**SZTUCZNE ZAPŁODNIENIE**

SZTUCZNE ZAPŁODNIENIE - zastosowanie różnych metod medyczno-technicznych w celu zapłodnienia komórki jajowej nasieniem męskim i uzyskania poczęcia życia ludzkiego w inny sposób niż poprzez stosunek płciowy mężczyzny i kobiety. Powstanie i rozwój technik sz.z. jest ściśle związany ze zjawiskiem niepłodności, dotykającym coraz większej ilości małżeństw, szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych. Do najczęstszych przypadków klinicznych kwalifikujących się do sz.z. należą: niedrożność jajowodów, problemy immunologiczne (gdy organizm kobiety wytwarza przeciwciała niszczące plemniki), oligospermia (zbyt mała ilość prawidłowych fizjologicznie plemników w ejakulacie), nieregularne jajeczkowanie.

1. RYS HISTORYCZNY Pierwszego sz.z. dokonano pod koniec lat 70. XX w, kiedy dwaj angielscy naukowcy, R.G. Edwards i P.C. Steptoe, doprowadzili do poczęcia → embrionu ludzkiego w warunkach laboratoryjnych oraz jego implantacji w organizmie matki. W wyniku przeprowadzonego zabiegu, 25 VII 1978 r. w Royal Hospital w Oldham k. Manchesteru przyszła na świat Louise Brown - pierwsze w historii „dziecko z probówki". W następnych latach w wielu innych krajach podjęto próby mające na celu doprowadzenie do powstania ludzkich embrionów w warunkach pozaustrojowych i do uzyskania ciąży, a następnie urodzenia dziecka. Np. we Włoszech i w Australii dokonano tego w 1980 r., a we Francji - w 1982 r. W Polsce pierwsze „dziecko z probówki" urodziło się w 1987 r. w Instytucie Ginekologii i Położnictwa prof. Mariana Szamatowicza w Białymstoku; obecnie zabiegów dokonuje się w ok. 30 ośrodkach na terenie całego kraju. Oblicza się, że w skali całego świata ponad 1 min dzieci urodziło się wskutek zastosowania jednej z metod wspomaganej prokreacji.

2. OPIS MEDYCZNY Metody sz.z. dzielą się na dwie grupy: pozaustrojowe (in vitro) oraz wewnątrzustrojowe (sztuczna inseminacja, sztuczne unasienienie; w kręgach medycznych używa się także określenia in vivo). Podstawą podziału jest miejsce dokonania zapłodnienia; w pierwszym przypadku zachodzi ono poza organizmem kobiety (w probówce; in vitro - „w szkle"), zaś w drugim - wewnątrz jej układu rozrodczego (in vivo - „na żywo").   
SZTUCZNE ZAPŁODNIENIE POZAUSTROJOWE. Sz.z. pozaustrojowe (in vitro; FIVET - ang. fertilizatio in vitro and embryo transfer) polega na doprowadzeniu do zapłodnienia komórki jajowej poza organizmem kobiety poprzez zastosowanie jednej z kilkunastu odmian tej metody. W najczęściej stosowanym przypadku cały proces sz.z. rozpoczyna się od hormonalnej stymulacji jajników w celu uzyskania tzw. hiperowulacji, czyli produkcji przez jajniki kobiety kilku (zwykłe 6-8) dojrzałych komórek jajowych w jednym cyklu. Po kilkudniowym pobycie kobiety w szpitalu pobiera się od niej oocyty w stadium pełnej dojrzałości. Dokonuje się tego za pomocą jednej z dwóch metod. W pierwszej znieczula się pacjentkę i przy użyciu laparoskopu obserwuje się oba jajniki w celu wykrycia pęcherzyków zdolnych do pobrania. Następnie wprowadza się igłę do każdego z dojrzałych oocytów, po czym wysysa sieje za pomocą strzykawki bądź pompki próżniowej. W drugiej metodzie igła wprowadzana jest do jajników pod kontrolą obrazu USG. Metodę tę stosuje się coraz częściej, przy czym samo pobranie oocytów może się odbyć bądź przy użyciu sondy wprowadzanej od zewnątrz przez pochwę kobiety, bądź przy zastosowaniu sondy brzusznej. Pobrane komórki jajowe natychmiast przenosi się do odpowiedniego roztworu w probówce, zbliżonego do naturalnego. Równolegle pobiera się od mężczyzny nasienie, które zostaje odpowiednio przygotowane (przepłukuje się je i rozcieńcza roztworem soli). Ok. 3 godziny od momentu punkcji jajnikowej łączy się komórki jajowe z plemnikami, zaś 19 godzin później dokonuje się analizy i oceny, czy cały zabieg doprowadził do zapłodnienia. W przypadku pozytywnym zygoty zostają pobrane i umieszczone w nowym środowisku, pozbawionym plemników, w którym pozostają przez następny dzień. Po około 42-52 godzinach od momentu zapłodnienia 2, 3 lub 4 zarodki, w stadium 2-4 blastomerów, przenosi się do jamy macicy. Pozostałe zarodki bądź zamraża się w celu ewentualnych dalszych prób sz.z., bądź niszczy, bądź też wykorzystuje do innych celów, np. do → eksperymentów medycznych. Obecnie istnieje wiele odmian opisanej metody, np.:   
1° PROST (Pronudeated Stage Transfer) - zarodki w stadium 2-4 komórek (ok. 48 godzin po zapłodnieniu) przenosi się od strony szyjki macicy;   
2° ZIFT (Zygotę Intrafallopian Transfer) - metoda analogiczna do PROST, jednakże transfer zygot odbywa się przez ujście brzuszne jajowodu;   
3° TET (Tubal Embryo Transfer) - zapłodnione zarodki przenosi się za pomocą laparoskopu do ujścia brzusznego jajowodu już 24 godziny po zapłodnieniu (w stadium zygoty, w którym widoczne są przed-jądrza);   
4° TV-TEST (Trans Vaginal Tubal Embryo Stage Transfer) - zabieg analogiczny do TET, jednakże zarodki przenosi się od strony szyjki macicy.   
W niektórych przypadkach - np. gdy plemnik nie może przedostać się przez osłonkę przejrzystą (zona pelllcula) wokół komórki jajowej -wykonuje się dodatkowo mikromanipulacje wspomagające. W grupie tej wyróżnia się m.in. następujące metody:   
1° PZD (Partial Zone Dissection) - wykonuje się mały otwór w osłonce przejrzystej,   
2° SUZI (Subzonal Insemina-tion) - umieszcza się jeden lub kilka plemników między osłonką przejrzystą a błoną komórkową oocytu,   
3° ICSI (Intracytoplasmatic Sperm lnjection) - pojedynczy plemnik zostaje wprowadzony bezpośrednio do cytoplazmy komórki jajowej.

SZTUCZNE ZAPŁODNIENIE WEWNĄTRZUSTROJOWE. Sz.z. wewnątrz ustrojowe (sztuczna inseminacja) polega na wprowadzeniu wcześniej pobranej od mężczyzny spermy w żeńskie organy rozrodcze w celu dokonania zapłodnienia komórki jajowej. W najczęściej stosowanej metodzie GIFT (Gametes Intrafallopian Transfer) plemniki wprowadza się za pomocą laparoskopu do jajowodu kobiety, gdzie następuje zapłodnienie komórki jajowej. Warunkiem powodzenia tej metodyjest drożność przynajmniej jednego jajowodu. Oprócz metody GIFT do częściej stosowanych metod sztucznej inseminacji należą:   
1° FREDI (Fallopian Replacement of Eggs with Delayed Insemination) -dojrzałe komórki jajowe pobiera się z jajników za pomocą laparoskopu i umieszcza w jajowodzie, po czym doprowadza się plemniki do macicy drogą przezpochwową,   
2° POST (Peritoneal Oocytes and Sperm Transfer) - gamety męskie i żeńskie wstrzykiwane są do jamy otrzewnej, zaś po zapłodnieniu zarodki trafiają do ujścia brzusznego jajowodu i przemieszczają się do macicy,   
3° TOAST (Transcenical Oocyte and Sperm Transfer) - uzyskane gamety męskie i żeńskie wprowadzane są równocześnie przez szyjkę do macicy.

3. ASPEKTY ETYCZNE Techniki sz.z. niosą ze sobą wiele poważnych dylematów moralnych, których główna oś prze chodzi na styku dwóch fundamentalnych praw: z jednej strony prawa rodziców do poczęcia i posiadania potomstwa, a z drugiej - prawa dziecka do → życia, integralności cielesnej i poczęcia w → akcie małżeńskim. Oprócz tego do pełnej oceny etycznej należy uwzględnić wystąpienie różnych okoliczności towarzyszących poszczególnym metodom, np.: udział osób trzecich w poczęciu nowego życia, sposób uzyskiwania spermy, eugeniczne ingerencje w gamety męskie i żeńskie przed zapłodnieniem oraz w zygoty przed ich implantacją, zagrożenia dla → zdrowia matki spowodowane hormonalną stymulacją jajników, itp. Dla oceny etycznej metod wspomaganej prokreacji istotne jest także uwzględnienie dawców komórek rozrodczych. Z tego względu zarówno sz.z. pozaustrojowe, jak i wewnątrzustrojowe dzieli się na homologiczne (gdy gamety pochodzą od małżonków) oraz heterologiczne (kiedy przynajmniej jedna z komórek płciowych pochodzi od dawcy różnego od małżonków).   
OCENA MORALNA SZTUCZNEGO ZAPŁODNIENIA HOMOLOGICZNEGO   
**Prawo rodziców do poczęcia i wychowania potomstwa**. „Małżeństwo i miłość małżeńska z natury swej skierowane są ku płodzeniu i wychowywaniu potomstwa. Dzieci też są najcenniejszym darem małżeństwa i rodzicom przynoszą najwięcej dobra" (KDK 50). Niemożność poczęcia dziecka jest prawdziwym dramatem małżonków i stanowi istotny brak w ich wzajemnym związku. Jest również przyczyną głębokich kryzysów, jakie nieraz dotykają niepłodne pary małżeńskie. Zrozumiałe są więc wysiłki lekarzy, którzy pragną ulżyć w ich ciężkim doświadczeniu i przyjść ze skuteczną pomocą techniczną w celu wydania na świat upragnionego potomstwa. Z drugiej strony powstaje moralny dylemat, czy prawo do urodzenia i wychowania dzieci jest absolutne i usprawiedliwia użycie wszelkich metod w celu uzyskania zamierzonego poczęcia. Do całościowej odpowiedzi wymagane jest uwzględnienie także podstawowych praw dziecka.   
**Prawo dziecka do bycia poczętym w akcie zjednoczenia miłości małżonków.** „Osoba ludzka powinna być przyjęta w akcie jedności i miłości swoich rodziców; dlatego zrodzenie dziecka powinno być owocem ich wzajemnego oddania się, które realizuje się w akcie małżeńskim, przez który małżonkowie współpracują z dziełem miłości Stwórcy jako słudzy, a nie władcy" (DV II, B.5). Etyka personalistyczna proweniencji chrześcijańskiej uznaje zatem akt małżeński za właściwe i jedyne miejsce → przekazywania życia ludzkiego. Zarówno w przypadku sz.z. pozaustrojowego, jak i sztucznej inseminacji warunek ten nie zostaje spełniony. Przekaz życia ludzkiego nie może być ograniczony jedynie do sfery czysto biologicznej, gdyż stanowi niejako nowy akt stworzenia człowieka - bytu będącego nierozerwalną jednością psychofizyczną i powołanego do nieśmiertelności. W akcie tym małżonkowie współpracują z Bogiem - pierwszym źródłem i dawcą życia - i winni uszanować te prawa, jakie wpisał On w naturę aktu małżeńskiego. Metody wspomaganej reprodukcji prowadzą do technicyzacji ludzkiej prokreacji. Widoczne to jest chociażby w określaniu ich częściej terminem „reprodukcja" niż „pro-kreacja", co wskazuje bardziej na jakiś rodzaj produkcji niż współpracy człowieka z Bogiem w stworzeniu (pro-creatio) nowego człowieka. Poważnym dylematem etycznym jest tutaj udział osób „trzecich" (lekarzy), w których rękach złożone zostaje ludzkie życie. Nowa osoba zawdzięcza swe istnienie ich technicznym umiejętnościom oraz. zastosowaniu biotechnologicznego procederu. Czynniki te powodują, ze omawiane tu prawo dziecka do bycia poczętym w akcie zjednoczenia miłości małżonków zostaje zanegowane. Takie stechnicyzowanie ludzkiej prokreacji stanowi zbyt głęboką ingerencję w strukturę aktu małżeńskiego i w przekaz ludzkiego życia, co decyduje o niemożności jego moralnego zaakceptowania. Sz.z. sprzeciwia się także godności dziecka, które nie może być traktowane przedmiotowo jako coś, co się małżonkom absolutnie należy. „Dziecko [...] jest darem. Nie może być uważane za przedmiot własności, za coś, do czego prowadziłoby uznanie rzekomego prawa do dziecka" (KKK 2378).   
**Prawo dziecka do życia i integralności cielesnej**. Metody sz.z. pozaustrojowego niosą ze sobą bardzo poważne zagrożenie życia ludzkich embrionów i w wielu przypadkach wprost przyczyniają się do ich uśmiercenia. Dotyczy to najpierw embrionów implantowanych do macicy (2-4), których szansę na przeżycie i rozwinięcie się w prawidłowy płód ludzki ocenia się na ok. 15-20% (w warunkach naturalnych prawdopodobieństwo to szacuje się na ok. 60-70%). Oznacza to, iż zdecydowana większość ludzkich zarodków ulega obumarciu w początkowych fazach rozwojowych, zaś tylko nieliczne są w stanie przeżyć i rozwinąć się. O wiele mniej szans na przeżycie mają zarodki nie implantowane (3-5). W ok. połowie klinik prowadzących program in vitro zamrożonych zostaje 75% zarodków ludzkich, które następnie zostają umieszczone w specjalnych bankach zygot. Mogą tam być przechowywane przez okres nawet kilku lat, a następnie użyte do ponownych zabiegów sz.z., gdyby pierwsza próba zakończyła się niepowodzeniem. Zabiegi za- i odmrażania przeżywa ok. 3/4 zarodków ludzkich. W wielu krajach (np. w Polsce) nie istnieją przepisy prawne regulujące, jak długo można przechowywać zygoty ludzkie w stanie hibernacji, dlatego utrzymuje się je także po śmierci rodziców. Z kolei prawo angielskie nakazuje „zlikwidowanie" zamrożonych embrionów po 5 latach; niekiedy zostają one przekazane innym niepłodnym parom lub też kobietom pragnącym samotnie wychować swoje dziecko. W niektórych ośrodkach zarodki „nadliczbowe" są niszczone wprost lub poprzez wykorzystanie ich do eksperymentów naukowych, badań genetycznych, embriologicznych lub poszukiwań nowych form leków. W skali ogólnej oblicza się, że na urodzenie jednego dziecka poczętego metodą in vitro przypada ok. 90 zniszczonych zarodków. Wspomniane praktyki budzą poważne dylematy etyczne, gdyż stanowią pogwałcenie praw embrionu ludzkiego, któremu chrześcijański personalizm przypisuje status osoby z wszelkimi przysługującymi jej prawami, w tym z podstawowym prawem do życia i integralności cielesnej : „Istota ludzka winna być szanowana -jako osoba - od pierwszej chwili swego istnienia" (DVI.l).   
**Okoliczności sztucznego zapłodnienia.**Istotnym faktem, jaki należy uwzględnić w celu uzyskania pełnej oceny moralnej metod sz.z., jest sposób uzyskania spermy, mianowicie → masturbacja, która „jest aktem wewnętrznie i poważnie nieuporządkowanym. Zasadnicza podstawa tej prawdy leży w tym, że bez względu na motyw działania, świadomy i dobrowolny użytek władzy seksualnej poza prawidłowym współżyciem małżeńskim w sposób istotny sprzeciwia się jej celowi" (PH 9). Uwzględnić także należy zagrożenia dla zdrowia matki, która poddaje się zabiegowi sz.z. Ryzykowne okazuje się wywołanie hormonalnej stymulacji poprzez podanie gonadotropiny HMG (niebezpieczeństwo stymulacji nadmiernej ilości pęcherzyków jajnikowych oraz nagromadzenia się płynu w jamie brzusznej i klatce piersiowej) oraz częsta laparoskopia (ryzyko zrostów w powłoce brzusznej). Ponadto poważną komplikacją jest możliwość wystąpienia ciąży pozamacicznej, jajowodowej, której ryzyko określa się na ok. 5%. Niektórzy moraliści przytaczają także tzw. argument równi pochyłej, który mówi, że aprobata metod sz.z. stanowi punkt wyjścia do wielu niebezpiecznych praktyk w biomedycynie, takich jak eugeniczne modyfikacje ludzkich gamet i zygot, manipulowanie materiałem genetycznym człowieka, itp. Techniki sz.z. nie zakładając priori użycia wspomnianych zabiegów, niemniej otwierają drzwi do wielu nadużyć, których skutki obecnie są trudne do przewidzenia. Szczególnie widoczne jest to w odniesieniu do coraz częstszej selekcji eugenicznej embrionów, dokonywanej w wyniku niepomyślnej → diagnostyki preimplantacyjnej. Z tej racji „Kościół jest przeciwny, z moralnego punktu widzenia, sztucznemu zapłodnieniu homologicznemu w probówce. Jest ono samo w sobie niegodziwe i sprzeczne z godnością rodzicielstwa oraz jednością małżeńską, nawet wówczas, gdyby zrobiło się wszystko dla uniknięcia śmierci embrionu ludzkiego" (DV II B 5).

OCENA MORALNA SZTUCZNEJ INSEMINACJI HOMOLOGICZNEJ. W przeprowadzeniu etycznej oceny sztucznej inseminacji homologicznej należy uwzględnić kilka okoliczności, które zdają się przemawiać za jej bardziej pozytywną oceną moralną niż w przypadku technik in vitro. Istotnym momentem jest fakt, że do zapłodnienia dochodzi wewnątrz organizmu matki (in vivo), podobnie jak ma to miejsce w poczęciu naturalnym. Po drugie, przy użyciu tej metody nie dochodzi do tworzenia embrionów „nadliczbowych"; odpada zatem problem zamrażania zygot, narażania ich na niewspółmierne niebezpieczeństwo zniszczenia czy przeznaczenia do celów czysto utylitarnych, jak eksperymenty medyczne lub produkcja leków. Automatycznie niemożliwe staje się przeprowadzenie diagnozy preimplantacyjnej; również argument równi pochyłej traci swoją moc przekonywującą. Po trzecie, zdrowie matki nie zostaje narażone na szwank, gdyż w zabiegu tym nie stosuje się hormonalnej stymulacji jajników w celu uzyskania hiperowulacji. Znika zatem szereg kontrowersyjnych etycznie kwestii, jakie towarzyszą zastosowaniu metod sz.z. pozaustrojowego. Pozostają wszakże dwa dylematy moralne: rozdział dwóch znaków i celów aktu małżeńskiego (jakim jest wzajemna miłość małżonków i otwarcie się na poczęcie nowego życia) oraz problem sposobu uzyskania spermy drogą masturbacji. Dlatego głos Kościoła w tej kwestii stwierdza: „sztuczna inseminacja zastępująca akt małżeński jest niegodziwa z powodu dobrowolnego rozdzielenia dokonanego między dwoma znaczeniami aktu małżeńskiego. Masturbacja, dzięki której osiąga się spermę, jest innym znakiem takiego rozdziału. Również wtedy, gdy jest podjęty w celu przekazywania życia, akt ten jest pozbawiony swojego znaczenia jednoczącego: brakuje mu stosunku płciowego wymaganego przez porządek moralny, stosunku, który urzeczywistnia się w kontekście prawdziwej miłości, integralnego sensu wzajemnego oddania i rodzicielstwa ludzkiego" (DV II B 6).  
PROBLEMATYKA ETYCZNA ZWIĄZANA ZE SZTUCZNYM ZAPŁODNIENIEM HETEROLOGICZNYM. W sztucznym zapłodnieniu heterologicznym - zarówno wewnątrz-, jak i zewnątrzustrojowym - pojawiają się te same dylematy etyczne, jak w opisanym powyżej zapłodnieniu homologicznym (mamy tu bowiem do czynienia z tymi samymi technikami reproduktywnymi), jednakie pojawia się nowa okoliczność, która zasadniczo przyczynia się do negatywnej oceny etycznej tego zabiegu. Jest nią fakt wykorzystania do zapłodnienia gamet pochodzących od przynajmniej jednej osoby spoza małżeństwa w przypadku, gdy u któregoś z małżonków istnieje niemożność wyprodukowania prawidłowych komórek rozrodczych. Takie uciekanie się do komórek płciowych osób „trzecich" sprzeciwia sięjedności i wierności małżonków, która „domaga się, by dziecko było poczęte w małżeństwie; związek istniejący między małżonkami udziela im, w sposób obiektywny i niezbywalny, wyłącznego prawa do stania się ojcem i matką jedynie dzięki sobie" (DV IIA 2). Użycie gamet anonimowych dawców do zapłodnienia stanowi także pogwałcenie godności dziecka, które ma prawo być poczęte i narodzone w małżeństwie. W wyniku tych praktyk dochodzi do zaburzeń podstawowych relacji rodzinnych, gdyż dziecko nie jest genetycznie potomkiem swoich rodziców (przynajmniej jednego z nich), lecz anonimowych dawców komórek. W skrajnych przypadkach może ono nie mieć żadnej więzi biologicznej z prawnymi rodzicami. „Sztuczne zapłodnienie heterologiczne narusza prawa dziecka, pozbawiając je synowskiej relacji do pochodzenia rodzinnego i może utrudnić kształtowanie się jego tożsamości osobowej" (DVII A2). Szczególnymi odmianami sz.z. heterologicznego są praktyki → macierzyństwa zastępczego, implantacji zarodków w łonach samotnych kobiet czy też po śmierci jednego z małżonków. Zastosowanie tych sposobów sztucznej prokreacji stanowi „urzeczowienie" dziecka, które traktowane jest jak towar, przedmiot kontraktu i środek służący zaspokojeniu pragnień rodziców. Należy jednak zaznaczyć, że „chociaż nie można aprobować sposobu, przez który dokonuje się poczęcie ludzkie w FIVET, każde dziecko przychodzące na świat ma być przyjęte jako żywy dar dobroci Bożej i wychowane z miłością" (DV II B 5). Oznacza to, że dziecko takie posiada pełne prawa przysługujące każdej osobie ludzkiej i nie może być przedmiotem żadnej dyskryminacji moralnej, prawnej czy religijnej (np. nie można odmawiać mu chrztu czy też pełnego uczestnictwa w życiu Kościoła).   
ETYCZNIE AKCEPTOWALNE METODY LECZENIA NIEPŁODNOŚCI. Kościół rozumie cierpienie i prawdziwy dramat małżonków którzy nie mogą mieć dzieci i w tym ciężkim doświadczeniu pragnie przyjść im z pomocą. Postuluje poszukiwanie takich sposobów uzyskania przez małżonków upragnionego potomstwa, które by czyniło zadość podstawowym imperatywom moralnym w tej kwestii. Proponuje więc rozwiązanie tego dylematu poprzez zastosowanie tzw. wspomagania przy poczęciu, adopcję oraz różne formy rodzicielstwa zastępczego. Wspomaganie przy poczęciu polega na zastosowaniu takiego środka technicznego, który nie zastępuje aktu małżeńskiego, lecz jedynie pomaga w osiągnięciu jego naturalnego celu, jakim jest zapłodnienie i poczęcie dziecka. Obecnie istnieje kilka takich metod, które na ogół nie budzą moralnych kontrowersji, np. LTOT (Low Tubal Ovum Transfer), która jest metodą stosowaną podczas niepłodności kobiety spowodowanej zrostami lub uszkodzeniem jajowodów. Dojrzałą komórkę jajową przenosi się za pomocą laparoskopu poza przeszkodę zrostową i umieszcza się w trąbce jajowodu. Następnie małżonkowie doprowadzają do zapłodnienia i poczęcia nowego życia poprzez naturalny akt seksualny. Innym sposobem jest zastosowanie środków farmakologicznych w przypadku niemożności osiągnięcia wzwodu przez mężczyznę. „Jeśli środek techniczny ułatwia akt małżeński lub pomaga osiągnąć jego naturalny cel, może być uznany za moralnie godziwy" (DV II B 6). Adopcja, jak i różne formy dzieł wychowawczych, pomoc innym rodzinom, dzieciom ubogim lub upośledzonym są formą rodzicielstwa zastępczego. Nie stanowią one wprost alternatywnej metody uzyskania dziecka, które byłoby biologicznym potomkiem rodziców, jednak mogą być satysfakcjonującym rozwiązaniem przezwyciężenia dramatu niepłodności małżonków. We współczesnym świecie praktyki przyjęcia dzieci opuszczonych czy osieroconych są wspaniałym urzeczywistnieniem przykazania miłości bliźniego oraz świadectwem ogólnego międzyludzkiego pokrewieństwa, opartego na posiadaniu jednego Ojca (por. DV II B 8).

4. GŁOS KOŚCIOŁA Na temat sztucznej inseminacji i sz.z. heterologicznego: „Techniki, które powodują oddzielenie rodzicielstwa wskutek interwencji osoby spoza małżeństwa (oddawanie spermy lub jaja, macierzyństwo zastępcze), są głęboko niegodziwe. Techniki te naruszają prawo dziecka do urodzenia się z ojca i matki, których zna i którzy połączeni są węzłem małżeńskim" (KKK 2376). Na temat sztucznej inseminacji i sz.z. homologicznego: „Techniki te praktykowane w ramach małżeństwa są być może mniej szkodliwe, jednakże pozostają one moralnie niedopuszczalne. Powodują oddzielenie aktu płciowego od aktu prokreacyjnego. Akt zapoczątkowujący istnienie dziecka przestaje być aktem, w którym dwie osoby oddają się sobie nawzajem. Oddaje on życie i tożsamość embrionów w ręce lekarzy i biologów, wprowadza panowanie techniki nad pochodzeniem i przeznaczeniem osoby ludzkiej. Tego rodzaju panowanie samo w sobie sprzeciwia się godności i równości, które winny być uznawane zarówno w rodzicach, jak i w dzieciach" (KKK 2377).

LITERATURA DV; KPSZ 21-34; KKK 2374-2379. W. Bołoz, Zycie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne, Warszawa 1997; B. Chyrowicz, Bioetyka i ryzyko, Lublin 2000; J. Gadzinowski, L. Pawelczyk, J. Wiśniewski (red.), Dawanie życia. Problemy wspomagania rozrodu człowieka, Poznań 2003; S. Kornas, Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej, Częstochowa 1986; J. Kowalski, Ewngelium vitae i etyka katolicka o zapłodnieniu pozaustrojowym, (w:) A. Młotek, T. Reroń, Życie - dar nienaruszalny. Wokół Encykliki Emngelium vitae, Wrocław 1995; A. Muszala, Medycyna a globalizacja, Kraków 2003; S. Olejnik, Etyka lekarska, Katowice 19952; T. Ślipko, Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki, Kraków 19942.

Andrzej Muszala (Encyklopedia bioetyki)