selektywnej. Warto zaznaczyć także fakt, który potwierdzają wyniki badań, że wiele rodzin decyduje się na procedurę in-vitro nie tylko ze względu na niepłodność małżeńską, ale także ze względów eugenicznych.

Katarzyna Jankowska

Na sali widzę głównie młode kobiety. Cieszę się, bo pracuję głównie z kobietami, choć też z parami, które nie mogą zajść w ciążę. Nie jest to przejęzyczenie, gdy mówię, że para nie może zajść w ciążę, a nie że kobieta nie może zajść w ciążę. Przyczyny niepłodności mogą dotyczyć obu stron. Chciałabym państwa przekonać medycznie, nie ideologicznie, dlaczego naprotechnologia jest taka świetna, a dlaczego in-vitro taka nie jest.

Niepłodność według WHO można rozpoznać jeśli po roku starań nie dochodzi do ciąży. Jak wszyscy wiedzą płodność maleje z wiekiem i o ciążę starają się coraz starsze kobiety, czasami można zrobić tylko in-vitro. Pytanie, czy jako lekarze powinniśmy to robić? Np. czy powinniśmy podejmować procedurę zapłodnienia pozaustrojowego u 60-letniej kobiety?

Niepłodność nie jest jedną chorobą. To jest objaw różnych zaburzeń hormonalnych, infekcyjnych, hematologicznych lub masy ciała... My jako lekarze mamy za zadanie znaleźć przyczynę tej niepłodności. Ale jest też inna droga: niektórzy uważają, że można pominąć szukanie przyczyn niepłodności, zrobić procedurę zapłodnienia w szkle, i w ten sposób dać parze dziecko. Początkowo lekarze zachłyszeli się tą procedurą. Pary, które do tej pory nie mogły mieć dziecka, nagle zachodziły w ciążę. Niestety szybko się okazało, że in-vitro ma swoje wielkie wady, częściej występują poronienia, częściej rodzą się dzieci z wadami genetycznymi.

W Stanach Zjednoczonych znalazło się grono lekarzy, którzy nie chcieli leczyć niepłodności za pomocą in-vitro. Jednym z nich był profesor Hilgers, który przeczytał encyklikę *Humanae Vitae*. Od tego wszystko się zaczęło. W tej encyklice Paweł VI zaapelował do lekarzy, żeby zajęli się badaniami nad parami, które nie mogą mieć dziecka w sposób naturalny. Hilgers bardzo się tym przejął i postanowił się nad tym pochylić. Jest ginekologiem, który pracuje w Omaha w stanie Nebraska w USA, tam właśnie stworzył pierwszy instytut, który nazwał imieniem Pawła VI.

Naprotechnologia to wszystkie metody, które daje nam medycyna, które możemy i powinniśmy zastosować, aby znaleźć przyczynę niepłodności, wyleczyć ją i spowodować, że

para zajdzie w ciążę w sposób naturalny. Wielu osobom naprotechnologia kojarzy się jedynie z obserwacją cyklu u kobiety i obserwacją śluzu, natomiast naprotechnologia, poza obserwacją cyklu u kobiety, zajmuje się wszystkimi problemami kobiety i również mężczyzny, którymi zajmuje się medycyna, i robi to wykorzystując wszystkie dostępne ku temu środki. To jest po prostu bardzo dokładna, dobra medycyna. W dzisiejszym świecie nie każdemu chce się pochylić nad parą, zdiagnozować, niektórzy wolą, jak już wspomniałam, ominąć problem i zrobić in-vitro. Dzisiaj powszechnie mówi się o cywilizacji śmierci zamiast o cywilizacji życia. Na szczęście powstało wiele ośrodków naukowych, które wspierają rozwój naprotechnologii.

Na czym ona dokładnie polega? Zaczyna się od modelu Creightona. To jest wspomniana metoda obserwacji śluzu w cyklu miesięcznym kobiety. Pierwsze dni, to krwawienie miesięczne, potem są dni suche bez śluzu, potem zaczynają się dni ze śluzem i ostatni dzień śluzu płodnego, tu jest dzień owulacji (prezentacja slajdów). Czyli kobieta potrafi sama na podstawie śluzu rozpoznać, kiedy ma owulację. Potem odlicza się jeszcze trzy dni, licząc czas przeżycia plemników, jeśli para chce odłożyć poczęcie i następują dni stuprocentowo niepłodne. Ta metoda może służyć w dwie strony. Pary ją stosują i po to, żeby zająć w ciążę i po to żeby odłożyć poczęcie. To się sprawdza. Stosowanie tabletek antykoncepcyjnych często wynika z niewiedzy, z braku edukacji. Gdyby kobiety wiedziały, że komórka jajowa żyje 12 do 24 godzin, to czy kobieta chciałaby łykać tabletki antykoncepcyjne przez 28 dni, faszerować się hormonami, które nie są obojętne dla zdrowia? Czy nie lepiej nauczyć się obserwacji śluzu i wiedzieć kiedy jest się płodną, a kiedy nią się nie jest? Lekarz może sprawdzić czy cykl był owulacyjny, zlecając badania hormonalne. W 22 dniu cyklu (czyli 7 dni po owulacji) stężenie progesteronu jest najwyższe. Uważa się, że cykl był owulacyjny jeśli stężenie progesteronu wynosi powyżej 7 ng/ml. Ale może być tak, że kobieta, np. na skutek stresu miała owulację dopiero w 27 dniu cyklu, a 22 dnia progesteron miał bardzo niską wartość. Jeżeli kobieta nie obserwuje cyklu, lekarz nie uzyska dodatkowych informacji i może wyciągnąć błędny wniosek, że mamy do czynienia z niewydolnością ciała żółtego, zaordynować pacjentce progesteron. To działa antykoncepcyjnie. Taka pacjentka nigdy nie zajdzie w ciążę.

Mamy wiele par, które zachodzą w ciążę, w ogóle nie docierając do lekarza, tylko ucząc się obserwacji cyklu u instruktora. Na tej podstawie kobiety rozpoznają, kiedy mają dni płodne i wykorzystując tę wiedzę, zachodzą w ciążę.

Tutaj inna karta (prezentacja slajdu). Jeżeli przychodzi do nas pacjentka z kartą swojego cyklu, gdzie widzimy krótką fazę lutealną, taka pacjentka powinna wyjść z gabinetu

z zaleceniem, żeby nie zachodzić w ciążę. Ona może nie mieć problemów z zajściem w ciążę, ale straci ją z powodu krótkiej fazy lutealnej. Zarodek nie zdąży się zagnieździć; nie zdąży się wytworzyć endometrium, jest to niewydolność ciała żółtego, czyli pacjentka wymaga substytucji hormonalnej. Jeżeli będzie poddana takiemu leczeniu, to będzie mogła bez problemu tę ciążę donosić. Czyli obserwacja cyklu jest tutaj bardzo potrzebna. Dążymy do tego, aby znaleźć przyczynę problemu u danej kobiety. U każdej kobiety może chodzić o coś innego.

Metoda obserwacji śluzu została w dużej mierze zaczerpnięta z metody obserwacji śluzu i temperatury, o której Państwo na pewno słyszeliście. W internecie jest wiele stron, na których można się dowiedzieć o obserwacji śluzu i o metodach rozpoznawania płodności. Nie tylko model Creightona służy do obserwacji cyklu miesięczkowego, jest też na przykład metoda angielska. Model Creightona w naprotechnologii jest dlatego taki unikalny, ponieważ oznaczenia w nim stosowane są takie same we wszystkich krajach świata. Lekarze mogą się ze sobą porozumiewać i wymieniać doświadczenia. Dostaję na przykład od lekarki z innego kraju kartę leczonej przez nią pacjentki i mogę tę kartę skonsultować, co o tym przypadku sądzę. Mogę odczytać wszystko na przesłanej karcie.

W ostatnich latach powstało wiele ośrodków naprotechnologicznych. Takim dużym ośrodkiem jest stworzony w Irlandii w Gallway, z którym współpracujemy. Jednym z pierwszych był ośrodek Napromedica doktora Tadeusza Wasilewskiego, który wcześniej pracował w klinice, wykonującej procedurę in-vitro. Pracował tam przez wiele lat. W pewnym momencie stwierdził, że już nie może, nie chce tego robić, nie może patrzeć, jak się niszczy zarodki, że tego nie akceptuje. Zajął się naprotechnologią.

Gdyby to państwa interesowało, możecie sami zostać instruktorami naprotechnologii, nie jest konieczne posiadanie wykształcenia medycznego. Jest wiele takich szkoleń. Można poznać tę metodę bliżej. Można samemu ją stosować i można uczyć jej innych. Jest ogromne zapotrzebowanie.

Mamy bardzo wiele par, które potrzebują diagnostyki, leczenia. Leczenie hormonalne dopasowujemy do cyklu, który mamy zobrazowany na karcie. Dopiero wtedy przepisujemy progesteron czy estrogeny. Widzimy co w tej karcie jest nie tak. Na przykład czy jest dostateczna ilość śluzu. Śluz jest bardzo ważny. Jeśli jest go zbyt mało lub jest zbyt gęsty, to plemniki nie przedostaną się do jajowodu, gdzie następuje poczęcie. One muszą mieć sprzyjające środowisko, żeby doszło do poczęcia dziecka.

Bardzo ważnym obszarem w naprotechnologii jest chirurgia. Profesor Hilgers sam jest ginekologiem, który operuje. Jego operacja w Szpitalu Świętej Rodziny w Warszawie była

transmitowana na dużej auli, aby inni lekarze mogli ją obserwować i uczyć się. Endometrioza jest jedną z głównych przyczyn niepłodności żeńskiej. Endometrioza powoduje wzrost wszczepów endometrium w miednicy; czasami te ogniska są wielkości główki od szpilki. Trzeba każde takie ognisko pieczołowicie usunąć, ponieważ nawet bardzo małe ogniska wydzielają endotoksyny, które zagrażają zarodkowi. Zarodek nie może się prawidłowo rozwijać i jest to przyczyna bardzo wczesnych poronień; częsta przyczyna ciąży obumarłej. Naprotechnolodzy muszą być bardzo dobrymi chirurgami. Wiedzą to też pacjentki, które myślą o in-vitro i zgłaszają się do lekarzy naprotechnologów, operujących endometriozę. Nawet procedura in-vitro się nie udaje, jeśli pacjentka choruje na endometriozę.

W Polsce jeśli chodzi o diagnozowanie i leczenie niepłodności małżeńskiej, nie wygląda to najlepiej.

Jest tak dlatego, że kobieta, która ma problem z zajściem w ciążę, zgłasza się do ginekologa, a mężczyzna nie zgłasza się nigdzie. Nie ma w Polsce specjalizacji z andrologii. Trzeba jechać za granicę i tam się kształcić w tym kierunku. Nie diagnozowano niepłodności męskiej dlatego, że przez wiele lat była refundowana procedura in-vitro i lekarze wychodzili z założenia, że nie ma potrzeby diagnozowania i leczenia mężczyzny, jeśli można pobrać plemnik i zapłodnić komórkę jajową w probówce i będzie ciąża. Niestety tak często nie jest. Ośrodki, które wykonują w Polsce in-vitro, mają bardzo niski odsetek ciąż, to jest około 22%. To jest bardzo mało. Ja sama byłam zaskoczona i oczekiwałam, że ten odsetek będzie wyższy. Jeśli już zmuszamy komórkę jajową do połączenia się z plemnikiem, to oczekiwałam przynajmniej 90% skuteczności, a w rzeczywistości tylko około 20-30% par zachodzi w ciążę na skutek leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego. Teraz wraca się do diagnostyki mężczyzny, ponieważ lekarze dochodzą do wniosku, że czynnik męski jest tak samo ważny. To znaczy, że jeśli plemnik nie jest zdrowy, jeśli jest uszkodzony, to nie będzie zdrowego zarodka, ani zdrowego dziecka. Prowadzimy wiele par, które przeszły już procedurę nieskutecznej inseminacji, nieskutecznej procedury in-vitro i zachodzą w ciążę po leczeniu metodą naprotechnologii. Pary te przychodzą z grubymi segregatorami dokumentacji, co pozwala mi zapoznać się z metodami ich leczenia. Często okazuje się niestety, że pary te właściwie nie miały żadnej diagnostyki. Mówię to z pełną odpowiedzialnością. W czasie procedury in-vitro nie pytano przychodzącej pary, jakie mają dolegliwości, nie była ważna obserwacja śluzu czy mierzenie temperatury, jak sobie radzą psychicznie z problemem niepłodności, po prostu rozpisuje się od razu leczenie hormonalne, które ma na celu pozyskanie komórek jajowych i plemników do procedury in-vitro.

Czasami diagnostyka nie jest trudna. Na podstawie bardzo dokładnego wywiadu zlecamy odpowiednie badania i leki. Podam przykład: jedni z moich pacjentów starali się o ciążę 7 lat. Kobieta 36 lat, mężczyzna lat 38. Przebyli procedurę in-vitro, dwie inseminacje, nigdy nie było ciąży, pacjentka mówiła, że ma brązowe plamienia. Mimo takiej sytuacji nigdy nie miała sprawdzenia drożności jajowodów, laparoskopii, diagnostyki hormonalnej. Przed wykonaniem zabiegu sprawdzenia drożności jajowodów, trzeba było sprawdzić, czy nie ma zakażenia w drogach rodnych, ponieważ wykonanie zabiegu HSG (histerosalpingografii) w czasie istniejącej infekcji, grozi infekcją całej miednicy. W wymazie z szyjki macicy stwierdzono dwie bakterie. A u mężczyzny, ponieważ w badaniu nasienia była bardzo dobra liczba plemników, nigdy nie zlecono posiewu nasienia. Po wykonaniu badania nasienia stwierdzono jednak słabą ruchliwość plemników i małą ilość plemników o prawidłowej budowie. Zadaliśmy sobie pytanie, dlaczego młody zdrowy mężczyzna ma tak dużo uszkodzonych plemników. Podaliśmy antybiotyk wg antybiogramu dla męża i żony i niedługo po przeleczeniu pojawiła się ciąża. Czasami przyczyna niepłodności jest naprawdę bardzo prosta i leczenie jest proste.

Kilka słów jeszcze dlaczego nie in-vitro, abstrahując od tego, że Kościół tego nie akceptuje. Kościół mówi bowiem, że in-vitro oddziela zapłodnienie od aktu małżeńskiego. Te pary, które trafiają do nas po procedurach in-vitro są bardzo okaleczone psychicznie, było to dla nich bardzo trudne doświadczenie. Dla kobiety, i dla mężczyzny także, ponieważ czuje się on zupełnie pominięty w tej procedurze. Niestety polska *Ustawa o leczeniu niepłodności* dopuszcza procedurę in-vitro również u osoby samotnej i u par homoseksualnych, o czym się nie mówi. Kobieta, która nie ma męża, ani nawet partnera, może iść do kliniki, zapłacić, i mieć dziecko. Nie jest to na pewno wsparcie rodziny, którego byśmy oczekiwali. Jest też możliwe w Polsce stworzenie dziecka, którego matką nie jest kobieta, która nosi tę ciążę, tylko otrzymała komórkę jajową z dawstwa od innej kobiety. W Polsce jest również dopuszczone niszczenie zarodków, tego nie ma na przykład w Niemczech, gdzie można zapłodnić tylko jedną komórkę jajową jednym plemnikiem i stworzyć tylko jeden zarodek, który jest przenoszony do ciała kobiety. Nie ma tam tworzenia nadliczbowych zarodków: niszczenia ani mrożenia zarodków. W Polsce jest to niestety dopuszczalne. Zarodki są przechowywane, ale nie jest powiedziane, ile lat można/trzeba je przechowywać. Nie wiadomo co z nimi zrobić w przypadku, gdy kobieta umrze, zginie. Te zarodki, te dzieci są mrożone. Dopuszczalny jest również wybór płci dziecka, koloru oczu, włosów, czyli człowiek stawia siebie w roli Stwórcy.

Pediatrzy zgłaszają też inny problem. Kobiety, które przychodzą do lekarzy z dzieckiem poczętym w wyniku procedury in-vitro, nie mają informacji w karcie wypisowej ze szpitala, że to są dzieci po IVF. U dzieci tych większa jest częstość wad serca, częściej występuje np. siatkówczak, więcej jest też dziecięcych porażeń mózgowych. Te dzieci powinny mieć więc wykonywane pewne badania, jak np. echokardiografię, badanie okulistyczne. Gdybyśmy, dla dobra tych dzieci, mieli taką informację, moglibyśmy je lepiej chronić przed pewnymi konsekwencjami tej procedury. Lekarze niestety nie mają wiedzy, które dziecko jest poczęte w wyniku IVF. Ostatnio zostały ujawnione dane, ile było ciąż dzięki programowi in-vitro, a ile było zdrowych urodzeń. Niestety nie każda ciąża kończy się urodzeniem dziecka. Te liczby mówią same za siebie. W klinikach wykonujących procedury in-vitro, nie jest prowadzony żaden follow-up. Sukcesem jest, że pacjentka jest w ciąży. W naprotechnologii sukcesem nie jest ciąża, tylko urodzenie zdrowego dziecka.

Nie powinno być tak, że kobieta sama szuka pomocy w internecie, gdzie ma się zgłosić, jeśli ma problem z zajściem w ciążę. Niestety jeszcze jest wiele do poprawienia w tej dziedzinie.

Jeszcze na koniec dwa słowa na temat ustawy o leczeniu niepłodności, którą podpisał przed swym odejściem pan minister Bartosz Arłukowicz. Ustawa zawiera szereg niedopuszczalnych zapisów, wiele zapisów powinno być zmienionych. Nie ma np. określonej górnej granicy wieku kobiety. Nawet kobieta 60-letnia może się zgłosić do kliniki in-vitro i będzie miała przeprowadzoną procedurę zapłodnienia pozaustrojowego.

W ustawie tej dopuszczalne jest też wytwarzanie i zamrażanie zarodków nadliczbowych. Oczywiście są takie sytuacje, gdzie nie pomoże inna metoda jak tylko IVF. Jeżeli np. kobieta ma obustronny brak jajowodów, to jest to wskazanie do procedury in-vitro, ale uważamy, że – jeśli para akceptuje etycznie procedurę IVF – powinien być wtedy stworzony tylko jeden zarodek. Nie można niszczyć wielu innych istnień ludzkich, po to żeby jedno dziecko mogło się urodzić.

Niedopuszczalne jest też naszym zdaniem dawstwo gamet. Obecnie sytuacja wygląda tak, że jeden mężczyzna może być ojcem dziesięciorga różnych dzieci, może być dawcą nasienia dla dziesięciu różnych kobiet. Dawca jest anonimowy, biorczynie nasienia nie znają danych osobowych ojców swych dzieci. Dorosłe dziecko też nie może wystąpić o ujawnienie danych tego anonimowego ojca. Może zaistnieć sytuacja, gdy dzieci mające jednego ojca, mogą się spotkać jako para i nieświadomie doprowadzić do kazirodztwa. To promowanie chorób genetycznych. W Polsce brakuje też monitorowania stanu zdrowia dzieci, które są poczęte metodą zapłodnienia poza ustrojowego.

W moim wystąpieniu chciałam Państwu pokazać, że mamy dwie drogi. To od nas zależy, którą drogę obierzemy. Warto pamiętać o słowach Karola Wojtyły: „Wiedz, w jaki sposób kobieta we współżyciu małżeńskim staje się matką. I postępuj tak, abyś stawała się nią tylko wtedy, kiedy zechcesz”. Mamy więc obowiązek, żeby wiedzieć, kiedy jesteśmy płodne i mamy obowiązek świadomie planować rodzicielstwo. Dziecko powinno być chciane i kochane. Przecież człowiek jest istotą rozumną i stąd dążność do jak najpełniejszego udziału świadomości we wszystkim co czyni, co jest zgodne z jego naturą.

Włodzimierz Wieczorek

Bardzo dziękujemy za przybliżenie nam problematyki naprotechnologii, jako efektywnej metody leczenia niepłodności. Proszę teraz panią Zofię Dłutek, dyrektor Katolickiego Ośrodka Adopcyjnego w Warszawie o podzielenie się własnymi doświadczeniami i przemyśleniami na temat formy rodzicielstwa, jaką jest adopcja.

Zofia Dłutek

Gdybym spytała, czy słowo adopcja dobrze się kojarzy, to w większości otrzymałabym pozytywną odpowiedź. Równocześnie wiedza o adopcji i procesie adopcyjnym jest w naszym społeczeństwie bardzo mała.

Czym jest i czym zajmuje się ośrodek adopcyjny? Miałam niedawno dwa telefony od osób, które chcą pisać prace magisterskie na temat adopcji. Kleryk z seminarium duchownego i studentka z Uniwersytetu Warszawskiego. Obydwoje wyobrażali sobie, że w ośrodku adopcyjnym są dzieci, czekające na adopcję...

Moja nauczycielka mówiła: „Zapamiętaj, człowiek składa się z ciała, duszy i papierów”. Długo nie chciałam uwierzyć, ale gdy podjęłam pracę w ośrodku adopcyjnym zrozumiałam. W ośrodku adopcyjnym nie ma dzieci, a tylko papiery osób, które starają się o przysposobienie dziecka, czyli o adopcję. Adopcja oznacza wzięcie obcego dziecka do swojej rodziny i wychowywanie go jako swoje własne, łącznie ze zmianą metryki urodzenia i wszystkimi prawami i obowiązkami, które przynależą biologicznym i naturalnym rodzicom. W ośrodku są też papiery dzieci, które czekają na adopcję. Skąd są te dzieci? Na przykład dostajemy zgłoszenia dzieci, które urodziły się w szpitalu. Bliźniaki, waga urodzeniowa 1200 g i 1400 g, matka jest narkomanką, przyjechała w upojeniu alkoholowym, dzieci miały po urodzeniu parę promili we krwi. Matka nie chce ich zabrać ze szpitala. Wszyscy mówią, ale okropna matka, media mają newsy, a my w ośrodku zastanawiamy się, czy mamy kandydatów, starających się o dziecko, którzy byliby gotowi wziąć te bliźniaki. Inny

przykład. W domu dziecka jest trójka dzieci, które zostały odebrane rodzicom. Siedmiomiesięczne, które było głodne i skrajnie zaniedbane, 4-letnie z urazami głowy i ramion i 13-letnia siostra, w stosunku do której jest obawa, że była wykorzystywana seksualnie. Do adopcji zgłaszana jest cała trójka. I znów pytanie: czy mamy kandydatów, którzy by wzięli te dzieci. Mówię o tym, żebyście państwo wiedzieli, z jakimi problemami borykają się ośrodki adopcyjne i że nie jest tak, że ludzie pragną adoptować każde dziecko .

Trzecią grupę papierów stanowią „dziewczeta w ciąży”. Dotyczą one kobiet, które przychodzą do nas i mówią „Jestem w ciąży i nie wiem co mam zrobić”. Oczywiście naszym zadaniem jest jej pomóc. Naszym obowiązkiem jest zapytać „Co możemy zrobić dla pani, żeby pani mogła opiekować się własnym dzieckiem?”. Oczywiście działamy wtedy wbrew ludziom, którzy oczekują na dziecko i mówią, że w ośrodkach adopcyjnych bardzo długo czeka się na dziecko. My jednak w pierwszej kolejności pracujemy z rodziną naturalną, żeby nie było przyczyn, dla których kobieta będzie zmuszona oddać dziecko. Nie zawsze się uda pomóc skutecznie, ale jeśli ktoś przychodzi w ciąży po pomoc do naszego ośrodka, to ze statystyk wynika, że około 50% takich kobiet wycofuje się z postanowienia oddania dziecka do adopcji.

Jeśli komuś proponujemy dziecko do adopcji, to ośrodek jest zobowiązany do dostarczenia informacji o stanie zdrowia zarówno dziecka jak i matki. Na przykład informację, że matka była w chwili urodzenia dziecka pod wpływem alkoholu, zażywała narkotyki, a dziecko urodziło się w wadze takiej i takiej i można przypuszczać, że było wcześniakiem i w związku z tym należy wdrożyć odpowiednie postępowanie, terapię i leczenie. Gorzej jeśli nie mamy żadnych wiadomości o rodzinie pochodzenia, o rodzeństwie dziecka i jego rozwoju, o tym gdzie pozostają wcześniejsze dzieci, dotyczy to zawsze tych z „okna życia”. Wobec wielu niewiadomych trudna jest pełna diagnoza lekarska i trafna, szybka terapia, a rokowanie obarczone jest wieloma niewiadomymi.

Nie wierzę opiniiom, że w ośrodkach adopcyjnych są w większości dzieci studentek i habilitowanych doktorów. Jeśli taka dziewczyna oddaje dziecko do adopcji, to trzeba sobie zadać pytanie, czy nie było nikogo, kto by mógł jej pomóc, w jakiej próżni ona żyła? Czy naprawdę jedynym sposobem jest oddać dziecko do adopcji, mówiąc „Dla mnie najważniejsze jest wykształcenie”. Spotykamy czasem rodziców, którzy mówią, że córka musi zdać maturę, bo sobie nie wyobrażają, żeby nie poszła na studia. W gruncie rzeczy to są bardzo rzadkie wypadki. Dzieci oddawane do adopcji najczęściej pochodzą ze środowisk, w których przypadkowo zachodzi się w ciążę, w których nie pamięta się, kiedy był dzień ostatniej miesiączki, i w których nie obserwuje się cyklu, ani miesięcznego, ani każdego

innego. Najczęściej są to dzieci, których matki nie dbały o ciążę, czasami nie miały pieniędzy, żeby zjeść zdrowo i treściwie, czasem nie miały ubezpieczenia lub wstydziły się. Bywa że wypierały ciążę, i że nam mówią „Ja się dopiero zorientowałam, jak zaczęłam rodzić”.

Takie dzieci są przekazywane do rodzin, które przychodzą i mówią, że oni tak ogromnie pragną mieć dziecko. Kobieta mówi: „Zrobiłam 12 in-vitro, osiem inseminacji i nic”. Pani doktor mówiła wcześniej, w jakim okresie życia ludzie obecnie zaczynają interesować się swoją płodnością i brakiem dziecka. Równocześnie, gdy przychodzą do ośrodka adopcyjnego, a mają już po 40 parę lat, są zdziwieni, że nie dostaną noworodka, a my mówimy twardo „nie”. Kiedy jako młoda osoba zaczęłam pracować w ośrodku, przychodzili moi rówieśnicy i dostawali niemowlęta, potem po paru latach, moim rówieśnikom mogłam proponować jedynie dzieci w wieku przedszkolnym, natomiast dzisiaj, jeżeli ktoś w moim wieku chce adoptować dziecko mówię: „O nie, to już jest za późno na przysposabianie dziecka, kiedy się ma 50 parę lat. Nie tylko, że w tym wieku trudno biegać za rowerkiem, ale też trzeba dziecko wychować, być z nim w kontakcie psychicznym”. Szanujemy swoje babcie, swoich starszych krewnych, ale wiemy, że pokolenie, które wychowuje dzieci, powinno być pokoleniem młodszym, odpowiednim dla dziecka.

W Katolickim Ośrodku Adopcyjnym jesteśmy poddani takim samym prawom, jak inne ośrodki adopcyjne w Polsce. Obowiązuje nas Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z 9 czerwca 2011 r. i podlegamy Ministerstwu Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Pieniądze mamy od marszałka województwa, bo tak ustawa przewiduje, że marszałek województwa zleca, lub nie zleca wykonania zadań. Oczywiście jako niepubliczne ośrodki jesteśmy w gorszej sytuacji niż ośrodki, dla których podmiotem prowadzącym jest Marszałek. Mamy mniej pieniędzy, a wielu u nas chce adoptować dziecko i do nas je zgłosić, ale robimy co możemy, aby żadne dziecko nie straciło kolejnego dnia życia.

W Ośrodku mamy dwa działy pracy: adopcji krajowych i adopcji zagranicznych. Nie wierzę, aby trójka dzieci, o których wspominałam znalazła polską rodzinę. Polskie rodziny przychodzą na ogół po niemowlęta, lub dzieci do szóstego roku życia. Czasem raz na rok zdarzy nam się ktoś kto weźmie dziecko, które ma 8 lat, jeszcze znacznie rzadziej ktoś kto weźmie dziecko 11-letnie, ale o starszych mowy nie ma. Dla tych dzieci i dla rodzeństw liczniejszych niż dwoje dzieci, pozostaje tylko adopcja zagraniczna, tak jak dla dzieci chorych, a zwłaszcza źle się rozwijających pod względem intelektualnym. Wiem, że to jest trudne do słuchania. Mnie też jest trudno zrozumieć i zaakceptować, że katolickie społeczeństwo w Polsce nie przyjmuje takich dzieci. Jednak taka jest prawda.

Włodzimierz Wieczorek

Dziękujemy Pani Dyrektor za wszechstronny obraz spraw związanych z adopcją dzieci w Polsce. Teraz chciałbym zaprosić do zabrania głosu panią Małgorzatę Zysińską, która jest pracownikiem akademickim, a prywatnie mamą czwórki dzieci.

Małgorzata Zysińska

Prezentacje poprzednich prelegentek uświadomiły mi skalę problemu, jak też umożliwiły mi zdobycie wiedzy w zakresie naprotechnologii. Dzisiaj przekonałam się, że wiele z metod, które stosowałam w życiu jest niczym innym jak naprotechnologią. Jesteśmy z mężem rodziną dosyć barwnie żyjącą i niekoniecznie zgodną we wszystkich kwestiach, aczkolwiek w tych zasadniczych, związanych z wiarą i z poczęciem naszych dzieci, mamy spójne stanowisko. Jesteśmy małżeństwem od 2000 roku i mieliśmy problem z poczęciem naszego pierwszego dziecka, syna. Dziś jest to chłopczyk 13-letni. Przez trzy lata nie mogłam zajść w ciążę mimo intensywnych prób, ale jeszcze przed ślubem byłam intensywnie leczona farmakologicznie. Jestem z rodziny lekarskiej, więc pewne spaczenie w kierunku medyczno-farmakologicznym w mojej rodzinie istniało i wiele zaprzyjaźnionych cioć, wujków chciało mi bardzo pomóc i mnie wyleczyć. Zaczęło się od tego, że dostawałam leki antykoncepcyjne, zanim rozpoczęliśmy nasze współżycie i zanim w ogóle byliśmy małżeństwem, tylko po to, żeby uregulować cykle, które trwały dość długo, 45 dni, a bywało, że i dłużej. Po braniu tych leków antykoncepcyjnych, zaczęły się problemy z przysadką, z tarczycą, stwierdzono u mnie autoimmunologiczną chorobę Gravesa-Basedowa, no i zaczęło się długoletnie leczenie w tym zakresie. Trafiłam w końcu w ręce, zaprzyjaźnionego lekarza, ginekologa, człowieka wierzącego, który po raz pierwszy zaproponował mi metodę leczenia objawowego, metodę sprawdzania własnej temperatury. Wymagało to dużej cierpliwości, samozaparcia, trudno mi było się do tego skłonić. Poza tym leczenie lekami dwufazowymi. Poziom mojego zniecierpliwienia po tak długim braniu tych specyfików, które wiązało się z różnymi przypadłościami, był dość duży i spowodował, że odstawiłam te leki. Zbiegło się to z podróżą służbową samolotem, w czasie której miałam dużo międzylądowań i jak powiedział pan doktor zadziałała fizyka, żeby nie powiedzieć metafizyka, gdyż mimo, że stwierdzono u mnie politystyczność jajników na podstawie badań USG, po powrocie z wyjazdu służbowego, okazało się, że jestem przy nadziei. Radość nasza była ogromna. Po narodzinach pierwszego dziecka dość szybko staraliśmy się o to, żeby pojawiły się kolejne dzieci. Były ciążę, niestety utracone. Kiedy byłam w kolejnej ciąży, z drugim synem, a była to środkowa część drugiego

trymestru, pojawiła się sytuacja alarmowa, silne krwawienie. Trafiłam wtedy do szpitala Świętej Rodziny, gdzie przebywałam do końca ciąży pod fantastyczną opieką lekarzy i urodził się nasz drugi syn Karol. Po Karolu urodziła się nam jeszcze dwójka dzieci. Myślę, że podstawą tej ciąży, która zakończyła się sukcesem, że doczekaliśmy się pięknego i dobrego syna oraz kolejnych dzieci jest wiara i silna modlitwa. Na tym chciałabym zakończyć i polecić państwu zawierzenie Bogu tych spraw, które są trudne, i których nie da się samemu przejść.

Włodzimierz Wieczorek

Bardzo dziękujemy za piękne świadectwo odwołujące się do źródeł życia, do nadprzyrodzoności. Zapraszam teraz do zabrania głosu panią Magdalenę Dubaniewicz, która jest mamą dwójki dzieci i również ma własne egzystencjalne doświadczenie związane z naszym tematem.

Magdalena Dubaniewicz

Chciałam powiedzieć o mojej drodze do rodzicielstwa. Jesteśmy małżeństwem od ośmiu lat, a prawie sześć lat trwało nasze staranie się o dziecko. W tym okresie przechodziłam wiele faz, od niedowierzania do akceptacji sytuacji, która sprzyja podjęciu leczenia, szukania wsparcia oraz podjęcia procedury adopcyjnej. Na początku, przez pierwszy rok z napięciem obserwowaliśmy, że nam się nie udaje, ale była nadzieja, że to początek. Zaczęliśmy też szukać potwierdzenia u lekarzy, że wszystko jest dobrze ze zdrowiem. Stwierdzono u mnie problemy z tarczycą, chorobą Hashimoto, ale znam ludzi, którzy z tą chorobą mają dzieci. Byłam pod opieką lekarzy i brałam leki. Po kilku latach przyszedł jednak kryzys, że to nic nie daje. Tłumaczyliśmy sobie, że jeśli Pan Bóg chce, żebyśmy mieli dzieci, to będziemy je mieli bez tego leczenia. Kolejne rocznice ślubu przeżywaliśmy ciągle z tą nadzieją. Zaczęliśmy rozwijać swoje zainteresowania, kształciliśmy się. Doszliśmy do takiego momentu, że zaczęliśmy myśleć o adopcji, ale stwierdziliśmy, że trzeba się najpierw przebadać i znaleźć odpowiedź, jaka jest przyczyna naszej bezpłodności. Wtedy zainteresowaliśmy się naprotechnologią. Zaintrygowało nas, dlaczego poleca się ją jako alternatywę dla in-vitro. Kuracja okazała się dla nas wyzwaniem, trzeba było nauczyć się obserwacji cyklu, były spotkania z instruktorem. Później musieliśmy zmienić nasz styl życia, bo przeszliśmy na zaleconą nam dietę. Musiałam wykonywać regularnie co miesiąc badania hormonalne. Trudno nam też było wykonać badania mojego męża, bo nie chcieliśmy tego robić przez masturbację, tylko podczas współżycia, w czasie którego jest pobierane nasienie

do prezerwatywy. Kiedy udało się je zrobić, to okazało się, że mąż też wymaga leczenia. Była zastosowana antybiotykoterapia. Dowiedzieliśmy się od lekarza, że te antybiotyki, które mąż przyjmował mogą bardzo skutecznie wyniszczyć nasienie i zanim się ono odbuduje, to jakiś czas minie. Mieliśmy taką świadomość, że znów kolejne miesiące nam mijają. Ale nasze myślenie uległo zmianie. Dziecko przestało być naszym celem, tylko zaczęliśmy dbać o zdrowie. Stwierdziliśmy, że niepłodność nie jest chorobą, tylko jest to objaw różnych kłopotów zdrowotnych. To był dla nas sygnał, że mamy problemy z jakimiś chorobami z przeszłości i możemy je teraz wyprostować. Okazało się też, że płodność nie jest zero-jedynkowa, ale można na nią wpłynąć poprzez dbanie o swoje zdrowie, dietę, i dzięki temu ją podwyższyć, albo ją zmniejszyć przez zaniedbania.

In-vitro od początku nie było zgodne z naszym myśleniem o płodności, nie braliśmy go pod uwagę. Natomiast otrzymaliśmy duże wsparcie duchowe, które nas bardzo umocniło, od przyjaciół z naszej wspólnoty. Byliśmy też na spotkaniu z o. Bashoborą, który wspierał osoby z problemami niepłodności. Modliliśmy się za wstawiennictwem bł. o. Stanisława Papczyńskiego i św. Jana Pawła II. Oprócz tego, dużo też nam dało wsparcie psychologiczne. Byliśmy na warsztatach dla osób, mających problemy z poczęciem w Instytucie Rodziny. Wzięłam też udział w spotkaniach „Wielkie Chcenie”, które wsparło mnie emocjonalnie. To różnorakie wsparcie było tak samo ważne, jak leczenie medyczne. Mijały kolejne miesiące. Stwierdziliśmy, że to może jest sygnał od Pana Boga, że może mamy powołanie do adopcji dzieci, więc zgłosiliśmy się do ośrodka. Złożyliśmy wszystkie dokumenty, rozpoczęliśmy szkolenia. Wtedy poczęło się nasze dziecko. Nie mogłam w to uwierzyć. Przez całą ciążę brałam leki podtrzymujące ciążę. Właściwie dopiero uwierzyłam, gdy poczułam w brzuchu pierwsze ruchy naszego dziecka. Zanim przerwaliśmy procedurę adopcyjną, przeszliśmy w ośrodku kurs przygotowujący do rodzicielstwa. Po porodzie zaraz zapragnęliśmy następnego dziecka. I poczęło nam się kolejne. Uważamy, że nasza droga choć bardzo trudna, okazała się ważna dla nas, dla dojrzewania do rodzicielstwa.

Włodzimierz Wieczorek

Dziękujemy bardzo za opisanie własnej drogi, własnego doświadczenia, które pokazuje, że nie można tracić nadziei, trzeba się konsekwentnie modlić, a jednocześnie też nie ustawać w podejmowaniu konkretnych starań o ewentualną adopcję.

Dyskusja

Krzysztof Haman

Pani Profesor wspomniała o tym, że często przyczyna niepłodności ma podłoże psychiczne. Chciałbym spytać, czy są badania dotyczące mechanizmów, w jaki sposób stres lub złe stosunki między małżonkami przekładają się na wyniki biologiczne, związane z niemożnością zajścia w ciążę?

Ewa Dmoch- Gajzlerska

Badan *stricte* naukowych, które by pozwoliły na ocenę tego, o co pan pyta, czy czynniki psychiczne przekładają się na czynniki biologiczne – takie badania nie były prowadzone. Prowadzone są niezależne badania w dwóch obszarach, czynników biologicznych i czynników psychicznych. Doskonałe byłoby takie badanie, o jakim pan mówi, gdzie czynniki psychiczne powinny być zbadane czynnikiem biologicznym. Natomiast to, co możemy powiedzieć dzisiaj: wiadomo, że stres, że zmiany psychiczne wpływają na gospodarkę hormonalną, czyli na biologię, która może w wyniku zablokowania psychicznego spowodować zaburzenia hormonalne, które zlikwidują na jakiś czas owulację. Inny przykład: czynnik psychiczny, taki jak choroba typu anoreksja czy bulimia, mogą powodować, że kobiety nie miesiączkują przez dłuższy okres.

Badania, o które pan pytał nie były prowadzone. Wnioskujemy tylko pośrednio, na podstawie wielu różnych przykładów, że czynniki psychiczne wywierają wpływ na czynniki biologiczne.

Katarzyna Jankowska

O kwestię poruszoną przez Pana profesora, trzeba by zapytać psychologa lub psychiatrę. To byłoby też bardzo dobre pytanie na egzamin dla lekarzy z endokrynologii. Stres powoduje wyrzut w przysadce mózgowej prolaktyny, która powoduje owulację. My z kolei jako lekarze endokrynologii możemy obniżyć poziom tej prolaktyny, dając odpowiednie leki, które regulują owulację, cykle stają się owulacyjne.

A druga sprawa, to w dzisiejszych czasach częstą przypadłością jest zespół wyczerpania nadnerczy, charakterystyczny dla osób, które żyją w stanie przewlekłego stresu. Mam sporo pacjentek, które przybiegają na wizytę o godzinie 20, z teczką w ręce, prosto z pracy. To są kobiety aktywne zawodowo i mało jest miejsca w ich życiu na dziecko, ale starają się o nie. Jest taki hormon *thdas*, to jest hormon wydzielany przez nadnercza, który został znaleziony w płynie pęcherzyka owulacyjnego. Jest on potrzebny do dojrzewania

komórki jajowej. Jest też zwany hormonem młodości, bo stężenie tego hormonu obniża się z wiekiem i bardzo wiele osób ma obniżony jego poziom. Hormon ten da się suplementować i oznaczyć oraz można dzięki niemu poprawić płodność. Oznaczenie tego hormonu wzięło się stąd, że w klinikach, w których przygotowywano pacjentki do zapłodnienia pozaustrojowego, w ramach badań klinicznych oznaczano różne hormony, między innymi również hormon thdas. Początkowo nie wiedziano, że ten hormon ma wpływ na płodność. U niektórych pacjentek ten hormon był obniżony, więc wtedy podawano go pacjentkom i one zachodziły w ciążę samoistnie bez procedury in-vitro. Dzięki takim przypadkom poznajemy biologię człowieka. Teraz wiadomo, że trzeba oznaczać prolaktynę i hormon thdas, czyli hormon nadnercza.

Krzysztof Haman

Jeszcze jedną sprawę chciałbym poruszyć. Argumenty wysuwane przeciwko procedurze in-vitro, nie zawsze są dobrze rozumiane. Natomiast wydaje mi się, że jest jeden argument, który ma szansę trafić do większej grupy ludzi. Mianowicie w niedostatecznym stopniu zwraca się uwagę na fakt, że metoda ta, zwłaszcza w wersji bezpośredniego wstrzykiwania plemnika do komórki jajowej, gwałci prawo dziecka do podmiotowości (to znaczy do bycia aktywną wartością samą w sobie, a nie jedynie biernym obiektem działania tzw. osób trzecich, realizujących w ten sposób jedynie własne cele) w kluczowym momencie jego istnienia i to niezależnie od tego, na jakim etapie jego rozwoju zaczynamy uważać go za człowieka. Prawo to, choć głęboko zakorzenione w chrześcijańskiej wizji człowieka, ale bardzo klarownie sformułowane przez Kanta (człowiek musi być traktowany jako cel sam w sobie, a nie jako narzędzie do celu – cytuję z pamięci) jest powszechnie akceptowane w naszym kręgu kulturowym, niezależnie od światopoglądu; chyba wręcz wchodzi w Deklarację Praw Człowieka. Argument ten ma więc pewne szanse trafić do osób, nie podzielających katolickiego punktu widzenia, dla których tezy o „niegodności” tej metody czy „prawie dziecka do poczęcia w akcie miłosego zjednoczenia rodziców” są mętne (niegodność) lub nieprzekonywujące (stan psychiczny lub emocjonalny rodziców w trakcie aktu może być bardzo różny, sami mogą nawet nie bardzo wiedzieć jaki). A argumenty natury medycznej na ogół można podważać (np. licząc na postęp medycyny lub wykazując błędy w rozumieniu sensu statystyki). Wprawdzie bywa, że rodzice nie bardzo liczą się z podmiotowością swoich naturalnie poczętych dzieci, ale to są pewne patologie, które dają się naprawić. Natomiast w zabiegu in-vitro jest to wpisane w sposób konieczny i nieodwracalny w jego istotę. Z własnego doświadczenia dyskutanta wiem, że wprawdzie nie zawsze jest to

dostrzegane (np. argument, że chore niemowlę leczy się, nie pytając je o zdanie), ale pewną wspólną płaszczyznę do dyskusji można czasem znaleźć. Bez niej argumenty obu stron będą się mijać i sama dyskusja będzie dość jałowa.

Włodzimierz Wieczorek

Bardzo ciekawą opinię w tej sprawie prezentuje Jürgen Habermas, niemiecki filozof i socjolog. Z pozycji człowieka niewierzącego argumentuje on o prawie do nienaruszalnego fundamentu tożsamości, które w procedurze in-vitro jest kwestionowane.

Krzysztof Haman

I jeszcze jedno. Metoda in-vitro z wykorzystaniem obcych gamet stwarza zagrożenie nieświadomym kazirodztwem, o czym już wspomiano. Natomiast nie wiele mówi się o tym, że osoby tak poczęte mają olbrzymie problemy psychiczne. Kilka lat temu były w „Dużym Formacie”, dodatku do Gazety Wyborczej wywiady z takimi osobami, które mówiły, że nie dają sobie rady ze swoją tożsamością i rozpaczliwie szukają informacji o swoich faktycznych, biologicznych rodzicach. Przy ewentualnej nowelizacji ustawy o in vitro trzeba zwrócić na to uwagę.

Ewa Dmoch- Gajzlerska

Chciałabym odnieść się do tego, co pan profesor powiedział. Zorganizowaliśmy konferencję 26 października. Niestety została ona oprotestowana przez studentów i przez kobiety. Dowiedziałam się, że nikt nie chce tego słuchać, nikt nie chce o tym rozmawiać. Trzy razy przenosiliśmy konferencję z miejsca na miejsce, dlatego, że był taki opór społeczny na temat rozmowy, właśnie z prawnikami z Uniwersytetów Wrocławskiego, Lubelskiego i Warszawskiego, jakie prawa ma dziecko nienarodzone. Abstrahując od części medycznej, prawnicy wypowiedzieli się, używając argumentów z poszczególnych artykułów Konstytucji i była to bardzo ciekawa dyskusja. Pan profesor ma rację. Ta droga jest najlepsza. Dlatego, że ta argumentacja jest oparta na twardych dowodach prawnych. Jeżeli tej argumentacji nie będzie, to wówczas wszystkie inne racje po części się rozmywają.

Nawiążę jeszcze do tego, o czym mówiła pani doktor, że w Niemczech jest jedna komórka jajowa, jeden plemnik i nie niszczy się zarodków. Niszczenie zarodków to jest niszczenie życia ludzkiego i teraz stworzono możliwość również adopcji zarodków. Funkcjonuje to już na świecie, choć jest to niszowa sprawa.

Krzysztof Haman

Należy podkreślić, że argument naruszenia podmiotowości dziecka jest niezależny od tego, jaki moment rozwoju płodu uznamy za początek człowieczeństwa.

Zofia Dłutek

Większość osób, które trafia do ośrodka adopcyjnego, jest po in-vitro i inseminacji. Adopcja jest dla nich ostatecznością. Natomiast psychologowie w ośrodku adopcyjnym muszą rozpoznać motywację. Czy dziecko adoptowane ma być ostatnią deską ratunku dla małżeństwa, które się rozpadnie, bo nie ma dziecka. Czy jak będzie dziecko, czy kobieta, która go pragnie ma świadomość, że musi przebudować swoje życie, i że dziecko nie może być wciśnięte w jej dotychczasowy plan dnia. Czy ona nie oczekuje, że jak przyjdzie do domu o 8 wieczorem i będzie chciała je wziąć na ręce, to ono powinno z radością wyciągnąć ręce i powiedzieć „mama”? Jeżeli ktoś przychodzi do nas, do ośrodka adopcyjnego i mówi, że w czerwcu robił in-vitro, ale już więcej nie zrobi i w lipcu chce się zgłosić, bo już dojrzał do adopcji – to mamy dużo wątpliwości. Co to znaczy dojrzeć do adopcji. Zastanawiamy się, jaka jest rzeczywista motywacja tego człowieka? Czy żal mu pieniędzy, które wyłożył na procedurę in-vitro, czy żal mu zdrowia, czy też naprawdę chce zmienić swoje życie? Podjęcie decyzji o adopcji to jest opłakanie również tego, że nie będę mieć biologicznego dziecka. Czasem się zdarzy, jak to już mówiono, że decyzja o adopcji zwalnia psychiczne blokady i kobieta zachodzi w ciążę, ale nie jest to częste.

Jak już mówiłam, dla nas w ośrodku ważna jest motywacja. Dlaczego pragnę mieć dziecko. Czy dla siebie, czy dla niego? Czy biorę to dziecko jako ostatnią deskę ratunku? Kto z nas chciałby być dla rodziców „ostatnią deską ratunku”? Nikt z nas nie chciałby być postrzegany jedynie jako „spoiwo” swojej rodziny, swoich rodziców.

Kiedy adoptowane dzieci dojrzejają, czasem nie mogą pogodzić się z tym faktem. Stawiają pytania ojcu czy matce: „czy adoptowałibyście mnie, gdybyście mogli począć własne dziecko?” Rodzice, o ile są dojrzały przyznają, że pewnie nie, ale na szczęście nie oni rządzą światem i dzięki temu „ty jesteś w naszej rodzinie”. Niestety nie wiele jest ludzi dojrzałych i na tak postawione pytanie zaperzają się i mówią różne przykre rzeczy typu: „gówniarzu, po co my cię wzięliśmy, żebyś nam teraz wypominał”.

Przygotowanie do adopcji trwa rok. W tym czasie przyglądamy się motywacji ludzi, którzy do nas przychodzą, bo my reprezentujemy dziecko, a nie dorosłych, choć oczywiście więcej mamy do czynienia z dorosłymi. Bardzo nam przykro odmawiać adopcji, ale musimy to robić, jeżeli motywacja jest nieprawidłowa, jeżeli obserwujemy, że małżonkowie nie mają

czasu dla siebie, nie rozmawiają ze sobą. Najpierw muszą to zmienić. Radzimy, aby uczestniczyli w warsztatach „Wielkie Chcenie”, lub pojechali na rekolekcje prowadzone przez „Spotkania małżeńskie”. Naszym obowiązkiem jest bronić interesu dziecka, które tam przyjdzie i potrzebuje większej uwagi, niż każde inne rodzone dziecko.

Katarzyna Jankowska

Ja się z tym zgadzam całym sercem. Rzeczywiście, to tak wygląda. Będąc lekarzem, nie mam prawa oceniać decyzji par, osób, które do mnie przychodzą się leczyć. Nigdy nie potępiam kogoś, kto zrobił in-vitro, raczej potępiłabym lekarzy, którzy ich skierowali na in-vitro. Te osoby weszły w tę procedurę dlatego, że jak mam nadzieję, bardzo chcą być rodzicami. Może nie trafili na lekarza, który by im pomógł w inny sposób. Rzeczywiście jest różnica w podejściu do problemu niepłodności między parami, które przychodzą do nas i chcą się leczyć według programu naprotechnologii. Są takie, które nigdy nie zrobiły inseminacji czy in-vitro i są takie, które zrobiły już trzy procedury inseminacji i trzy procedury in-vitro, bo tyle było refundowane przez NFZ. To są zupełnie inne pary, inaczej myślące. Cieszę się z jednych, jak i z drugich. Nigdy też nikomu nie obiecuję, że będzie dziecko, ani jednym, ani drugim. To nie ja jestem Panem Bogiem. Ta praca uczy mnie pokory. Przychodzą takie pary, które mają dobre wyniki, dobrą rezerwę jajnikową, dobry wynik badania nasienia, a dziecka nie ma. A są też takie pary, które mają ciężkie sytuacje, jest jeden jajnik, po leczeniu onkologicznym, jeden jajowód i jest ciąża i jest dziecko. Zawsze mówię, że dawcą życia jest Pan Bóg. Nigdy nie obiecuję, bo nie wiem, komu Pan Bóg dziecko da, a komu nie.

Kiedy przychodzi para po inseminacji lub in-vitro, nigdy ich nie potępiam, nigdy im nie mówię, że zrobili źle. Raczej się cieszę, że przyszli, dlatego że jest to okazja, żeby pokazać, że można inaczej. To jest trudna praca z takimi parami, bo one mają oczekiwania, jak w supermarkecie. Płacą za wizytę, płacą za zabiegi i chcą mieć dziecko. Jedna para przyszła na przykład i powiedziała, że fajnie byłoby, żeby w grudniu na święta mogli urodzić. Czuję presję z ich strony. Często widać wiele rzeczy już przed wywiadem. Są pary, które przychodzą zawsze razem, trzymają się za ręce. Widać tę więź między nimi. A są też pary, które się stale oskarżają. Przeważnie są to te, które poddały się in-vitro. Między nimi nie widać wsparcia. Mają jakieś sprawy między sobą niepokładane. Czas diagnozy i leczenia, to jest mój czas dla nich. Czasem jestem niezadowolona, jeśli oni szybko zajdą w ciążę, bo nie zdążymy obgadać pewnych problemów między nimi, które należałoby wyprostować, zanim dziecko się pojawi. Ciąża trwa 9 miesięcy, więc zawsze mam nadzieję, że to się jakoś poukłada, że Pan Bóg wie lepiej, jak ma być.

Elżbieta Mycielska-Dowgiałło

Niestety musimy kończyć. Ale jeszcze na koniec powiem takie optymistyczne świadectwo. Mianowicie razem z mężem współprowadziliśmy przez wiele lat rekolekcje dla małżeństw, które przygotowują się do adopcji dzieci. I zaczęliśmy liczyć ile par, które zaadoptowały pierwsze dziecko, potem zaszły w ciążę. Okazało się, że około 10% było takich przypadków, że kobiety zaszły w ciążę. To jest kwestia stresu. Tego nastawienia. Był taki przykład w naszej rodzinie. Małżeństwo mojego kuzyna w Kanadzie. Osiem lat nie mieli dzieci. Lekarz im powiedział „Jedźcie w tajgę kanadyjską na miesiąc”. Po powrocie okazało się, że ona jest w ciąży.

Powiem jeszcze jedną rzecz, którą myśmy bardzo silnie czuli w czasie prowadzenia wspomnianych rekolekcji. Kwestia więzi w małżeństwie. Dziecko adoptowane powinno wejść w rodzinę, która jest silnie ze sobą związana. W pierwszej kolejności kochający się rodzice, ale duże znaczenie ma też obecność więzi z dziadkami, wujkami, ciotkami czy kuzynami. W takiej rodzinie, w której dziecko czuje akceptację własnej osoby, czuje się bezpiecznie.

Na marginesie omawianych tutaj spraw chciałabym wspomnieć o doświadczeniu, które mieliśmy z moim mężem, współprowadząc rekolekcje dla narzeczonych. Jedna z par pytała nas, co mają zrobić. Rodzice dziewczyny, tak jak i chłopaka wybudowali domy z myślą, że młodzi po ślubie zamieszkają z nimi. Równocześnie jedni jak i drudzy rodzice skoncentrowani byli wyłącznie na swoich jedynakach, bez więzi w małżeństwie. Młodzi obawiali się, że ich rodzice się roziodą, jeżeli oni u nich nie zamieszkają. Myśmy im powiedzieli, że oni nie mają obowiązku brać odpowiedzialności za swoich rodziców, równocześnie kładliśmy duży nacisk w tych rekolekcjach na znaczenie budowania więzi między mężem i żoną od samego początku małżeństwa. Więzi ukierunkowanych nie tylko na dzieci, ale też na siebie wzajemnie. Paradoksalnie w takich rodzinach dzieci czują się najbezpieczniej.

Spisał z nagrania Marcin Borzęcki

C.d. wypowiedzi otrzymanych drogą korespondencyjną.

„Zamrożone” (artykuł, który ukazał się w „The Sun Herald” i został przetłumaczony przez **Mariannę Łacek** (Australia)

Nicole Madigan nie może zapomnieć o swoich pozostałych embrionach

Niełatwo wyrazić słowami moje uczucie do kogoś, kogo jeszcze nie spotkałam. Szczególnie jeśli w ogóle nie wiadomo czy będzie taka okazja. Czy jest to miłość? Tak, to jest coś w rodzaju miłości – to przywiązanie, szczególna łączność, a na pewno tęsknota.

Kiedy powiedziano nam, że jedyną możliwością posiadania dziecka może być tylko IVF (in-vitro), oboje z mężem podjęliśmy decyzję, aby rozpocząć ten proces natychmiast. Do tej pory zrobiliśmy już chyba wszystko, aby mieć dziecko. IVF jest procesem stopniowym. Najpierw zastrzyki hormonalne, dzięki którym będę mogła wyprodukować największą liczbę jajeczek. Potem następuje proces wydobycia ich i zapłodnienia. Potem trzeba czekać, aż po udanym procesie powstaną zdrowe embriony – większa ich ilość gwarantuje większe prawdopodobieństwo prawidłowej ciąży.

W naszym przypadku powstały 4 zdrowe blastocysty (pięciodniowe embriony). Jeden został wszczepiony do mojego ciała. Wszystko się udało za pierwszym razem – byłam w ciąży! Nasza radość nie miała granic. Pozostałe trzy embriony zamrożono, czekając, aż będziemy gotowi na kolejny proces. Dopiero kiedy mój synek Beau miał kilka miesięcy, dotarło do mnie to wszystko – i zaczęłam myśleć o tamtych pozostałych. Zdałam sobie sprawę, że Beau się urodził, ponieważ tamtego dnia embriolog wybrał właśnie jego embrion. Gdyby wybrał inny z czterech, miałabym zupełnie inne dziecko. Albo może nie miałabym dziecka wcale.

Zaczęło się we mnie rodzić uczucie niepewności. Było to poczucie winy, żal? Trudno powiedzieć. Co do jednego byłam pewna – chcę mieć więcej dzieci. Postanowienie, że wrócę do tej kliniki, dało mi na pewien czas uczucie spokoju. Kiedy 10 miesięcy później okazało się, że jestem w naturalnej ciąży, ta wiadomość chociaż bardzo radosna, nie była pozbawiona uczucia goryczy. Serce mi się krajało na myśl o tamtych, potencjalnych dzieciach, które czekają. Byłam zszokowana intensywnością moich sprzecznych uczuć.

Urodził się Bailey i pokochałam go bez granic. Życie toczyło się normalnym torem, a ja zajęta moimi dwoma chłopcami, nie miałam wiele czasu na nic innego. Jednak myśli o tamtych zamrożonych embrionach nie dawały mi spokoju i w najbardziej nieoczekiwanych momentach potrafiły uderzyć z niesamowitą intensywnością. Wraz z upływem czasu te myśli się nasilały. Kiedy Bailey miał już dwa latka, codzienny żal i tęsknota stawały się nie do wytrzymania. Musiałam coś z tym zrobić. Oczywiście nie ma żadnej pewności, że tamte embriony przetrwają, że utrzymają się, że doprowadzą do ciąży. W normalnych warunkach także powstaje pewna ilość embrionów, a tylko niewielka część z nich utrzymuje się, wzrastając jako dziecko. W naturalnych warunkach poczęcia nie zdajemy sobie z tego sprawy. Różnica z IVF polega na tym, że wiemy o istnieniu naszych embrionów i my musimy

podjąć decyzję, co z nimi zrobić. Po długiej dyskusji, pięć lat od czasu naszej pierwszej wizyty w klinice, zdecydowaliśmy się na podjęcie kolejnej próby. Ku naszemu zdumieniu pierwszy z rozmrożonych embrionów okazał się żywy – i byłam znowu w ciąży. Kiedy wiele miesięcy później, doktor podał mi w ramiona dziewczynkę, moje serce przepełniła miłość i wdzięczność. Ale zupełnie niespodziewanie poczułam także w sercu głębokie ukłucie – żal na myśl o tamtych dwu pozostałych.

Nie jestem sama w tego typu uczuciach. Badania wykazały, że u rodziców, którzy przeszli przez proces IVF, istnieje bardzo silny kontakt emocjonalny z pozostawionymi embrionami. Jest to uczucie, pojawiające się niespodziewanie. Niestety, bardzo rzadko się o tym rozmawia. Dla ludzi z zewnątrz decyzja jest prosta – albo je wszczepić matce albo nie. Ale dla wielu małżeństw ta decyzja jest o wiele bardziej złożona. Embriony zostają, bo niektórzy mogą mieć ich zbyt dużo i nie są w stanie przyjąć wszystkich, jako kolejne ciążę. Może nastąpić śmierć jednego z rodziców lub rozpad małżeństwa, rodziny mogą popaść w tarapaty finansowe a nawet nastąpić może rozbieżność opinii między małżonkami odnośnie całej procedury IVF.

Jeśli embriony nie zostaną wszczepione, pozostają dwie główne opcje: zniszczyć je, lub podarować innemu małżeństwu. Trzecia opcja, wykorzystanie embrionów do badań naukowych ma ograniczone zastosowanie, ponieważ istnieją prawne ograniczenia w tym zakresie.

Szkoda, ale kiedy wpada się z tego powodu w emocjonalny dołek, żadna z powyższych opcji wydaje się być nie do zaakceptowania. Niektóre małżeństwa decydują się na wszczepienie embrionów w niepłodnym okresie cyklu kobiety, zdejmując przynajmniej częściowo brzemień odpowiedzialności za ich obumarcie.

We Włoszech prawo chroni małżeństwa przed takim dylematem, zezwalając jedynie na stworzenie tylu embrionów, ile może być wszczepionych. W Australii, jak wskazuje moje doświadczenie, nie przywiązuje się do tego uwagi. Nie porusza się tego problemu z małżeństwami w początkowej fazie procesu, kiedy jedynym celem dwojga ludzi jest tylko posiadanie dziecka. Wiele osób pozostawionych jest samym sobie, aby uporać się z tym ogromnym emocjonalnym dylematem, co zrobić z zamrożonymi embrionami. Niektórzy, aby uniknąć podejmowania jakiegokolwiek rozstrzygnięcia, decydują nawet się na całkowite zerwanie kontaktu z kliniką, zostawiając tam na zawsze swoje zamrożone embriony.

Moja córeczka – Lee Rose ma teraz roczek. Po raz kolejny kocham moje dziecko bez pamięci, razem ze starszymi chłopczykami, są dla mnie całym światem. W dalszym jednak ciągu nie mogę poradzić sobie z emocjonalnym dołkiem. I jak poprzednio, znowu uzyskuję

namiastkę komfortu myśląc, że być może odwiedzę znowu klinikę, aby natura sama zdecydowała o przyszłości tamtych dwojga, zamrożonych.