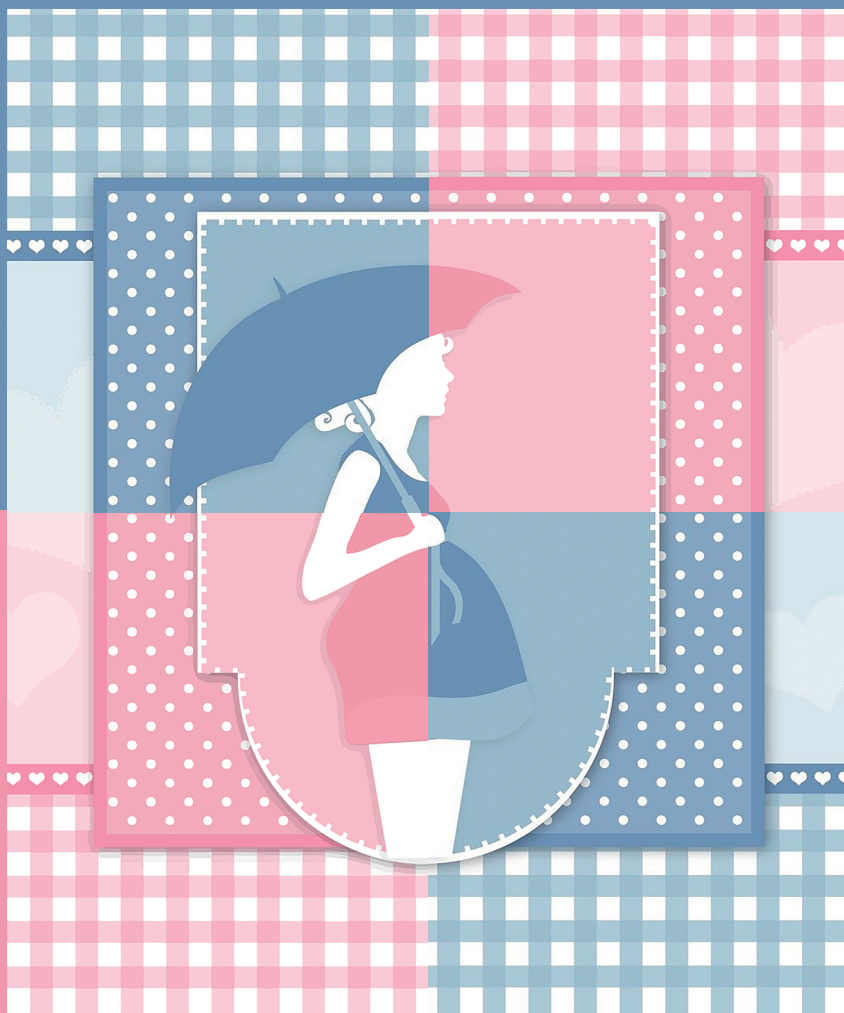


# Naprotechnologia — cicha rewolucja



ks. Szczepan Szpoton CM



Naprotechnologia  
—  
cicha rewolucja



# Naprotechnologia – cicha rewolucja

ks. Szczepan Szpoton CM

Kraków 2021

Recenzje wydawnicze

Maria E. Konecka, NFPMC

prof. Krzysztof Bieliński CSsR, Akademia Alfonsjańska

ks. dr hab. Tomasz Kraj, prof. UPJPII

Redakcja językowa

Katarzyna Kastelik

Projekt okładki oraz redakcja techniczna

Justyna Kastelik

Ilustracja na okładce

Obraz OpenClipart-Vectors z Pixabay

Projekt finansowany z dotacji na utrzymanie potencjału badawczego  
Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie przyznanej  
przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w roku 2020.

Copyright © 2021 by Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

ISBN 978-83-7438-965-5 (wersja drukowana)

ISBN 978-83-7438-966-2 (wersja online)

DOI: <http://dx.doi.org/10.15633/9788374389662>

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Wydawnictwo Naukowe

30-348 Kraków, ul. Bobrzyńskiego 10

tel. (12) 422 60 40, e-mail: [wydawnictwo@upjp2.edu.pl](mailto:wydawnictwo@upjp2.edu.pl)

[www.ksiegarnia.upjp2.edu.pl](http://www.ksiegarnia.upjp2.edu.pl)

Druk

Agencja Reklamowa

Studio-eM

ul. Makuszyńskiego 18

31-752 Kraków

# Przedmowa

28 lutego 2020 r., Rzym

Przenikliwy mistrz, jakim był Wilhelm z Saint Thierry (1085–1148), napisał słowa, których sens i prawdę głęboko odczuwamy również w naszych czasach: „Jeśli rozum poucza miłość, a miłość przyświeca rozumowi, jeśli rozum przemieni się w miłość, a miłość podda się granicom, które wytycza rozum, wówczas mogą one dokonać rzeczy wielkich”<sup>1</sup>. Czym są owe „rzeczy wielkie”, które możemy dokonywać i w których możemy uczestniczyć? Myślę, że największym, najpiękniejszym i najważniejszym zadaniem człowieka na ziemi jest dar przekazywania nowego życia i wzięcia odpowiedzialności za to nowe, rodzące się życie, jako wielkoduszny i bezwarunkowy dar z siebie ofiarowany drugiej osobie, którą kocham i szanuję. Dar nowego życia stanowi owoc oblubieńczej, wiernej i ekskluzywnej miłości, która potrafi wybierać tylko dobro dla drugiej, kochanej osoby w sposób całkowicie wolny, nie obawiając się zbytnio ewentualnych wyrzeczeń, poświęceń i trudów. W tym kontekście mówimy wprost o cudzie życia, o czym mówią i jakiego doświadczają szczęśliwi rodzice, stwierdzając, że w nich i przez nich dokonuje się coś niezwykłego, niezapomnianego i cudownego. Żadne zdobywcze techniki nie zastąpią aktu miłości dwojga małżonków, będącego znakiem największej tajemnicy, która czyni ich współuczestnikami i kontynuatorami dzieła stworzenia<sup>2</sup>.

Rozwój nauk biologicznych i medycznych, niezwykle i szybki postęp technologii medycznej stworzyły nowe możliwości pomocy ludziom chorym i cierpiącym. W zakresie prokreacji ludzkiej pojawiły się nowe i efektywne metody terapeutyczne zapobiegania wadom rozwojowym, precyzyjnej oceny rozwoju

---

<sup>1</sup> G. de Saint-Thierry, *De natura et dignitate amoris*, 21, 8, w: *Opera didactica et spirytualia*, red. S. Ceglar – P. Verdeyen, Brepols, Turnhout 2003.

<sup>2</sup> Por. Benedykt XVI, *Przemówienie podczas sesji z okazji 40. rocznicy ukazania się encykliki Pawła VI Humanae Vitae*, Papieski Uniwersytet Laterański, Rzym, 10 maja 2008, „Sprawy Rodziny” 83/2008, nr 3, s. 22–25.

i stanu dziecka oraz leczenia wielu chorób przed jego urodzeniem. Ciągłym wyzwaniem pozostaje natomiast wielowymiarowy problem zapobiegania lub leczenia niepłodności, zrozumienia mechanizmów płodności oraz przeżywania ludzkiej, płodnej miłości z pełnym i niezbywalnym poszanowaniem godności współmałżonków, zwłaszcza kobiety i matki.

Monografia ks. dra Szczepana Szpotona CM, pt. *Naprotechnologia – cicha rewolucja*, jest wyrazem nowoczesnej i w miarę kompleksowej troski o płodność czysto ludzką, która wyraża się w wielowymiarowym wykorzystaniu metod i działań biomedycznych, uwzględniając jednocześnie naturalne mechanizmy i funkcje prokreacyjne człowieka, a zarazem kierując się normami etyczno-moralnymi zawartymi przede wszystkim w encyklice *Humanae Vitae* oraz w innych, współczesnych dokumentach Magisterium Kościoła. Zrozumienie i rozwijanie myśli „odpowiedzialnego macierzyństwa i ojcostwa” daje wielu małżonkom nadzieję na godziwe i skuteczne leczenie ich niepłodności z poszanowaniem ich niezbywalnej godności w wyłącznym przekazywaniu nowego życia jako owocu ich w pełni ludzkiej, wiernej, wyłącznej i płodnej miłości.

Mam nadzieję, że prezentowana praca ks. dra Szczepana Szpotona CM, adiunkta Katedry Bioetyki Teologicznej na Papieskim Uniwersytecie Jana Pawła II w Krakowie, stanie się kolejnym naukowym i ważnym wkładem w procesie opowiadania się za wybieraniem życia.

o. Edmund Kowalski CSsR  
prof. Akademii Alfonsjańskiej w Rzymie



*Wszystkim tym, którzy starają się  
zrealizować pragnienie rodzicielstwa*



# Wprowadzenie

Rodzącemu się życiu służą ośrodki upowszechniania naturalnych metod regulacji płodności: należy je rozwijać, ponieważ skutecznie pomagają one w stosowaniu zasad odpowiedzialnego ojcostwa i macierzyństwa, dzięki którym każda osoba — poczynając od dziecka — jest uznawana i szanowana ze względu na swą samoistną wartość, zaś kryterium wszelkich decyzji jest bezinteresowny dar z siebie.

Jan Paweł II<sup>3</sup>

Zarówno dawna, jak i współczesna medycyna, stosując mniej lub bardziej skuteczne metody, mniej lub bardziej naukowo uzasadnione, zawsze próbowała odpowiedzieć na wyzwanie niepłodności. Do tradycyjnych terapii w ostatnich latach dołączyły nowe formy interwencji chirurgicznych i farmakologicznych. Rozwinęły się także techniki medyczne wspomagane go zapłodnienia i poczęcia, które ułatwiają przebieg fizjologicznych procesów rozrodczych lub je zastępują. Etyczne implikacje tego rodzaju interwencji biomedycznych obejmują szerokie spektrum zagadnień i znajdują się one w centrum ożywionej dyskusji etycznej oraz wymagającej niemałego wysiłku twórczości legislacyjnej.

Zadaniem niniejszej monografii jest przedstawienie nowej metody wsparcia płodności, zdolnej pomóc niepłodnym parom. Chcemy ukazać nową propozycję w dziedzinie troski o zdrowie prokreacyjne, trzymającą się naturalnego procesu płodności ludzkiej, oferującą większą świadomość w naturalnym projekcie rodzinnym oraz dostarczającą parom możliwość poprawienia ich wzajemnej relacji małżeńskiej. W realizacji wspomnianego wyżej zadania będziemy kierować się zasadami bioetyki personalistycznej, opartej

---

<sup>3</sup> Jan Paweł II, *Evangelium vitae* (25 marca 1995), Encyklika o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego, Pallotinum, Poznań 1995, nr 88 [kursywa w tekście dokumentu].

na fundamencie ontologicznym<sup>4</sup>, dalekiej od postaw fideistycznych, tak aby wartości i normy moralne miały swe uzasadnienie w racjach rozumu. Wsparciem dla tej refleksji będzie nauczanie moralne Magisterium Kościoła, które nie przesłania racjonalnych przesłanek, ale je wzmacnia i czyni pewniejszymi. W odniesieniu do rzeczywistości stworzonej przez Boga poszukiwanie prawdy egzystencjalnej oraz wkładu poznawalnych umysłem wartości moralnych będą stanowić, dzięki rozumowi, ważne wsparcie dla znalezienia odpowiedzi na kwestie etyczne związane z przekazywaniem życia.

Równie ważne jest to, aby bioetyka podkreślała wartość osoby w jej nierozdzielnej jedności ciała i ducha – osoby będącej zawsze celem, a nie środkiem. Wartość ta opiera się na tym, kim osoba jest, a nie tylko na podejmowanych przez nią wyborach. Odpowiada to objawieniu chrześcijańskiemu, które poszerza perspektywę personalistyczną: każdy człowiek został stworzony na obraz i podobieństwo Boga i otrzymał godność dziecka<sup>5</sup>.

**Celem** poniższej monografii jest przedstawienie NaProTECHNOLOGY™ (*Natural Procreative Technology*, dosłownie: technologia naturalnej prokreacji,

---

<sup>4</sup> W bioetyce inspirowanej personalizmem ontologicznie uzasadnionym źródłem normatywności jest sama ludzka osoba i jej niepowtarzalne, transcendentne wartości widziane także w relacji do Boga. E. Sgreccia, twórca tego rodzaju bioetyki, definiuje osobę jako „ciało uduchowione, ducha ucieleśnionego, który ma wartość przez to, czym jest, a nie tylko przez wybory, jakich dokonuje”. Podkreśla znaczenie klasycznego pojęcia osoby (sformułowanie boecjuszowsko-tomistyczne) w kwestiach bioetycznych. To pojęcie pozwala nam odnieść definicję osoby do wszystkich faz życia ludzkiego, od poczęcia aż do całkowitej śmierci mózgowej. Wymieńmy jeszcze kilka istotowych elementów bioetyki zbudowanej na fundamencie ontologicznie uzasadnionym. Fundamentalnymi elementami, które leżą u podstaw myśli personalistycznej w tak rozumianej bioetyce, są substancjalizm i finalizm. Centralną jej tezę można wskazać w twierdzeniu o tożsamości między osobą a istotą ludzką. Chodzi o wykazanie prawdziwości twierdzenia: wszystkie istoty ludzkie są osobami, to znaczy podmiotami moralnymi i podmiotami prawa. Ostatnia ważna rzecz odnosi się do godności osoby, której nie nabywa się na mocy jakiegóś umowy bądź decyzji drugiego. Jest ona zakorzeniona w istocie lub w naturze człowieka. Por. C. Viafora, *La bioetica alla ricerca della persona negli stati di confine*, Gregoriana, Padova 1994, s. 21–42; E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, t. 1: *Fondamenti ed etica Biomedica*, Vita e Pensiero, Milano 1998, 2007<sup>4</sup>, s. 71–72. I. Carrasco de Paula, *Sul personalismo ontologicamente fondato: un contributo di Sgreccia alla bioetica*, w: *Vita, ragione, dialogo. Scritti in onore di Elio Sgreccia*, ed. M.Ch. Basile, Cantagalli, Siena 2012, s. 45–46.

<sup>5</sup> Por. E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, t. 1..., dz. cyt., s. 97–98.

„Naprotechnologia”) jako formy wsparcia płodności. Jej twórca, Thomas W. Hilgers, definiuje ją w sposób następujący:

Naprotechnologia jest to rozwijająca się nauka o zdrowiu kobiet, będąca zespołem medycznych i chirurgicznych interwencji promujących zdrowie ginekologiczne. Odrzuca techniki reprodukcyjne zastępujące akt małżeński oraz środki antykoncepcyjne używane w celach terapeutycznych lub przeciwpoczęciowych. *Po pierwsze*, jest troską o zdrowie reprodukcyjne, która raczej towarzyszy i optymalizuje naturalny system prokreacyjny, niż go usuwa lub/i blokuje. Pozwala kobiecie zachować jej ginekologiczne zdrowie oraz pomaga parom zrozumieć i uszanować pełną psychosomatyczną prawdę o ich płodności. *Po drugie*, jest medycyną ginekologiczno-położniczą, która właściwie ocenia i skutecznie leczy większość zaburzeń (na poziomie hormonalnym lub anatomicznym) mogących powodować niepłodność lub poronienie. *Po trzecie*, promuje znajomość płodności, która pozwala unikać lub osiągać poczęcie dziecka w sposób odpowiadający integralnemu znaczeniu ich małżeńskiej jedności<sup>6</sup>.

Doktor Hilgers<sup>7</sup>, zainspirowany encykliką Pawła VI *Humanae vitae* – opublikowaną 25 lipca 1968 roku w klimacie kontestacji chrześcijańskiego nauczania moralnego w dziedzinie płciowości i małżeństwa – zaczął badać naturalne metody kontroli urodzin, starając się znaleźć zgodne z nauczaniem Kościoła, medyczne odpowiedzi na problemy małżeńskiej niepłodności.

---

<sup>6</sup> R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, Pope Paul VI, Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 37 [odtąd wszystkie cytaty zaczerpnięte z tego podręcznika będą przytaczane w tłumaczeniu piszącego].

<sup>7</sup> Thomas W. Hilgers jest amerykańskim profesorem, ginekologiem i chirurgiem na Wydziale Położnictwa i Ginekologii Uniwersytetu Creighton. Należy do specjalistów akredytowanych przy Amerykańskiej Radzie Położnictwa i Ginekologii (1976) i Amerykańskiej Radzie Chirurgii Laserowej (1988). Doktor Hilgers był członkiem Papieskiej Rady do spraw Rodziny oraz czynnym członkiem Papieskiej Akademii Życia. Wydał ponad 200 specjalistycznych publikacji, haseł w pracach zbiorowych, artykułów naukowych (zwłaszcza w dziedzinie medycyny reprodukcji i chirurgii). Już na samym początku swoich badań nad naturalną regulacją ludzkiej płodności, jeszcze jako student medycyny, zbudował w 1968 r. razem z innymi współpracownikami Creighton Model FertilityCare™ System. Ciągłe poszukiwania związane z modelem Creighton pozwoliły mu rozwinąć nową naukę o zdrowiu reprodukcyjnym. Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution: Unleashing the Power in a Woman's Cycle*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2010 [tyłna okładka książki].

Po opisanu celu pracy przejdźmy teraz do omówienia *status quaestionis*, wkładu oraz oryginalności studium w dziedzinie bioetycznej.

Naprotechnologia znajduje się w fazie ciągłego rozwoju i każdego roku zdobywa coraz większą popularność. W Stanach Zjednoczonych, gdzie powstała i gdzie zyskała duży rozgłos, do 2012 roku powstało aż 250 ośrodków, w których leczy się niepłodność zgodnie z zasadami naprotechnologii<sup>8</sup>. Pierwszym krajem, w którym ta nowa nauka ugruntowała się, była Kanada; następnie stopniowo rozpowszechniła się ona na całym świecie.

W Europie przodującymi ośrodkami propagowania naprotechnologii były: Galway w Irlandii, Leamington Spa w Anglii i Paryż. Dziś istnieje ponad 100 ośrodków tego rodzaju, znajdujących się w całej Europie, w szczególności w Holandii, Chorwacji, Szwajcarii, Niemczech, Słowenii, Węgrzech, Słowacji, Litwie, Ukrainie i Polsce<sup>9</sup>. Warto dodać, że to właśnie nasz kraj jest centrum naprotechnologii w Europie.

Oryginalność niniejszej monografii polega na tym, że w świetle bioetyki personalistycznej w kręgu europejskim nie powstała dotąd żadna praca dotycząca naprotechnologii oraz jej roli we wspieraniu płodności. Nasze poszukiwanie wzmocni świadomość znaczenia ciągłej odnowy kultury życia, zwłaszcza we współczesnym społeczeństwie, aby nadal odważnie zachęcać do praktykowania najbardziej wzniosłych wartości ludzkich i chrześcijańskich.

Przedstawmy pokrótce **metodę i źródła**, które zapewniają naukowość pracy i pozwolą skoncentrować uwagę na wszystkich aspektach naszej tematyki.

Bioetyka personalistyczna, według której zasad będą prezentowane różne aspekty omawianego zagadnienia, dostarcza nam specyficzną metodę pracy. Chodzi nade wszystko o teoretycznie dynamiczne ujęcie, które z jednej strony uwzględnia własną tożsamość człowieka i ogół jego wartości, a z drugiej – nieustannie rozwijające się odkrycia naukowe.

Zważywszy, że nasza praca dotyczy dziedziny bioetyki, jej metoda musi mieć charakter zarówno dialogiczny, jak i interdyscyplinarny. Już sam termin „bio-etyka” wskazuje na dwa pola naukowe pozostające w dialogicznej i interdyscyplinarnej relacji między sobą: *bios* i *ethos*. Bioetyka pozwala wzajemnie na siebie oddziaływać metodom biologii i nauk doświadczalnych oraz etyki i nauk antropologicznych<sup>10</sup>. Jako nauka interdyscyplinarna stosuje zatem metodę dialogiczną i porównawczą. W naszej pracy przez metodę dialogiczną

<sup>8</sup> Por. T.W. Hilgers, *Letter to the President Barack Obama (12.04.2012)*, w: [www.fertilitycare.net](http://www.fertilitycare.net) (dostęp: 7 marca 2020).

<sup>9</sup> Por. *The FertilityCare Centres*, w: [www.fertilitycare.net](http://www.fertilitycare.net) (dostęp: 3 marca 2020).

<sup>10</sup> Por. E. Kowalski, *Osoba i bioetyka*, Homo Dei, Kraków 2009.

rozumiemy studium, które zestawia elementy naukowe i etyczne w dialogu, mającym na celu poszukiwanie jakiejś wspólnej drogi. Nie da się zrozumieć płodności ludzkiej, ograniczając ją jedynie do samych danych biologicznych i opisując ją w abstrakcyjnym kontekście filozoficznym, pozbawionym treści fizycznych. Aby zbliżyć się do zjawiska przekazywania życia, biologia, antropologia i etyka powinny być umieszczone w jakimś wspólnym kontekście, w którym życie osoby przejawia się jako połączona rzeczywistość elementów biologicznych, metabiologicznych i społecznych.

Bioetyka opiera się na „paradygmacie kompleksowości”<sup>11</sup>. Podejmując problemy związane z ludzką aktywnością w dziedzinie życia, wymaga ona kompetencji oraz wkładu ze strony filozofów, biologów, lekarzy, prawników, genetyków, teologów i psychologów<sup>12</sup>. Taka interdyscyplinarna refleksja staje się w ten sposób specyficzną konstrukcją, jako że bioetyka – według A. Pessiny – jest „dyscypliną architektoniczną, używając sformułowania Arystotelesa, to znaczy zdolną łączyć dane, autonomicznie zebrane z pojedynczych poszukiwań, w jednym celu”<sup>13</sup>.

Aby precyzyjniej wyjaśnić nasze **podejście metodologiczne**, stwierdzamy, że niniejsza monografia będzie się trzymać metody bioetyki personalistycznej opartej na fundamencie ontologicznym, zaproponowanej przez E. Sgreccię. Na metodę triangulacyjną składa się: (1) analiza faktu doświadczenia naukowego<sup>14</sup>, (2) aby wyniki takiego doświadczenia mogły mieć charakter jednolity i globalny, muszą być rozpatrzone w odniesieniu antropologicznym, dlatego kolejno przechodzi się do gruntownego zbadania jego znaczenia antropologicznego<sup>15</sup>, (3) ostatni punkt w metodzie triangulacyjnej to etyczne wskazania dotyczące omawianego zagadnienia, mające charakter normatywny<sup>16</sup>.

Nasze podejście metodologiczne implikuje także odniesienie do innych metod właściwych dla badanych w pracy dziedzin, to znaczy: metody historyczno-opisowej, metody analityczno-syntetycznej i metody porównawczej.

Aby zrealizować cel naszej pracy, odwołamy się do prac z dziedziny biologii, genetyki, psychologii i medycyny, które opisują procesy szkodliwe dla

<sup>11</sup> Łacińskie *com-plexus* znaczy tyle co: „splciony razem”.

<sup>12</sup> Por. M.P. Faggioni, *La vita nelle nostre mani. Manuale di Bioetica teologica*, Edizioni Camilliane, Torino 2004<sup>3</sup>, s. 21–22.

<sup>13</sup> A. Pessina, *Fondazione e applicazione dei principi etici. Aspetti del dibattito sulla bioetica*, „Rivista Neo-scolastica” 88 (1991), s. 584.

<sup>14</sup> W naszym studium będzie to zagadnienie niepłodności.

<sup>15</sup> Zostanie to dokonane poprzez przedstawienie naprotechnologii.

<sup>16</sup> Por. E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, t. I..., dz. cyt., s. 73–75, 92–94.

zdrowia prokreacyjnego. Bez danych empirycznych dotyczących człowieka nie można zbudować autentycznej i integralnej wizji antropologicznej.

W kolejnych rozdziałach będziemy korzystać ze źródeł, zwłaszcza ze studiów przeprowadzonych w Instytucie Pawła VI w Omaha w Stanach Zjednoczonych, gdzie zrodziła się i rozwinęła naprotechnologia, wskazujemy najważniejsze spośród nich<sup>17</sup>. Przydatne będą także badania i rezultaty nowej nauki opracowane przez różnych lekarzy<sup>18</sup> specjalistów z zakresu naprotechnologii.

Aby ocenić nieplodność oraz środki do jej pokonywania, konieczne będzie odwołanie się do Magisterium Kościoła, a także do komentarzy katolickich bioetyków.

**Monografia** została podzielona na cztery rozdziały.

W pierwszej części rozdziału I podejmiemy problem nieplodności i zagłębimy się w niektóre pojęcia związane z jej wariantami, wyjaśniając jej *status*. Druga część poprowadzi nas w stronę omówienia czynników ryzyka, które wpływają na płodność, ponieważ problem ten często ma wieloczynnikowe źródła.

---

<sup>17</sup> T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt.; T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt.; T.W. Hilgers, *Reproductive Anatomy and Physiology*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha 2002<sup>2</sup>; T.W. Hilgers, *Medical Application of Natural Family Planning. A Physician's Guide to NaProTECHNOLOGY*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 1991; T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language of a Woman's Health and Fertility*<sup>SM</sup>, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2001<sup>5</sup>; T.W. Hilgers – S.K. Hilgers – A.M. Prebil – K.D., Daly, *The Creighton Model FertilityCare™ System. A Standardized Case Management Approach to Teaching*, Book I: *Basic Teaching Skills*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2002<sup>2</sup> [odtąd: *Book I*]; T.W. Hilgers – S.K. Hilgers – A.M. Prebil – K.D., Daly, *The Creighton Model FertilityCare™ System. A Standardized Case Management Approach to Teaching*, Book II: *Advanced Teaching Skills*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2003 [odtąd: *Book II*]; T.W. Hilgers – S.K. Hilgers – A.M. Prebil – K.D., Daly, *The Paradigm Shift in Family Planning*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2014; T.W. Hilgers – S.K. Hilgers – A.M. Prebil – K.D., Daly, *The Picture Dictionary of the Creighton Model FertilityCare™ System*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2011<sup>3</sup>; Pope Paul VI Institute, *Creighton Model FertilityCare™ System – Allied Health Education Program*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2014–2015; American Academy of Fertilitycare Professionals, *Code of Ethics – Principles and Standards of Professional Conduct for the FertilityCare Provider*, St. Louis 2012.

<sup>18</sup> P. Boyle (Irlandia); R. Pingitore (Szwajcaria); E. Tham (Kanada); E. Fiore (Szwajcaria); S. Del Zoppo (Włochy); M.E. Konecka (Włochy); R. Fornaro (Włochy); M. Barbato (Włochy); B. Chazan (Polska); J.-T. Wasilewscy (Polska); M. Barcentewicz (Polska); niektórzy z nich zostaną przedstawieni bardziej szczegółowo w trakcie niniejszej pracy.



Następnie opiszemy jego aspekty psychologiczne, by wreszcie w ostatniej części rozdziału zbadać etiologię niepłodności zarówno kobiecej, jak i męskiej.

W rozdziale II opiszemy genezę naprotechnologii, zatrzymując się na kontekście jej powstania, mającym związek z nauczaniem moralnym Kościoła o przekazywaniu życia. Następnie przejdziemy do podstawowych punktów i innowacyjnych elementów, jakie ona proponuje. Wreszcie przedstawimy wszechstronność, funkcjonowanie, edukację, formację oraz rezultaty Modelu Creightona, na którym opiera się ta nowa gałąź medycyny zdrowia prokreacyjnego, mająca rozliczne zastosowania w trosce o zdrowie.

W rozdziale III przedstawimy sposoby pokonywania niepłodności zarówno męskiej, jak i kobiecej zgodnie ze wskazaniami naprotechnologii, które obejmują procedury diagnostyczno-terapeutyczne, leczenie zachowawcze i chirurgię. Na koniec przywołamy rezultaty, jakie nowa nauka o zdrowiu prokreacyjnym osiągnęła przy wspomaganiu płodności.

W IV i ostatnim rozdziale zbadamy powiązania naprotechnologii z moralnością. Pierwszy krok będzie polegał na podkreśleniu godności, będącej fundamentem, na którym opierają się prawa człowieka, w szczególności tych ludzi, którzy są zaangażowani w przekazywanie życia. Następnie spróbujemy wyjaśnić, jak odpowiadać na dylematy moralne związane z seksualnością, a także wskażemy, w jaki sposób naprotechnologia wzmacnia więź małżeńską. Zobaczymy ponadto, że propozycja wypracowana przez profesora Thomasa W. Hilgersa tworzy pewną kulturę ludzką, która służy życiu obecnych i przyszłych pokoleń.

W zakończeniu pracy dokonamy syntezy postawionych założeń z osiągniętymi rezultatami poszukiwań, podkreślając najważniejsze i innowacyjne elementy studium. Wreszcie refleksja etyczna nad tajemnicą przekazywania życia doprowadzi nas do propozycji dotyczącej tego, jak obchodzić się z płodnością i jak przeciwdziałać niepłodności w dzisiejszym świecie.



# Rozdział I

## Zagadnienia niepłodności

Niepłodność jest dziś ważnym elementem, który znacząco wpływa na życie rodzin. Jest także przyczyną społecznego dyskomfortu i przedmiotem licznych analiz klinicznych. Medycyna prowadzi badania i stawia różne diagnozy odnośnie do ludzkiej niepłodności, szukając sposobu rozwiązania tego złożonego problemu.

Coraz bardziej powszechna wśród par trudność przyjęcia dzieci jest stwierdzonym faktem, natomiast nie da się tego powiedzieć o przyczynach niepłodności. Można zatem omawiać różne aspekty tego zagadnienia.

W obecnym rozdziale opiszemy najbardziej rozpowszechnione dziś przyczyny ludzkiej niepłodności. W pierwszej kolejności zilustrujemy różne czynniki, które szkodą zdrowiu seksualnemu i rozrodczemu, zarówno te bardziej znane „tradycyjne”, jak i te typowe dla naszych dni. Następnie przyjrzymy się niepłodności jako zjawisku złożonemu, wywoływanemu przez wiele czynników, a zatem wymagającemu analizy we wszystkich jego odcieniach, także tych psychologicznych. Na końcu zajmiemy się etiologią niepłodności kobiecej i męskiej.

### 1.1. Uściślenia terminologiczne

Warto już teraz ustalić znaczenie kilku terminów związanych z omawianym przez nas tematem. Istnieje bowiem wiele nieprecyzyjności odnośnie do znaczenia przypisywanego niektórym często stosowanym pojęciom, a poza tym wiele innych używa się w zdecydowanie niewłaściwym sensie.

### 1.1.1. Niepłodność, bezpłodność, ograniczona płodność (subfertility)

Należy stwierdzić, że „przez *niepłodność* rozumie się niezdolność osiągnięcia ciąży za pomocą aktów seksualnych potencjalnie płodnych w ustalonym czasie, którym zwykle jest rok<sup>19</sup>. Tradycyjnie w medycynie okres jednego roku opiera się na statystyce, zgodnie z którą około 85–90% par na drodze normalnych stosunków uzyskuje ciążę w ciągu jednego roku, a jeśli to nie zachodzi, można rozsądnie być pewnym, że istnieje jakiś problem”<sup>20</sup>. Mówi się o „niepłodności *pierwotnej*, gdy mimo regularnych stosunków seksualnych nie dochodzi do poczęcia – kobieta nigdy nie była w ciąży, natomiast o niepłodności *wtórnej* mówi się wówczas, gdy kobieta była w ciąży, która zakończyła się porodem bądź poronieniem (naturalnym lub sztucznym), a obecnie mimo współżycia nie dochodzi do poczęcia”<sup>21</sup>. Jeśli przyczyna tego zjawiska tkwi po stronie mężczyzny lub kobiety albo po stronie obojga, mówi się o niepłodności odpowiednio *męskiej*<sup>22</sup>, *kobiecej* lub *małżeńskiej*.

Niepłodność i bezpłodność często bywają używane jako synonimy, choć termin „*niepłodność* powinien oznaczać niezdolność kobiety do donoszenia ciąży do końca, określenie *bezpłodność* natomiast powinno być zarezerwowane do trwałego stanu fizycznego, zarówno mężczyzny, jak i kobiety, uniemożliwiającego poczęcie”<sup>23</sup>.

<sup>19</sup> Dziś często ten czas przedłuża się do dwóch lat albo i dłużej.

<sup>20</sup> T.W. Hilgers, *Reproductive Anatomy and Physiology...*, dz. cyt., s. 157 [odtąd wszystkie cytaty z tej książki będą przytaczane w tłumaczeniu piszącego].

<sup>21</sup> T.W. Hilgers, *Reproductive Anatomy and Physiology...*, dz. cyt. Por. T.W. Hilgers, *NaProTECHNOLOGY in Infertility*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 509, 516; S. Mancuso – C. Guida – A. Lanzone, *Capacità riproduttiva della donna oggi*, *MedMor* 1 (1993), s. 53.

<sup>22</sup> Niektóre opracowania opisują różnice pomiędzy niepłodnością męską pierwotną i wtórną. „*Pierwotna* występuje u mężczyzn, którzy nigdy nie zapłodnili żadnej kobiety. O niepłodności *wtórnej* będzie się natomiast mówić, gdy mężczyzna zapłodnił już wcześniej jakąś kobietę, niezależnie od tego, czy ta kobieta jest jego aktualną partnerką, i czy osiągnięto rezultat, czyli ciążę. Mężczyźni dotknięci niepłodnością wtórną na ogół mają większe prawdopodobieństwo osiągnięcia płodności w przyszłości”. P.J. Rowe et al., *Infertilità maschile – Manuale OMS per lo studio, la diagnosi e il trattamento*, Editoriale Fernando Folini, Casalceto (AL) 2002, s. 16.

<sup>23</sup> R. Visigalli, *Sterilità e infertilità di coppia. Counseling e terapia psicologica*, Franco Angeli, Milano 2011, s. 97.

Następnie *subpłodność* definiuje się jako „płodność obniżoną przez przyczyny tymczasowe i/lub podlegające zmianom”<sup>24</sup>.

### 1.1.2. Status niepłodności

Trzeba także wyjaśnić, jaki jest status niepłodności, czy powinna być ona uważana za chorobę, dolegliwość, anomalię, czy też wybryk natury.

Dziś trwa zaciepła dyskusja na ten temat, ponieważ jeśli zgodzimy się, że niepłodność jest zwykłą dolegliwością, to musimy uznać, że społeczeństwo nie powinno się zbyt angażować w tę kwestię. Ale jeśli uzgodnimy, że chodzi o chorobę, wówczas istnieje taki obowiązek i to obowiązek poważny, wymagający ustalenia kryteriów zapobiegania oraz troski o to, aby osoby borykające się z brakiem poczęcia, zostały otoczone troską i otrzymały technicznie właściwą opiekę oraz stosowną terapię. W jednym ze swoich dokumentów Organizacja Narodów Zjednoczonych, komentując sprawy prokreacji, ustaliła, że „zdrowie reprodukcyjne jest stanem całościowego dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i relacyjnego, a nie zwyczajnym brakiem stanów patologicznych lub chorobowych, które dotyczą układu rozrodczego we wszystkich jego funkcjach i procesach”<sup>25</sup>. Niepłodność bowiem nie jest chorobą w sensie ścisłym, przynajmniej w powszechnym rozumieniu tego terminu. Trudności z jasnym zdefiniowaniem tego stanu jako choroby wynikają z faktu, że jest on skutkiem różnych czynników etiologicznych, czasami objawowych, ale bardzo często bezobjawowych z klinicznego punktu widzenia.

Ponadto niezdolność reprodukcyjna ograniczona lub całkowita jest wyrazem interakcji dwóch różnych stanów fizycznych, męskiego i żeńskiego, czasami odrębnych, a czasami połączonych ze sobą – poza tym w około 15% przypadków niemożliwe jest wskazanie żadnej przyczyny odpowiedzialnej za tę niezdolność<sup>26</sup>.

Niepłodność jest zatem wieloczynnikowa i choć kwestia wciąż wymaga zdefiniowania, to jednak nie można zaprzeczyć, że wchodzi ona w zakres medycyny.

---

<sup>24</sup> M.L. di Pietro – E. Sgreccia, *Procreazione assistita e fecondazione artificiale tra scienza, bioetica e diritto*, Editrice La Scuola, Brescia 1999, s. 8.

<sup>25</sup> United Nations, *International Conference on Population and Development*, Cairo, September 1994, United Nations, UNFPA, New York 1994, s. 5–13 (numer dokumentu A/CONF.171/12, 18 października 1994, cytat znajduje się w rozdz. 7, nr 7.2).

<sup>26</sup> Por. P. Castellucci, *Infertilità. Parte etica 1. L'infertilità: un problema complesso*, w: EBSG, t. VII: *Infertilità*, ed. E. Sgreccia – A. Tarantino, ESI, Napoli 2014, s. 464–465.

Nie ulega wszak wątpliwości, że zjawisko niepłodności dotyczy dziś w Europie 15–25% par. Przyczyny można podzielić na cztery grupy: czynnik kobiecy, czynnik męski, czynniki połączone i przyczyny idiopatyczne (niewyjaśnione)<sup>27</sup>.

## 1.2. Czynniki ryzyka wpływające na płodność

Przyczyny środowiskowe, zawodowe oraz styl życia – to nowi „wrogowie” ludzkiej płodności, zwłaszcza w krajach uprzemysłowionych. Czynniki ryzyka można podzielić na: czynniki chemiczne, czynniki fizyczne i czynniki biologiczne.

### 1.2.1. Czynniki chemiczne

Od pewnego czasu dobrze znany jest negatywny wpływ na płodność (zarówno kobiecą, jak i męską) licznych leków. Uważa się, że negatywnie oddziaływać na płodność mogą: leki antyhistaminowe (zmniejszenie lubryfikacji pochwy), przeciw nadciśnieniowe (wpływ na mechanizm erekcyjny), barbiturany (powstrzymanie wydzielania gonadotropin) oraz przeciwzapalne niesterydowe (zablokowanie uwalniania komórki jajowej). Głównymi czynnikami chemicznymi są: metale ciężkie (np. ołów i rtęć, które stanowią trucizny enzymatyczne), cytotoksyny (np. węglowodory wielopierścieniowe) i substancje podobne do hormonów (np. fitoestrogeny)<sup>28</sup>.

Leki przeciwepileptyczne (np. walproinian sodu i fenintoina) mogą wywołać zarówno ejakulację wsteczną, jak i zmiany hormonalne, powodując wzrost hormonu folikulotropowego, hormonu luteinizującego i globuliny wiążącej hormony płciowe, a także zmniejszenie wolnego testosteronu. Niedawno odnotowano możliwy skutek plemnikobójczy, trwający około 24 godzin, niektórych żeli (felis, replens i aquasonic gel), wykorzystywanych przy badaniach USG sonda dopochwowa<sup>29</sup>.

<sup>27</sup> Por. A. Lanzone, *Infertilità. Parte medica 1. Nozione di infertilità*, w: EBSG, t. VII..., dz. cyt., s. 457; R. Visigalli, *Sterilità e infertilità di coppia...*, dz. cyt., s. 97.

<sup>28</sup> Por. R.C. Strickler, *Fattori che influenzano la fertilità*, w: W.R. Keye – R.J. Chang – R.W. Rebar – M.R. Soules (ed.), *Infertilità – Valutazione e trattamento*, tłum. A. Santoliquido, Verduci Editore, Roma 1996, s. 17 [oryg. W.R. Keye – R.J. Chang – R.W. Rebar – M.R. Soules (ed.), *Infertility – Evaluation and Treatment*, W.B. Saunders Company, Philadelphia 1995]; A. Mancini et al., *La prevenzione in andrologia: recenti acquisizioni e nuove prospettive scientifiche ed etiche*, MedMor 5 (2006), s. 899.

<sup>29</sup> Por. G. Piediferro, *Fattori di rischio*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica*, Villani, Edra, Milano 2014, s. 191.

Ponadto zdaniem naukowców *stosowanie środków odurzających* powoduje zmniejszenie płodności. Kobiety, które używały marihuany w roku poprzedzającym poczęcie, wykazywały względne ryzyko niepłodności na poziomie 2.1 (przedział ufności 9,5%, 1.1–4.0) w porównaniu z grupą podmiotów objętych badaniami. Podmioty, które przyjmowały kokainę, odnotowywały wzrost ryzyka niepłodności jajowodowej. Stosowanie kokainy okazało się znacznie powszechniejsze wśród mężczyzn, powodując koncentrację plemników na poziomie poniżej 20 milionów/ml. Według R.A. Yazigi „istnieje szczególny związek między kokainą a spermą. Ponadto niebezpieczne są konopie, opioidy i kokaina, ponieważ oddziałują na przekaz w synapsach centralnego układu nerwowego, regulowany przez endogenne neuropeptydy opioidowe”<sup>30</sup>.

Środowisko życia i pracy może w różny sposób wpływać na płodność: dodatki obecne w żywności i wodzie, emisja gazu w środowisku, zanieczyszczenia domowe i z fabryk stanowią zagrożenie dla naszego zdrowia już w czasie życia prenatalnego, ponieważ możliwe jest przeniknięcie przez łożysko do dziecka wielu czynników, na które narażona jest matka. Przeprowadzono liczne badania w tym zakresie. Dla przykładu wystarczy choćby wspomnieć o związku między atrofią jąder a narażeniem na oddziaływanie 1,2-dibromo-3-chloropropanu albo między niepłodnością a tlenkiem diazotu, środkiem przeciwbólowo-znieczulającym<sup>31</sup>.

*Palenie papierosów* jest nałogiem, który naraża na oddziaływanie około 3000 substancji, w tym czynników biologicznie aktywnych, takich jak: nikotyna, węglowodory aromatyczne, nitrozoaminy, tlenek węgla, benzeny, fenole i metale ciężkie (np. kadm)<sup>32</sup>.

R.J. Stillman w swoim studium łączy dym papierosowy z obniżoną płodnością, ciążami ektopowymi, samoistnym poronieniem, przedwczesną menopauzą, z niepowodzeniami ciążowymi, rakiem szyjki macicy, niską masą urodzeniową noworodka i ze zmniejszeniem płodności osób narażonych na dym tytoniowy w życiu płodowym, kiedy staną się dorosłe. Wypalenie choćby jednego papierosa wywołuje wzrost tonu i objętości perystaltyki jajowo-

<sup>30</sup> R.A. Yazigi et al., *Demonstration of Specific Binding of Cocaine to Human Spermatozoa*, “The Journal of the American Medical Association” 14 (1991), s. 1956.

<sup>31</sup> Por. R.C. Strickler, *Fattori che influenzano la fertilità*, w: W.R. Keye et al. (ed.), *Infertilità – Valutazione e trattamento...*, dz. cyt., s. 17–18; G. Piediferro, *Fattori di rischio*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 191–192.

<sup>32</sup> Por. M.L. di Pietro, *Prevenzione del rischio riproduttivo in ambiente lavorativo: considerazioni etico-giuridiche*, w: E. Sgreccia – V. Mele (ed.), *Rilevanza dei fattori etici e sociali nella prevenzione delle malattie professionali*, Vita e Pensiero, Milano 1994, s. 101–154.

dów u kobiet i makaków królewskich. Następnie dym z papierosa spowalnia działanie mechanizmów humoralnych i odpornościowych<sup>33</sup>.

Omawiając wpływ nikotyny na męską płodność, M.S. Jansen i inni twierdzą, że u umiarkowanych palaczy (< 10 papierosów dziennie) w znaczącym stopniu ujawnia się asthenozoospermia<sup>34</sup>, natomiast u palaczy nałogowych (> 20 papierosów dziennie) również teratozoospermia<sup>35</sup>. Niezwykle niepokojące, według Jansensa, jest ryzyko oligozoospermii<sup>36</sup> spowodowane narażeniem na działanie dymu papierosowego w fazie prenatalnej (ryzyko zwiększa się o 50% u ciężarnych palących < 10 papierosów dziennie; zwiększa się aż o 160% u palących > 10 papierosów dziennie)<sup>37</sup>.

W innym studium, opublikowanym na łamach „American Journal of Epidemiology”, T.K. Jansen wraz ze współpracownikami zauważyli, że zagrożeniem dla męskiej płodności jest używanie napojów o wysokiej zawartości kofeiny, która to substancja występuje nie tylko w kawie, ale również w herbacie, niektórych napojach bezalkoholowych (cola) i w czekoladzie. Według tego opracowania szkodliwe skutki wynikają z często występującego nawyku łączenia picia kawy z paleniem papierosów<sup>38</sup>.

W kwestii wpływu kofeiny na płodność kobietą podkreśla się, że kobiety, które piły jedną i więcej filiżanek kawy dziennie, miały 50% płodności na cykl w porównaniu z kobietami, które wypijały mniejsze ilości kawy. Substancje znajdujące się w kawie redukują ponadto możliwość poczęcia, ponieważ negatywnie wpływają na komórki jajowodów<sup>39</sup>.

*Alkohol* jest dobrze znanym czynnikiem ryzyka dla płodności zarówno kobiecej, jak i męskiej. W przypadku spożywania dużych ilości (ponad 1 kie-

<sup>33</sup> Por. R.J. Stillman, *Smoking and Reproductive Health*, SRE 7 (1989), s. 291.

<sup>34</sup> Niska ruchliwość plemników w ejakulacie. Zgodnie z obecnie obowiązującymi normami za minimalną wartość prawidłową przyjmuje się 32% plemników wykazujących ruch postępowy.

<sup>35</sup> Zmniejszenie (poniżej 30%) liczby plemników o normalnej budowie morfologicznej w płynie nasiennym.

<sup>36</sup> Mniej lub bardziej poważne zmniejszenie koncentracji plemników w płynie nasiennym.

<sup>37</sup> Por. M.S. Jansen et al., *Lower Sperm Counts Following Prenatal Tobacco Exposure*, Hum Reprod 9 (2005), s. 2559.

<sup>38</sup> Por. T.K. Jensen et al., *Caffeine Intake and Semen Quality in a Population of 2554 Young Danish Men*, „The American Journal of Epidemiology” 8 (2010), s. 883.

<sup>39</sup> Por. R.C. Strickler, *Fattori che influenzano la fertilità*, w: W.R. Keye et al. (ed.), *In-fertilità – Valutazione e trattamento...*, dz. cyt., s. 17.



liszek wina dziennie) zauważa się zmniejszenie płodności kobiecej. U alkoholików zauważono różne dysfunkcje: brak owulacji i menstruacji, dysfunkcje w fazie lutealnej, przedwczesna menopauza. Spożywanie alkoholu jest szkodliwe nie tylko dla poczęcia, ale także dla ciąży i zdrowia dziecka<sup>40</sup>.

W przypadku mężczyzny codzienne spożycie  $\geq 180$  ml *brandy* lub *whisky* (40–50% alkoholu) przez 5 dni lub więcej w tygodniu w okresie ponad jednego roku wywołuje znaczące zmiany w płodności, powodując wzrost hormonu folikulo-tropowego (FSH) i hormonu luteinizującego (LH), a także estradiolu ( $E_2$ ), oraz zmniejszenie testosteronu (T), objętości nasienia, koncentracji i ogólnej liczby plemników, jak również ich ruchliwości i morfologii<sup>41</sup>.

### 1.2.2. Czynniki fizyczne

Czynniki fizyczne środowiskowe to przede wszystkim promieniowanie i elektrosmog, które mogą ograniczać ludzką płodność. Termin „promieniowanie” oznacza „ogół zjawisk charakteryzujących się przekazem energii w przestrzeni, połączonym z przeniesieniem tejże na materię (światło, ciepło itp.)”; natomiast elektrosmog oznacza „zanieczyszczenie promieniowaniem elektromagnetycznym, na przykład tym wytwarzanym przez emisję fal radiofonicznych, przewody elektryczne, sieci telefonii komórkowej, same telefony komórkowe i komputery”<sup>42</sup>. Również promienie X mogą wywoływać szkodliwe skutki na mitozę i integralność DNA chromosomowego.

Promieniowanie i elektrosmog są czynnikami mogącymi wywoływać zmiany w spermatogenezie i powodować wzrost liczby dispermii.

Niektóre nawyki mogą wywołać *hipertermię mosznową*, która jest dobrze znaną przyczyną męskiej niepłodności, powodującą odwracalne uszkodzenie nasienia – oczywiście, jeśli nie występują inne czynniki ryzyka. Coraz bardziej powszechne używanie komputera, zwłaszcza opartego na udach i mającego kontakt z genitaliami, jest również ważnym źródłem hipertermii mosznowej, która rodzi dispermię, niezależnie od niedającego się jeszcze zmierzyć oddziaływania elektronicznego. Ponadto uczęszczanie do sauny, stosowanie hydro-

<sup>40</sup> Por. The American Society for Reproductive Medicine, *Optimizing Natural Fertility*, Fertil Steril S1–6 (2008) S4.

<sup>41</sup> Por. K.R. Muthusami – P. Chinnaswamy, *Effect of Chronic Alcoholism on Male Fertility Hormones and Semen Quality*, Fertil Steril 4 (2005), s. 920.

<sup>42</sup> G. Piediferro, *Fattori di rischio*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 192.

masaży i kąpeli tureckich także powoduje hipertermię mosznową z odwracalnym uszkodzeniem nasienia<sup>43</sup>.

Innymi czynnikami ryzyka męskiej niepłodności wynikającej z hipertermii mosznowej są ponadto: *długotrwałe prowadzenie samochodu*, które podwyższa o 1,7–2,2°C normalną temperaturę mosznową; *nocna pozycja* zachowywana przez około 8 godzin snu, która może zwiększyć temperaturę mosznową o około 0,65°C z prawej i o 0,54°C z lewej w stosunku do dziennego okresu normalnego ruchu; *używanie obcisłych slipów*, podnoszące temperaturę mosznową w porównaniu z obszernymi i wygodnymi majtkami, a jeszcze bardziej w porównaniu z ich zupełnym nieużywaniem<sup>44</sup>.

W przypadku kobiet studium A. Markowskiej pokazuje, że promieniowanie może zmniejszać płodność. Przede wszystkim chemioterapia ma negatywny wpływ na oocyty. Ryzyko zniszczenia oocytów zależy od dawki leków, wieku kobiety i typu chemioterapii. Podobne zjawisko ma miejsce w przypadku radioterapii: prawdopodobieństwo niepłodności zależy od rodzaju, dawki i obszaru ciała, który ma być jej poddany. Na przykład ukierunkowanie promieni na obszar miednicowy uszkadza macicę, utrudniając donoszenie ciąży, i wystawia na ryzyko cały układ rozrodczy, szczególnie tkankę jajnikową. Także skierowanie promieniowania na przysadkę mózgową lub niektóre obszary mózgu może spowodować niepłodność, ponieważ może zniszczyć komórki zapewniające normalną produkcję hormonów zawiadujących funkcją rozrodczą. Zarówno chemioterapia, jak i radioterapia, jeśli są wykonywane przed ciążą, nie zwiększają – w większości przypadków – ryzyka wad wrodzonych u płodów. Wpływ elektrosmogu na kobiecą płodność jest natomiast trudniejszy do oceny w porównaniu z męską ze względu na jej bardziej złożony charakter fizjologii<sup>45</sup>.

### 1.2.3. Czynniki biologiczne

Wśród licznych czynników ryzyka istotną rolę niewątpliwie odgrywa *wiek*, głównie kobiety. Jej płodność jest największa w pierwszych latach życia po pokwitaniu, gdy tylko jej cykle miesięczkowe stają się regularne i owulacyjne,

<sup>43</sup> Por. S. Shefi et al., *Wet Heat Exposure: a Potentially Reversible Cause of Low Semen Quality in Infertile Men*, "The British Journal of Urology" 1 (2007), s. 50.

<sup>44</sup> Por. G. Piediferro, *Fattori di rischio*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 191.

<sup>45</sup> Por. A. Markowska i in., *Wpływ leczenia onkologicznego na płodność kobiet i posiadanie potomstwa*, *Ginekol Pol* 81 (2010), s. 447–448.

czyli około 16–18 roku życia. Następnie rok po roku następuje zmniejszenie możliwości poczęcia<sup>46</sup>.

Czynnik ten wyraźnie warunkuje płodność danej populacji. Odsetek par niepełnych, w których kobieta ma mniej niż 25 lat, nie przekracza 5%, natomiast gdy jest w wieku 25–35 lat, odsetek ten wzrasta do 15%, dochodząc do 30%, jeśli kobieta przekroczy 40 rok życia. Trzeba mieć na uwadze, że wzrost ryzyka niepłodności w związku z przesunięciem ciąży na późniejsze lata kobiecy, w których dochodzi do pierwszego poczęcia, może również wynikać z następujących przyczyn: zmniejszenie zdolności rozrodczych kobiety; wzrost ryzyka zarażenia się chorobą przekazywaną drogą płciową; możliwe pogorszenie złośliwej lub łagodnej patologii narządu rodnego; zwiększenie ryzyka skutków ubocznych wynikających ze stosowania środków antykoncepcyjnych i/lub wczesnoporonnych. Studia naukowe pokazują także wzrost wskaźnika samoistnych poronień wraz ze wzrostem wieku kobiet<sup>47</sup>.

Liczne są także studia, które wykazują spadek płodności męskiej związany z wiekiem. Badanie przeprowadzone przez A. Palermo dowodzi, że obniżenie parametrów nasienia (objętość nasienia: koncentracja, całkowita liczba, ruchliwość i morfologia plemników) wraz z zaawansowanym wiekiem łączy się ze zmniejszeniem poziomu  $\alpha$ -glukozydazy i fruktozy nasienia, obniżeniem poziomu testosteronu biodostępnego i markerów przedwczesnej apoptozy wraz z fragmentacją DNA plemników i możliwymi konsekwencjami genetycznymi, zwłaszcza kosztem chromosomów płciowych (X słabe, XXY, X nadliczbowe), ale także autosomalnych (trisomia 21), wskutek uszkodzenia mechanizmów duplikacji i naprawy DNA ze zmianami *de novo*<sup>48</sup> kosztem linii komórkowej rozrodczej. Według A. Palermo pierwsze zmniejszenie ilości spermy pojawia się już około 35 roku życia, a wyraźne staje się po przekroczeniu wieku 40 lat (ryzyko samoistnego poronienia zwiększa się w przypadku, gdy wiek ojca przekroczy właśnie 40 lat)<sup>49</sup>.

<sup>46</sup> Por. C. Flamigni, *Il primo libro della sterilità. I problemi clinici e psicologici, la diagnosi e le cure ordinarie*, UTET, Torino 2008, s. 66.

<sup>47</sup> Por. M.L. di Pietro – E. Sgreccia, *Procreazione assistita e fecondazione artificiale tra scienza, bioetica e diritto...*, dz. cyt., 11–12; R.C. Strickler, *Fattori che influenzano la fertilità*, w: W.R. Keye et al. (ed.), *Infertilità – Valutazione e trattamento...*, dz. cyt., s. 10.

<sup>48</sup> Zmiany *de novo* powodują powszechne choroby, takie jak autyzm czy schizofrenię. Częściej występują u mężczyzn, zwłaszcza mężczyzn w podeszłym wieku.

<sup>49</sup> Por. R. Palermo, *Età e riproduzione*, w: *Medicina della riproduzione*, ed. A. Borini – F.M. Ubaldi, CIC Edizioni Internazionali, Roma 2010, s. 30.

Otyłość jest kolejnym czynnikiem ryzyka, którego przyczyn trzeba szukać w zaburzeniach żywienia. U kobiet otyłych często spotyka się dysfunkcje jajników, szczególnie u tych z szybkim przyrostem masy ciała. Zauważono bowiem, że kobiety otyłe o indeksie masy ciała (IMC)  $>27$  mają ryzyko względne niepłodności na poziomie 3.1 w porównaniu z tymi z IMC między 20 a 25, natomiast kobiety z IMC  $<17$  mają ryzyko względne 1.6. Ryzyko niepłodności wskutek zmian jajnikowych jest więc wyższe u kobiet otyłych, ale to dotyczy, choć w mniejszym stopniu, kobiet z niedowagą<sup>50</sup>.

Dla wielu badaczy związek między otyłością a niepłodnością męską pozostaje dotąd hipotezą wymagającą dla potwierdzenia dalszych studiów. Natomiast związek ten jest bardziej ewidentny u kobiet. Otyłość fenotypowo brzuszna była łączona u mężczyzn z hipogonadyzmem i dispermią. Wydaje się, że w zaawansowanym wieku to właśnie wiek jest najważniejszym czynnikiem ryzyka, natomiast w niewielkim stopniu otyłość, która nabiera znaczącej roli w trzeciej dekadzie życia<sup>51</sup>.

Wśród biologicznych czynników ryzyka dla płodności trzeba także wziąć pod uwagę ćwiczenia fizyczne. B. Schwartz i współpracownicy wskazali na ich korelację z nieregularnością cyklu miesięczkowego, a nawet zupełnym brakiem menstruacji<sup>52</sup>.

W bardzo interesującym studium B.A. Bullen poddaje badaniu 28 dziewcząt z pewnej uczelni wyższej, które rozpoczęły umiarkowany intensywny program sportowy obejmujący 3,5 godziny wysiłku dziennie. W czasie programu ćwiczeń fizycznych tylko 5 z 53 badanych cykli było normalnych. Cykle te pojawiły się jedynie u 4 podmiotów (z których u 3 nie zaszła zmiana wagi ciała). Mogłoby się zatem wydawać, że u większości kobiet przede wszystkim zmiana wagi, a nie samo ćwiczenie, wywołuje anomalie cyklu menstruacyjnego<sup>53</sup>.

Wskazywano, choć nikomu nie udało się tego potwierdzić, że niektóre sporty wystawiają męską płodność na ryzyko. Wpływają na to: większa możliwość urazów genitalnych (sporty wymagające kontaktu fizycznego), większe prawdopodobieństwo powstania żylaków powrózka nasiennego (podnoszenie

---

<sup>50</sup> Por. A. Lanzone, *Infertilità. Parte medica 2. Sterilità della coppia*, w: EBSG, t. VII..., dz. cyt., s. 459.

<sup>51</sup> Por. G. Piediferro, *Fattori di rischio*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 193.

<sup>52</sup> Por. B. Schwartz et al., *Exercise-associated Amenorrhea: a Distinct Entity?*, *AJOG* 5 (1981), s. 669.

<sup>53</sup> Por. B.A. Bullen et al., *Induction of Menstrual Disorders by Strenuous Exercise in Untrained Women*, "The New England Journal of Medicine" 21 (1985), s. 1353.

ciężarów), ewentualne przyjmowanie substancji dopingowych, nadmierna aktywność fizyczna, która może wprowadzić zmiany w poziomie gonadotropiny i testosteronu (biegacze, kolarze), choć nie jest potwierdzona korelacja z przebiegniętymi kilometrami, zmiany hormonalne oraz uszkodzenia nasienia u maratończyków<sup>54</sup>.

Zarówno jakość, jak i intensywność aktywności fizycznej są wskazywane jako czynniki wywierające negatywne skutki na płodność mężczyzny. Do dziś nie ma wystarczającej podstawy naukowej dla stwierdzenia, że sport może negatywnie wpływać na płodność. Pozostaje do wykazania, w jakim stopniu może on być czynnikiem ryzyka.

Ponadto powszechnie wiadomo, że choroby przekazywane drogą płciową (MSD-sexually transmitted diseases) mogą szkodzić płodności na różne sposoby. U kobiet mogą one wywołać zapalenie narządów miednicy mniejszej (MIP-pelvic inflammatory diseases) lub niedrożność jajowodów. Według obserwacji L. Westroma zapalenie narządów miednicy mniejszej występuje dwukrotnie częściej u dziewcząt w wieku dojrzewania i kobiet w młodym wieku niż u całej populacji kobiecej w wieku 15–44 lat. W badaniu przeprowadzonym na populacji skandynawskiej wykazano, że pierwsze wystąpienie tej choroby, zdiagnozowane drogą laparoskopową i agresywnie leczone, powodowało niepłodność jajowodową w 13% przypadków<sup>55</sup>. Światowa Organizacja Zdrowia twierdzi, że druga i trzecia infekcja tego rodzaju wywołują niepłodność odpowiednio u 36% i 75% kobiet. U kobiet, u których w przeszłości doszło do ostrego zapalenia jajowodów, częstotliwość wystąpienia ciąży ektopowych zwiększa się około dziesięciokrotnie<sup>56</sup>.

U mężczyzn natomiast choroby przenoszone drogą płciową mogą wywoływać uszkodzenia układu rozrodczego, niedrożność nasieniowodów, uszkodzenie komórkowe spowodowane procesami zapalnymi, bezpośrednio uszkodzenie plemnika przez różne rodzaje drobnoustrojów, takich jak gonokoki<sup>57</sup> czy wirusy, np. HIV. Zauważono, że w ostatnich kilkudziesięciu latach wzrost

<sup>54</sup> Por. G. Piediferro, *Fattori di rischio*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 194.

<sup>55</sup> Por. L. Westrom, *Incidence, Prevalence, and Trends of Acute Pelvic Inflammatory Disease and its Consequences in Industrialized Countries*, *AJOG* 1 (1980), s. 880–892.

<sup>56</sup> Por. World Health Organization, *Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation: a Multinational Case-control Study of Ectopic Pregnancy*, “The Clinical Reproduction and Fertility” 3, Appendix 3 (1985), s. 131.

<sup>57</sup> Jest to bakteria niebezpieczna dla płodności mężczyzn i kobiet, wywołująca rzeżączkę.

promiskuizmu oraz inna wizja seksualności przyczyniły się do wzrostu chorób przenoszonych drogą płciową, które mają negatywny wpływ na płodność, ograniczając ją. Obok znanych chorób wenerycznych, takich jak rzeżączka, pojawiły się nowe czynniki patogenne, wśród których trzeba wspomnieć *Chlamydię* (jeden z czynników powodujących niepłodność jajowodową związaną z zapaleniem narządów miednicy mniejszej).

Do tego wszystkiego należy dodać jeszcze wpływ środków antykoncepcyjnych/wczesnoporonnych na niepłodność pary<sup>58</sup>. Często obserwuje się także ograniczenie zdolności do zapłodnienia po zaprzestaniu przyjmowania hormonalnych środków antykoncepcyjnych, których to skutek jest prawdopodobnie związany ze zniszczeniem komórek gruczołowych kanału szyjki macicy, wytwarzający śluz szyjkowy; albo też może dojść do wzrostu niepłodności jajowodowej, u kobiet które używały spirali<sup>59</sup>.

Odnosnie do czynników biologicznych wielu autorów wskazuje ponadto na inne przyczyny, które wpływają na zdolność rozrodczą. Trzeba wśród nich wymienić: zmiany klimatyczne, przyzwyczajenia żywieniowe, czynniki patologiczne lub czynniki psychologiczne.

Analiza czynników ryzyka wpływających na płodność prowadzi nas do kilku wniosków: literatura medyczna podkreśla ważną rolę czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych, wynikających ze złożonych zjawisk, które wpływają na zdrowie seksualne i reprodukcyjne. Czynniki, które negatywnie oddziałują na płodność, zależą od rodzaju, jakości i ilości przyjmowanych substancji, ich łączenia (alkohol i narkotyki), dawkowania (promieniowanie), a jeszcze bardziej od samej jednostki. Ponadto czynniki te mogą uszkodzić embrion w fazie rozwoju, wywołać samoistne poronienie lub wpłynąć na rozwój dziecka.

### 1.3. Psychologiczne aspekty niepłodności

Aby zwiększyć wiedzę na temat niepłodności, trzeba zrozumieć jej aspekty psychologiczne. Zjawisko niepłodności charakteryzuje się nie tylko wpływem na stan psychiczny jednostki, ale poddaje silnemu stresowi relację między mężem i żoną. Dla wielu zdolność poczęcia i wydania dziecka na świat stanowi coś głęboko zakorzenionego w definicji kobiecości i męskości, w identyfika-

<sup>58</sup> Por. R.C. Strickler, *Fattori che influenzano la fertilità*, w: W.R. Keye et al. (ed.), *Inferilità – Valutazione e trattamento...*, dz. cyt., s. 18.

<sup>59</sup> Por. M.L. di Pietro – E. Sgreccia, *Procreazione assistita e fecondazione artificiale tra scienza, bioetica e diritto...*, dz. cyt., s. 13.

cji własnej tożsamości – która często determinuje sens egzystencji. Narodziny dziecka są często jednym z fundamentów, wokół których para buduje własną relację. Niepłodność zatem wywołuje kryzys o wielkim znaczeniu. Para może się znaleźć w stanie rozchwiania emocjonalnego, do którego rozwoju i nasilenia zwykle przyczynia się tego rodzaju kryzys.

W odniesieniu do różnych hipotez badawczych w najnowszej literaturze dotyczącej relacji między czynnikami psychologicznymi a niepłodnością wyłaniają się trzy główne linie: czynniki psychologiczne w etiologii niepłodności; wpływ niepłodności na funkcjonowanie psychiczne; strategie akceptacji niepłodności i aspekty poradnictwa psychologicznego dla par, które nie mogą począć dziecka<sup>60</sup>.

W obecnym rozdziale podejmiemy tematy związane z pierwszym i drugim nurtem poszukiwań. Trzeci natomiast zostanie opisany w kolejnych rozdziałach.

### 1.3.1. Niepłodność o podłożu psychicznym

Niektórzy specjaliści, opierając się na swoim doświadczeniu, uważają, że czynniki emocjonalne wywierają znaczący wpływ na płodność. Nie wykluczają, że w przypadkach niepłodności organicznej i funkcjonalnej znaczącą rolę – za pośrednictwem mechanizmów psychosomatycznych, odgrywają czynniki emocjonalne. Działanie tych czynników odnajdujemy w zaburzeniach czynnościowych gruczołów dokrewnych, w skurczach jajowodów, w zespole wielotorbielowatych jajników, w ograniczeniu ruchliwości macicy, w zaburzeniu biochemizmu błony śluzowej szyjki macicy i w oligospermii<sup>61</sup>.

Wśród różnych czynników psychicznych mogących powodować niezdolność poczęcia, wyróżnimy kilka, które omówimy poniżej.

#### 1.3.1.1. Dysfunkcja seksualna

Badania wykazują, że niepłodność psychogenna jest wynikiem nieświadomego niepokoju związanego z pożądaniami seksualnymi, ambiwalentności wobec macierzyństwa, nierozwiązanego kompleksu Edypa i konfliktów tożsamości. Tego rodzaju przypadki, to znaczy niewytłumaczalna niepłodność, bez wyraźnej przyczyny – są uważane za skutek zaburzeń psychicznych i emocjonalnych.

---

<sup>60</sup> Por. B. Scatoletti, *Aspetti psicologici nella diagnosi e cura dell'infertilità di coppia: una rassegna della letteratura recente*, "Informazione Psicologica Psicoterapia Psichiatria" 29 (1996), s. 37.

<sup>61</sup> Por. B. Scatoletti, *Aspetti psicologici nella diagnosi...*, dz. cyt., s. 39.

Postępy endokrynologii reprodukcyjnej, technologii medycznej i poszukiwań psychologicznych nadały właściwe znaczenie psychopatologii jako źródłu niepłodności. W ostatnich latach w pogłębiony sposób badano następstwa psychiczne oraz ich wpływ na tożsamość rodzicielską, funkcję społeczną i seksualność.

Autorzy twierdzą, że dysfunkcja seksualna może mieć jako skutek niezdolność do poczęcia. Zważywszy na ścisłą relację między wydarzeniem reprodukcyjnym a seksualnością, problemy małżeńskie i seksualne mogą kryć się w obrębie niepłodności. Na przykład lęk przed stanieniem się rodzicami może prowadzić do niepokoju i dysfunkcji seksualnej, w konsekwencji do niepłodności. Analogicznie został wykazany związek między zanikiem miesiączki a innymi dysfunkcjami reprodukcyjnymi i endokrynnymi<sup>62</sup>.

### 1.3.1.2. Stres

Od dawna uczeni twierdzą, że nadmiar napięcia psychicznego może wpływać na zdrowie reprodukcyjne<sup>63</sup>. A. Möller i K. Fällström wykazali w swoim studium, że obsesyjna chęć posiadania dziecka, połączona ze stresem, jaki rodzi tego rodzaju impuls, może zmniejszyć prawdopodobieństwo poczęcia. Sugerują oni ponadto, że może to stanowić czynnik wpływający na powstanie niepłodności. Zarazem jednak stres wzrasta jako skutek stanu niepłodności, zapoczątkowując zamknięte koło, które może zmodyfikować samą zdolność poczęcia dziecka przez parę<sup>64</sup>.

Mimo ścisłej relacji istniejącej między stresem a niepłodnością wydaje się, że mężczyzna i kobieta odczuwają jego skutki bardziej w psychice niż w ciele. A.D. Domar i współpracownicy wysunęli hipotezę, że zmniejszenie stresu dzięki wprowadzeniu relaksacji zwiększa możliwość poczęcia<sup>65</sup>.

---

<sup>62</sup> Por. L.D. Applegarth, *Aspetti psicologici dell'infertilità*, w: W.R. Keye et al. (ed.), *Infertilità – Valutazione e trattamento...*, dz. cyt., s. 33–34.

<sup>63</sup> Por. S.K. Wasser – G. Sewall – M.R. Soules, *Psychosocial Stress as a Cause of Infertility*, *Fertil Steril* 3 (1993), s. 685.

<sup>64</sup> Por. A. Möller – K. Fällström, *Psychological Factors in the Etiology of Infertility: a Longitudinal Study*, "The Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology" 1 (1991), s. 13.

<sup>65</sup> Por. A.D. Domar – M.M. Seibel – H. Benson, *The Mind/Body Program for Infertility: a New Behavioral Treatment Approach for Women with Infertility*, *Fertil Steril* 2 (1990), s. 246–249.



### 1.3.2. Odpowiedzi emocjonalne na utratę rodzicielstwa

Wiele analizowanych poniżej badań opisuje, co może się zdarzyć na poziomie psychologicznym w razie niemożności poczęcia dziecka. Większość objawów można skatalogować jako poczucie winy, depresję, złość i izolację.

#### 1.3.2.1. Poczucie winy

W ramach tej reakcji emocjonalnej jedno z partnerów (lub oboje) bierze na siebie odpowiedzialność za niezdolność poczęcia dziecka. Może nastąpić wzrost skupiania uwagi na sobie wraz z obniżeniem samooceny. Poczucie winy może się ujawnić jako pojawienie się dysfunkcyjnych przekonań, a także myśli i uczuć wobec partnera.

Odnosnie do dysfunkcyjnych wierzeń R. Visigalli podkreśla, że „doświadczenie nieudanego poczęcia dziecka staje się pewnego rodzaju słuszną karą za jakiś błąd z przeszłości, a poczucie winy – jedynym sposobem zadośćuczynienia za jego popełnienie. Takie myśli są po prostu dysfunkcyjnymi wierzeniami, to znaczy ideami, które para sobie tworzy, aby spróbować znaleźć możliwe wytłumaczenie problemu niepłodności lub bezpłodności [...]. Ponadto one nie rozwiązują problemu, lecz go jeszcze bardziej powiększają. Myślenie w takich kategoriach jest zwyczajnym marnotrawieniem cennych energii, które mogłyby być użyte w bardziej konstruktywny sposób”<sup>66</sup>.

Również biorąc pod uwagę myśli i uczucia wobec partnera, poczucie winy „może się zrodzić z pełzającej i często niewyznawanej złości, jaką zdrowy partner może żywić wobec tego, który posiada jakąś wadę, ponieważ traktuje go jako właśnie odpowiedzialnego za problem. Ten, który jest zdrowy, często posiada złe samopoczucie, ponieważ odczuwa negatywne emocje w stosunku do drugiego”<sup>67</sup>.

#### 1.3.2.2. Depresja

Inną odpowiedzią na utratę marzeń o rodzicielstwie jest depresja. W tym stanie psychicznym „jedno z partnerów lub oboje rozwijają poczucie rozpaczy, smutku, przygnębienia, zaburzenia snu i żywienia, niezdolność koncen-

<sup>66</sup> R. Visigalli, *Sterilità e infertilità di coppia...*, dz. cyt., s. 48.

<sup>67</sup> R. Visigalli, *Sterilità e infertilità di coppia...*, dz. cyt., s. 49.

tracji, niepokój i drażliwość, pesymizm. Pojawienie się menstruacji często może uruchamiać taki proces desperacji u par bezpłodnych i niepłodnych<sup>68</sup>.

Depresja często jest odpowiedzią na jakąś stratę, dlatego ważna jest próba wskazania jej przedmiotu. W jednym z badań P.P. Mahlstedta znajdujemy klasyfikację strat, które zachodzą w dorosłym podmiocie i które nabierają większego znaczenia klinicznego w genezie depresji. Tymi kategoriami są: realna (lub potencjalna) utrata relacji, zdrowia, stanu społecznego, wysokiej samooceny i wiary we własne siły; utrata elementu fantazyjnego lub nadziei na osiągnięcie elementu fantazyjnego; utrata czegoś lub kogoś o dużej wartości symbolicznej<sup>69</sup>. Krótko mówiąc, autor podkreśla, że doświadczenie niepłodności i bezpłodności obejmuje każdą z tych strat.

Tego rodzaju doświadczenie może prowadzić do złego samopoczucia zarówno na poziomie relacyjnym, jak i indywidualnym. Mężczyzna cierpi, ponieważ czuje się dotknięty w swym poczuciu męskości. Nie móc począć dziecka znaczy dla mężczyzny być niezdolnym, nieadekwatnym, niemocnym. Dla kobiety natomiast przykrość jest związana z jednej strony z doświadczeniem nieodpowiedniości, a z drugiej – z doznaniem niespełnienia, które przeradza się w niezdolność czuć się do końca kobietą. Reakcje emocjonalne, jak te wyżej opisane, mogą na dłuższą metę stać się jeszcze bardziej niszczycielskie dla małżonków<sup>70</sup>.

### 1.3.2.3. Złość

Doświadczenie niezdolności poczęcia dziecka i konfrontacja z innymi, którzy mają dzieci, to wydarzenia mogące wywołać takie emocje jak złość. Takie ogólne poczucie złości może skierować się w stronę samych siebie (wraz z pojawieniem się depresji), współmałżonka, członków rodziny, przyjaciół lub personelu medycznego<sup>71</sup>.

Złość często wyraża się jako wojowniczość i niechęć. Podmiot może nie rozumieć, że takie zachowanie wynika z żalu w stosunku do życia oraz z bólu, a także z frustracji wobec własnego stanu niepłodności czy bezpłodności.

---

<sup>68</sup> L.D. Applegarth, *Aspetti psicologici dell'infertilità*, w: W.R. Keye et al. (ed.), *Infertilità – Valutazione e trattamento...*, dz. cyt., s. 27.

<sup>69</sup> Por. P.P. Mahlstedt, *The Psychological Component of Infertility*, *Fertil Steril* 3 (1985), s. 335–346.

<sup>70</sup> Por. R. Visigalli, *Sterilità e infertilità di coppia...*, dz. cyt., s. 50.

<sup>71</sup> Por. R. Visigalli, *Sterilità e infertilità di coppia...*, dz. cyt., s. 52.

Mogą pojawić się problemy także u kogoś, kto nie jest w stanie w żaden sposób wyrazić swojego poczucia złości, albo również u kogoś, kto powstrzymuje się przed jej wyrażaniem, ponieważ czuje negatywny skutek tego rodzaju emocji: niepowodzenia ciężowe, porzucenie przez partnera, rodzinę, przyjaciół i personel medyczny. Są i tacy, którzy boją się definitywnie stracić kontrolę nad sytuacją w przypadku, gdy uzewnętrznia złość noszoną w głębi. Niezdolność wyrażenia złości może potencjalnie powodować pojawienie się zachowań agresywnych typu pasywnego lub autodestrukcyjnego<sup>72</sup>.

#### 1.3.2.4. Izolacja

Zważywszy, że niezdolność poczęcia jest problemem dotyczącym sfery seksualnej i często jest uważana za coś ściśle prywatnego, wielu małżonków, którzy nie są w stanie począć dziecka, napotyka trudności w radzeniu sobie z innymi swoimi problemami, uznając, że nikt nie jest w stanie zrozumieć ogromu ich bólu ani towarzyszących mu wewnętrznych rozterek.

Poczucie izolacji rozwija się, kiedy para widzi, że otaczające ją osoby z łańcuchem poczynają i wydają na świat dzieci albo że inni często bez problemu osiągają wyznaczony sobie cel. Takie poczucie izolacji może się rozwijać również wówczas, gdy małżonkowie są nieustannie dopytywani o powód niezdolności posiadania dzieci. Rodzi się wówczas potrzeba odizolowania się od bólu wywoływanego przez reakcje innych osób, np. przez ciekawość, szczególnie uwypuklenie roli rodzicielstwa ze strony społeczeństwa i rodziny. Tego rodzaju wydarzenia prowadzą parę do poczucia wykluczenia z przejawów życia.

Niezdolność poczęcia może być czasami przeżywana jako poczucie zakłopotania wobec środowiska społecznego i kulturalnego. Izolacja społeczna i emocjonalna odbija się następnie negatywnie na wzajemnym zaufaniu małżonków i samoocenie. Niepłodność może prowadzić parę nie tylko do izolacji, ale także do niemożności przynależenia do określonego środowiska społecznego<sup>73</sup>.

---

<sup>72</sup> Por. L.D. Applegarth, *Aspetti psicologici dell'infertilità*, w: W.R. Keye et al. (ed.), *Infertilità – Valutazione e trattamento...*, dz. cyt., s. 28–29.

<sup>73</sup> Por. L.D. Applegarth, *Aspetti psicologici dell'infertilità*, w: W.R. Keye et al. (ed.), *Infertilità – Valutazione e trattamento...*, dz. cyt., s. 28–29; R. Visigalli, *Sterilità e infertilità di coppia...*, dz. cyt., s. 54–55.

### 1.3.3. Wpływ niepłodności na relację wewnątrz pary

Niepłodność odbija się negatywnie nie tylko na jednostce, ale również na trwałości małżeństwa. Wiele par decyduje się połączyć w małżeństwie ze względu na spodziewane posiadanie dziecka, a nie tylko z racji wzajemnego uczucia. Jeśli to oczekiwanie zostaje zawiedzione, para zaczyna podważać nie tylko znaczenie własnego życia, ale również trwanie własnego związku.

#### 1.3.3.1. Reakcja partnera

Często ze strony jednego z dwojga partnerów istnieją oczekiwania odnośnie do tego, jak drugi powinien zareagować na stres. Mąż może uważać, że jego rola polega na pocieszaniu żony. Kobieta natomiast często wykazuje skłonność do mocno emocjonalnego reagowania na niezdolność poczęcia dziecka i nie potrafi zrozumieć, dlaczego mąż nie reaguje w taki sam sposób. Mężczyzna bowiem zachowuje się ze spokojem, racjonalnością i optymizmem, natomiast żona często oskarża męża, że w zbyt nikłym stopniu interesuje się problemem niepłodności, że nie jest wystarczająco zainteresowany posiadaniem dziecka. Kiedy próby osiągnięcia ciąży zostają przerwane, wówczas problem niepłodności może przybrać obsesyjne rozmiary. Kobieta może stać się nerwowa lub wręcz histeryczna, ponieważ jest niezadowolona, nieszczśliwa i rozemocjonowana; mężczyzna natomiast jest zestresowany z powodu reakcji żony, którą trudno pocieszyć. Oboje partnerzy czują się skrajnie zniechęceni, wykazując skłonność do oddalenia się od siebie nawzajem, czemu towarzyszy pojawienie się napięcia, złości i osamotnienia<sup>74</sup>.

Mimo że reakcje męża i żony na brak ciąży są różne, para powinna wiedzieć, że problem ten wpływa na nich oboje, a nie tylko na jednego partnera, i wymaga rozwiązania przy wsparciu specjalistów.

#### 1.3.3.2. Stosunek seksualny

Niezdolność poczęcia dziecka często wywiera bardzo silny wpływ na seksualność pary. Stosunki seksualne mogą być teraz przeżywane jako coś nieprzyjemnego i emocjonalnie bolesnego, ponieważ brakuje im znaczenia prokreacyjnego. Stosunek seksualny, który przestał być wyrazem wzajemnej miłości

---

<sup>74</sup> Por. L.D. Applegarth, *Aspetti psicologici dell'infertilità*, w: W.R. Keye et al. (ed.), *Infertilità – Valutazione e trattamento...*, dz. cyt., s. 29–31; R. Visigalli, *Sterilità e infertilità di coppia...*, dz. cyt., s. 51, 61–62.

i oddania, staje się rutyną, czymś wykonywanym niechętnie, niemal odmierzonym stoperem; a seksualność może zacząć kojarzyć się z niepowodzeniem i rozpaczą<sup>75</sup>. Dysfunkcje i trudności seksualne mogą wynikać z problemów obecnych jeszcze przed pojawieniem się niepłodności. Niektórzy uczeni wysuwają hipotezę, że do genety zaburzeń stosunków seksualnych mogą się przyczynić doświadczenia seksualne typu traumatycznego w przeszłości, poczucie nieadekwatności lub zamętu w odniesieniu do własnej roli psychoseksualnej, depresja i niska samoocena. W takich przypadkach bezpłodność i niepłodność działają jako katalizator, który wydobywa na powierzchnię problemy seksualne<sup>76</sup>. Zauważono również, że niezdolność poczęcia dziecka nie tylko zagraża indywidualnej tożsamości seksualnej kobiety i/lub mężczyzny, ale jest również przeżywana jako głęboka rana w odniesieniu do tożsamości płciowej, to znaczy bycia jednostką fizycznie dojrzałą, a więc zdolną do prokreacji<sup>77</sup>.

### 1.3.3.3. Powtarzające się samoistne poronienia

Również powtarzające się samoistne poronienia mogą mieć znaczące reperkusje psychologiczne w relacji pary. Kobieta, która osiągnęła poczęcie, a jej organizm nie jest zdolny donosić płodu do końca ciąży, najczęściej wykazuje skłonność do uważania się za „przegraną”. Czuje się ona odpowiedzialna za niepowodzenie, wzbudzając w sobie silne poczucie winy i zarazem lęku. Utrata płodu silnie oddziałuje na kobietę, niezależnie od momentu, w którym to następuje, czy na początku, czy krótko przed porodem<sup>78</sup>.

Pary, które doświadczają żaloby i bólu po poronieniu, często nie otrzymują wsparcia od innych, także dlatego, że sprawa często pozostaje ukryta. Kobięcie nie daje się możliwości zmierzenia się z własnym bólem, co przedłuża poczucie smutku i niezdolności, wywierając mocno negatywny wpływ na relacje wewnątrz pary, a także na ewentualne potomstwo. Mąż również może doświadczać głębokiej reakcji emocjonalnej, ale wielkość bólu jest ściśle skorelowana z etapem ciąży. Często bowiem ojciec pozostaje z dala od tego wydarzenia, którego nierzadko podstawowym zadaniem wobec żony jest nie po-

<sup>75</sup> Por. L.D. Applegarth, *Aspetti psicologici dell'infertilità*, w: W.R. Keye et al. (ed.), *Infertilità – Valutazione e trattamento...*, dz. cyt., s. 31.

<sup>76</sup> Por. L.D. Applegarth, *Aspetti psicologici dell'infertilità*, w: W.R. Keye et al. (ed.), *Infertilità – Valutazione e trattamento...*, dz. cyt., s. 32.

<sup>77</sup> Por. L. de Pascalis – G.B. la Sala, *La sessualità nella coppia infertile*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 27.

<sup>78</sup> Por. C.H. Garner, *Pregnancy After Infertility*, JOGNN 6 (1985), supplement 58.

zwolnić wybuchnąć własnym emocjom. Jego rola polega przede wszystkim na okazaniu emocjonalnego wsparcia żonie<sup>79</sup>.

Z badania psychologicznych aspektów niepłodności możemy wysnuć kilka wniosków: zarówno różne dysfunkcje seksualne, jak i związane z nimi czynniki emocjonalne mogą w różny sposób wpływać na niepłodność, w zależności od ładunku psychologicznego, czasu trwania, osobowości podmiotów, których to dotyczy. Pary doświadczające niepłodności i bezpłodności muszą się mierzyć z całą gamą uczuć i emocji, takich jak złość, poczucie winy, izolacja i depresja. Często są one zmuszone dogłębnie przyjrzeć się swojej własnej relacji i osobistym wartościom, swojemu *credo* religijnemu i podejściu do rodzicielstwa.

Obserwuje się także różne reakcje na stan niepłodności. Kobiety są bardziej niż mężczyźni skłonne do reagowania w sposób emocjonalny na niezdolność poczęcia dziecka. To w nich ten stan wpływa bardziej na seksualność, co może powodować utratę jej głębszego wymiaru. Jak już wspomniano, także niedonoszenie ciąży stanowi istotne źródło stresu z powodu różnego przeżywania bólu przez mężczyznę i kobietę.

## 1.4. Etiologia kobiecej niepłodności

W tej części omówimy etiologię kobiecej niepłodności, biorąc pod uwagę następujące czynniki: owulacyjny, maciczno-miednicowo-jajowodowy, genetyczny i infekcyjny, a także kilka najczęstszych przyczyn oddziałujących na płodność: zespół wielotorbielowatych jajników (*Poly-Cystic Ovary Syndrome*, PCOS), zapalenie narządów miednicy mniejszej (*Pelvic Inflammatory Disease*, PID) i endometriozę.

### 1.4.1. Czynniki owulacyjny

Niepłodność kobieca może być wywołana zaburzeniami owulacji. Nieprawidłowości dotyczące owulacji i regularności cyklu powodują niepłodność w przedziale od 10 do 25% przypadków, obejmują one sytuacje od nieregularnych cykli miesięczkowych po ich całkowity brak. Jak zobaczymy poniżej,

---

<sup>79</sup> Por. K. Conway – G. Russell, *Couples' Grief and Experience of Support in the Aftermath of Miscarriage*, "Psychology and Psychotherapy" 4 (2000), s. 545; D. Grennteld – V. Walther, *Psychological Aspects of Recurrent Pregnancy Loss*, "The Infertility and Reproductive Medicine Clinics of North America" 2 (1991), s. 235.

różne są tego przyczyny<sup>80</sup>. Literatura przedmiotu dostarcza następujących definicji omawianych przez nas zagadnienia.

Przez czynnik owulacyjny rozumie się „niejednorodną grupę nieprawidłowości, których końcowym rezultatem jest zaburzenie regularnych cykli owulacyjnych”<sup>81</sup>. Wyróżnia się: *anowulację* – brak owulacji, który może być czasowy lub chroniczny w zależności od tego, czy czas jego trwania jest krótszy niż 6 miesięcy, czy równy temu okresowi bądź dłuższy; *oligoowulację* – brak owulacji przez okres dłuższy niż 35 dni; *amenorrhoea* – brak miesiączki, który z kolei może być czasowy lub chroniczny w zależności od tego, czy czas jego trwania jest krótszy niż 6 miesięcy, czy równy temu okresowi bądź dłuższy; *oligoamenorrhoea* – czas trwania cyklu menstruacyjnego powyżej 35 dni<sup>82</sup>.

Wspomniane wyżej nieprawidłowości owulacyjne zostały sklasyfikowane przez WHO zgodnie z prostą i łatwą do stosowania metodologią kliniczną na podstawie poziomów hormonu folikulotropowego (*follicle-stimulating hormone*, FSH) i hormonu luteinizującego (*luteinizing hormone*, LH) oraz estradiolu (E2) w surowicy. Te zaburzenia owulacyjne, identyfikowane umownie jako braki miesiączki, dzielą się następnie na trzy klasy: hipergonadotropowe (klasa 1 WHO), normogonadotropowe (klasa 2 WHO), hipogonadotropowe (klasa 3 WHO).

Jednak w większości przypadków zaburzenia owulacyjne łączą się z normalnymi poziomami gonadotropin. PCOS, który szerzej opisujemy w następnych punktach, jest najczęstszą przyczyną oligoowulacji normogonadotropowej<sup>83</sup>. Cykl menstrualny jest w pewnym sensie „żywoznym znakiem” zdrowia reprodukcyjnego kobiety, a więc zaburzenia owulacyjne/menstruacyjne zasługują na szczególną uwagę i wymagają wcześniejszej diagnozy.

<sup>80</sup> Por. E. Cittadini – R. Palermo – C. Zangara, *Sterilità*, w: *La Clinica Ostetrica e Ginecologica*, t. II: *Sterilità femminile*, ed. G.B. Candiani – V. Danesino – A. Gastaldi, Masson, Milano 1996<sup>2</sup>, s. 1186.

<sup>81</sup> S. Palomba – M.T. Villani – G.B. la Sala, *Disordini ovulatori*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 47.

<sup>82</sup> Por. R. Visigalli, *Sterilità e infertilità di coppia...*, dz. cyt., s. 109–121.

<sup>83</sup> Por. R. Visigalli, *Sterilità e infertilità di coppia...*, dz. cyt., s. 48–51; A. Lanzone, *Infertilità. Parte medica 2. Sterilità di coppia*, w: EBSG, t. VII..., dz. cyt., s. 459; J.L. Luborsky et al., *Premature Menopause in a Multi-ethnic Population Study of the Menopause Transition*, *Hum Reprod* 1 (2003), s. 199–206; D. Hamilton-Fairley – A. Taylor, *Anovulation*, *BMJ* 7414 (2003), s. 546–549.

### 1.4.2. Czynnik maciczno-jajowodowo-miednicowy

Obserwujemy tutaj wszystkie mniej lub bardziej częste patologie organiczne żeńskiego aparatu genitalnego, które będą analizowane jedynie z punktu widzenia ich związku z niepłodnością.

#### 1.4.2.1. Patologie macicy

Pierwszą omawianą patologią będzie patologia macicy, w szczególności *mięśniaki macicy*, których występowanie u kobiet w wieku płodnym jest bardzo wysokie. Mięśniaki macicy, zwane także włókniakami lub mięśniakami gładkokomórkowymi, są najbardziej rozpowszechnionymi nowotworami macicy. W zależności od umiejscowienia i rozmiarów mogą one być przyczyną niepłodności<sup>84</sup>.

Badania potwierdzają, że mięśniakami dotkniętych jest 2,7–12,6% kobiet ciężarnych oraz 12,6–25% kobiet, które poddają się technikom prokreacji medycznie wspomaganey (IVF). Ponieważ dziś w zachodnich społeczeństwach pierwsza ciąża pojawia się w coraz starszym wieku kobiety, przypadki mięśniaków u kobiet w wieku płodnym pragnących mieć potomstwo są niezwykłym zjawiskiem, które prawdopodobnie będzie w najbliższej przyszłości miało tendencję wzrostową.

Mięśniaki macicy klasyfikowane są w następujący sposób: *mięśniaki podsurowicówkowe*, usytuowane poza macicą; *mięśniaki śródścienne*, znajdujące się w obrębie ściany macicy; *mięśniaki uszypułowane*, rosnące na zewnątrz, połączone z macicą tylko przez szypułkę; wreszcie *mięśniaki podśluzówkowe*, uwypuklające się do jamy macicy. Te ostatnie wymagają zawsze usunięcia drogą zabiegu chirurgicznego, ponieważ mogą być przeszkodą w zagnieżdżeniu i rozwoju ciąży<sup>85</sup>.

Związek między *mięśniakami* śródściennymi a niepłodnością kobiecą nie jest jeszcze dobrze rozpoznany i – jak się podkreśla – terapia powinna być spersonalizowana. Właściwa decyzja terapeutyczna w takich przypadkach zależy od objawów prezentowanych przez pacjentkę, jak również od ilości, umiejscowienia i wielkości mięśniaków.

<sup>84</sup> Por. E. Cittadini – R. Palermo – C. Zangara, *Sterilità*, w: G.B. Candiani et al. (ed.), *La Clinica Ostetrica e Ginecologica*, t. II: *Sterilità femminile...*, dz. cyt., s. 1177.

<sup>85</sup> Por. V.D. Mandato et al., *Miomi uterini*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 53–57.



Kolejną ważną anomalią macicy, choć rzadszą niż mięśniaki, są wady wrodzone związane z patologią rozwojową przewodów Müllera. Jest to heterogeniczna grupa zaburzeń rozwoju aparatu rozrodczego kobiety<sup>86</sup>.

„Malformacje przewodów Müllera obejmują anomalie morfostrukturalne dotyczące jajowodów, macicy, pochwy i sromu, połączone lub nie z malformacjami jajników, układu moczowego lub innych narządów, które nie mają związku z czynnościami prokreacyjnymi. Mogą one powodować zaburzenia w cyklu menstruacyjnym, częściową lub całkowitą niemożność odbywania kompletnych stosunków seksualnych, ematomometra, niepłodność, nawracające poronienia, ciężce pozamaciczne, trudności w donoszeniu ciąży”<sup>87</sup>.

Wśród wad wrodzonych najczęstsze to: macica podwójna, jednoróżna, dwuróżna, z przegrodą, macica łukowata lub nawet hipoplazja czy agenezja. Mniejsze malformacje stanowią 7–10%, natomiast jeśli uwzględni się tylko te większe, są one obecne u około 2% kobiet płodnych, u 3% kobiet z niepłodnością i 5–10% kobiet z nawracającymi poronieniami<sup>88</sup>.

Wreszcie częstymi i heterogenicznymi patologiami są patologie wewnątrzmaciczne, obejmujące: zrosty wewnątrzmaciczne, metaplazję, polipy endometrialne, hiperplazję oraz raka endometrium. Zależność między poszczególnymi patologiami wewnątrzmacicznymi a niepłodnością kobiecą jest zróżnicowana. Każdą terapię należy zawsze spersonalizować<sup>89</sup>.

#### 1.4.2.2. Patologie jajowodów

Według badań E.C. Duna i C.H. Nezhata patologia jajowodów stanowi dziś 25–35% przyczyn niepłodności kobiecej. Może ona być jednostronna lub obustronna<sup>90</sup>.

<sup>86</sup> Por. E. Cittadini – R. Palermo – C. Zangara, *Sterilità*, w: G.B. Candiani et al. (ed.), *La Clinica Ostetrica e Ginecologica*, t. II: *Sterilità femminile...*, dz. cyt., s. 1177.

<sup>87</sup> P. Acien – M.I. Acien, *The History of Female Genital Tract Malformation Classifications and Proposal on an Updated System*, “The Human Reproduction Update” 5 (2011), s. 694.

<sup>88</sup> Por. S. Palomba – G.B. la Sala, *Malformazioni mülleriane*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 57–67.

<sup>89</sup> Por. V.D. Mandato et al., *Patologia endocavitaria uterina*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 67–70.

<sup>90</sup> Por. E.C. Dun – C.H. Nezhata, *Tubal Factor Infertility: Diagnosis and Management in the Era of Assisted Reproductive Technology*, “The Obstetrics and Gynecology Clinics of North America” 4 (2012), s. 551.

Klasyfikacja patologii jajowodów jest następująca: proksymalna niedrożność jajowodów, dystalna niedrożność jajowodów, zwężenie jajowodów, zrosty okołojajowodowe, zrosty okołojajowodowe związane ze zwężeniem/niedrożnością jajowodów<sup>91</sup>. Patologie jajowodów mogą konkretnie uniemożliwić przedostanie się gamet lub embrionów przez światło jajowodu; mogą również spowodować jako skutek końcowy zwłóknienie jajowodów, powstanie zrostów endoluminalnych, okołojajowodowych i okołojajnikowych, częściowe lub całkowite zamknięcie jajowodu, uszkodzenie aparatu strzępkowego wraz z utratą zdolności przechwycenia oocytu, jak również uszkodzenia śluzówki jajowodu.

Zaburzenia te mogą być wieloprzyczynowe: najczęściej są spowodowane chorobami zapalnymi miednicy (warunki determinujące rozwój patologii jajowodów są przeważnie natury infekcyjnej lub zapalnej), endometriozą oraz zabiegami chirurgicznymi (skutki uboczne – zrosty pooperacyjne)<sup>92</sup>.

#### 1.4.2.3. Zespół zrostów w miednicy mniejszej

Powstawanie zrostów stanowi jedną z najczęstszych komplikacji w laparotomii/laparoskopii brzuszno-miednicowej. „Zrosty są anormalnymi włóknistymi zbliznowaczeniami, posiadającymi tkankę naczyniową lub nie, łączącymi powierzchnie struktur anatomicznych pierwotnie od siebie oddzielone. Tworzą się one w następstwie uszkodzeń otrzewnej i wywołują zapalenie”<sup>93</sup>.

Odnosząc się natomiast do epidemiologii, literatura podaje, że w 15% przypadków niepłodność kobieca/małżeńska wiąże się z zespołem zrostów w miednicy mniejszej lub razem z innymi patologiami kobiecymi i/lub męskimi<sup>94</sup>. Etiologia zespołu zrostów pozostaje zawsze zmienna. Liczne uwarunkowania – takie jak infekcje, chemioterapia, zabiegi chirurgiczne (zwłaszcza powtórne zabiegi laparotomii) i endometrioza – powodują uszkodzenia otrzewnej i wywołują stan zapalny, który sprzyja powstawaniu zrostów.

<sup>91</sup> Por. S. Palomba – G.B. la Sala, *Patologia tubarica*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 74.

<sup>92</sup> Por. C. Flamigni, *Il primo libro della sterilità...*, dz. cyt., s. 152–153; M.L. di Pietro – E. Sgreccia, *Procreazione assistita e fecondazione artificiale tra scienza, bioetica e diritto...*, dz. cyt., s. 19.

<sup>93</sup> S. Palomba – G.B. la Sala, *Sindrome aderenziale pelvica*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 71.

<sup>94</sup> Por. S. Palomba – G.B. la Sala, *Sindrome aderenziale pelvica*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 72.

Istnieją ponadto pewne mechanizmy zespołu zrostów w miednicy mniejszej, które mogą ograniczać płodność kobiety lub powodować jej niepłodność. Po pierwsze, zespół zrostów w miednicy mniejszej może wywołać zniekształcenie stosunków topograficznych między jajowodami a jajnikami, uniemożliwiając jajowodom uchwycenie oocytów, albo też może powodować jednostronną lub obustronną niedrożność jajowodu, wodniaka jajowodu lub torbiel jajowodu.

Ponadto sama obecność zrostów stwarzałaaby obraz ograniczonej płodności, od związanego z tym czynnika otrzewnowego po zaburzoną odpowiedź odpornościową. Przewiduje się więc, że obecność zrostów i związany z nimi stan zapalny mogą wpływać na procesy dojrzewania oocytów. Wreszcie istnieje też hipoteza, że te same przyczyny, które powodują powstanie zrostów, mogą również same z siebie być przyczyną ograniczonej płodności<sup>95</sup>.

### 1.4.3. Czynniki genetyczne

Rozwój technik diagnozy cytogenetycznej i molekularnej w badaniach nad ludzkim genomem pozwolił zebrać wiele informacji dotyczących anomalii chromosomowych i genetycznych, które powodują zaburzenia w zróżnicowaniu płciowym oraz funkcji prokreacyjnej kobiety.

Częstotliwość występowania anomalii chromosomowych w niepłodności kobiecej jest zmienna, ale – jak podają D. Meschede i inni – można ją szacować na około 5%<sup>96</sup>.

#### 1.4.3.1. Anomalie liczby chromosomów

Z klinicznego punktu widzenia spośród wszystkich zaburzeń genetycznych związanych z kobiecą niepłodnością najbardziej powszechną i znaczącą jest *aneuploidia*, czyli zmiana liczby chromosomów wskutek braku chromosomu lub obecności chromosomu nadliczbowego. W konsekwencji około 50% samoistnych poronień wykazuje zmiany chromosomowe. Spośród nich 9% ma

---

<sup>95</sup> Por. S. Palomba – G.B. la Sala, *Sindrome aderenziale pelvica*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 72; C. Flamigni, *Il primo libro della sterilità...*, dz. cyt., s. 153–157.

<sup>96</sup> Por. D. Meschede et al., *Chromosome Abnormalities in 447 Couples Undergoing Intracytoplasmic Sperm Injection-prevalence, Types, Sex Distribution and Reproductive Relevance*, *Hum Reprod* 3 (1998), s. 576.

monosomię chromosomu płciowego X (45,X), 30% ma trisomię, a 10% posiada zestaw triploidalny lub tetraploidalny<sup>97</sup>.

*Zespół Turnera*, który jest genetycznie uwarunkowanym syndromem spowodowanym monosomią chromosomu płciowego X. Monosomia chromosomu X jest jedynym typem monosomii, z którym można żyć. Jednak szacuje się, że około 99% embrionów z monosomią kompletną umiera samoistnie. Kobiety z tym zespołem charakteryzują się: infantyлизmem drugorzędnych cech płciowych, pierwotnym brakiem miesiączki i przedwczesną menopauzą<sup>98</sup>.

Inny spośród częściej występujących jest *zespół 46/XY*. Kobiety z kariotypem 46/XY prezentują fenotyp kobiecy z kariotypem męskim. Kobiety dotknięte tym syndromem cierpią na pierwotny brak miesiączki i bezpłodność z powodu braku funkcji jajnikowej lub obecności jąder wewnątrzbrzusznych i są narażone na wysokie ryzyko nowotworów gonad<sup>99</sup>.

Wreszcie trzeba wspomnieć o *trisomii 47,XXX*. Mimo że przypadki 47,XXX zachodzą z częstotliwością 1:1000 urodzonych dziewczynek, niektóre badania podają, że kobiety z kariotypem 47,XXX mogą być bardziej narażone przedwczesną menopauzę, prawdopodobnie z powodu zaburzeń immunologicznych<sup>100</sup>.

### 1.4.3.2. Anomalie struktury chromosomów

Zmiany struktury chromosomów wynikają z przerwania jednego chromosomu, po którym nastąpiło wadliwe ponowne połączenie (translokacje chromosomów). Anomalie te zachodzą zwykle przed gametogenezą lub w jej trakcie, dlatego komórki embrionu ukształtowanego po zapłodnieniu prezentują taką samą translokację.

Translokacje chromosomów mogą być: zrównoważone (jeśli nie powodują utraty materiału genetycznego) lub niezrównoważone (jeśli ją powodują). Zjawisko to może dotyczyć tylko jednego chromosomu (aberracja intrachro-

<sup>97</sup> Por. I. Rondini et al., *Fattore genetico dell'infertilità femminile*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 78–79.

<sup>98</sup> Por. M. Zollino, *Sindromi cromosomiche e disordini genomici*, w: G. Neri – M. Genuardi (ed.), *Genetica umana e medica*, Masson, Milano 2010<sup>2</sup>, s. 228.

<sup>99</sup> Por. M. Zollino, *Sindromi cromosomiche e disordini genomici*, w: G. Neri – M. Genuardi (ed.), *Genetica umana e medica...*, dz. cyt., s. 229.

<sup>100</sup> Por. G. Neri, *Difetti genetici della differenziazione sessuale*, w: G. Neri – M. Genuardi (red.), *Genetica umana e medica...*, dz. cyt., s. 454.

mosomowa) albo więcej niż jednego chromosomu (aberracja interchromosomowa)<sup>101</sup>.

Zatrzymamy się teraz na niektórych zmianach. Musimy przede wszystkim wspomnieć o *zmianach krótkiego ramienia chromosomu X*. Mówiąc o jego wpływie na płodność, trzeba stwierdzić, że około 50% kobiet z krótkim ramieniem chromosomu X cierpi na pierwotny brak miesiączki i dysgenezję gonad związaną z przedwczesną menopauzą, a 45% przejawia wtórny brak miesiączki. Po drugie, kobiety z *izochromosomem X* o kariotypie 46,Xins (Xq) charakteryzują się mniej więcej całkowitą dysgenezją gonad, co w konsekwencji objawia się pierwotnym brakiem miesiączki. Inne ewentualnie występujące cechy fenotypowe są analogiczne do tych typowych w zespole Turnera. Po trzecie, wyróżniamy *zmiany długiego ramienia chromosomu X*. Delecje chromosomu X w pozycji q13 wiąże się z pierwotnym brakiem miesiączki, niewykształceniem gruczołu mlekowego i kompletną dysfunkcją jajników. Pierwotny brak miesiączki występuje także w przypadku delecji chromosomu X w locus Xq21<sup>102</sup>.

Delecje bardziej dystalne niż w locus Xq21 są natomiast odpowiedzialne za przedwczesną menopauzę. Choć granice tego obszaru chromosomowego nie są jeszcze do końca zdefiniowane, przyjmuje się, że z przedwczesną menopauzą wiąże się zmiany trzech loci: Xq13-21, Xq22-25, Xq26-28<sup>103</sup>.

### 1.4.3.3. Zmiany monogeniczne

Choroby monogeniczne są rzadsze niż zmiany chromosomowe i wynikają z mutacji pojedynczego genu. Możemy je sklasyfikować następująco: formy autosomalne, kiedy gen nie jest zlokalizowany na chromosomach płciowych, albo *X-linked*, jeśli gen odpowiedzialny za chorobę jest usytuowany na chromosomie X. Choroby te dzielą się następnie na formy dominujące i formy recesywne, w zależności od tego, czy chorobę wywołał jeden allel zmutowanego genu, czy też obydwa.

Wśród zmian monogenicznych wyróżniamy ponadto stan *hipogonadyzmu hipogonadotropowego*, który klinicznie przejawia się jako znikomy/nieobecny

<sup>101</sup> Por. I. Rondini et al., *Fattore genetico dell'infertilità femminile*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 80.

<sup>102</sup> Por. G. Neri, *Difetti genetici della differenziazione sessuale*, w: G. Neri – M. Genuardi (red.), *Genetica umana e medica...*, dz. cyt., s. 454.

<sup>103</sup> Por. G. Neri, *Difetti genetici della differenziazione sessuale*, w: G. Neri – M. Genuardi (red.), *Genetica umana e medica...*, dz. cyt., s. 255.

rozwój seksualny, pierwotny brak miesiączki. Stan ten nieuchronnie warunkuje dysfunkcję jajników, a więc i niepłodność.

W tym obszarze znajdujemy także *mutacje enzymatycznej ścieżki syntezy hormonów steroidowych* w nadnerczach. Mutacja genu kodującego syntezę enzymu 17 $\alpha$ -hydroksylazy (cytochrom P-450c17 $\alpha$ , CYP17), zlokalizowanego na chromosomie 10q24.3, wywołuje rzadką patologię autosomalną recesywną, charakteryzującą się zaburzonym rozwojem płciowym w okresie dojrzewania, spowodowanym niezdolnością wytwarzania steroidów płciowych. Stan ten prezentuje ponadto niedorozwój gruczołu mlekowego<sup>104</sup>.

Wreszcie trzeba wspomnieć o *dystrofii miotonicznej*, która stanowi jedną z neuromięśniowych chorób genetycznych degeneracyjnych o charakterze autosomalnym. Dostępne dziś dane dotyczące związku między dystrofią miotoniczną a niepłodnością kobiecą są jeszcze ograniczone. E. Feyereisen i inni na przykład wysuwają hipotezę o związku między dystrofią miotoniczną a dysfunkcją jajników<sup>105</sup>.

#### 1.4.4. Czynniki infekcyjne

Czynniki infekcyjnymi kobiecej niepłodności są bakterie, grzyby i pierwotniaki. *Chlamydia trachomatis* należy do głównych patogenów łączonych z niepłodnością kobiecą i jest uważana za najbardziej rozpowszechnioną na świecie bakterię przenoszoną drogą płciową (wpływ i występowanie tej infekcji waha się od 1% do 40% na świecie)<sup>106</sup>. „*Chlamydiae* są grupą mikroorganizmów, bezwzględnie wewnątrzkomórkowych, «pasożytów obligatoryjnych» komórek gospodarza. Rodzina *Chlamydiaceae* obejmuje rodzaj *Chlamydia* z trzema gatunkami, które są przedmiotem zainteresowania medycyny: *C. psittaci*, *C. pneumoniae*, *C. trachomatis* [...]. *C. trachomatis* stanowi najczęstszą przyczynę infekcji przenoszonych drogą płciową, związanych z zapaleniami narządów miednicy mniejszej i powikłaniami, takimi jak niepłodność jajowodowo-miednicowa oraz ciąża ektopowa”<sup>107</sup>. Infekcja spowodowana *C. trachomatis*

<sup>104</sup> Por. I. Rondini et al., *Fattore genetico dell'infertilità femminile*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 83–88.

<sup>105</sup> Por. E. Feyereisen et al., *Myotonic Dystrophy: Does it Affect Ovarian Follicular Status and Responsiveness to Controlled Ovarian Stimulation?*, *Hum Reprod* 1 (2006), s. 175.

<sup>106</sup> Por. F. Capodanno – G.B. la Sala, *Fattore infettivologico*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 88.

<sup>107</sup> L. Masucci, *Diagnostica microbiologica delle infezioni urogenitali correlate alla fertilità*, w: A. Saporosi – S. Girotto (ed.), *La ricerca della gravidanza nell'infertilità di coppia*,

może uszkodzić płodność kobiecą za pomocą różnych mechanizmów, ale u podstawy każdego z nich jest przejście infekcji w stan przewlekły.

Wspomnieć trzeba ponadto *Neisseria gonorrhoeae*: „Czynnikiem etiologicznym rzeżączki jest pasożytnicza Gram-ujemna bakteria, wyłączna dla gatunku ludzkiego. Zarażenie infekcją *N. gonorrhoeae* dokonuje się wyłącznie drogą płciową. Jest ona rozpowszechniona na całym świecie, a jej występowanie zdaje się wzrastać paralelnie z rozpowszechnieniem infekcji od *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)”<sup>108</sup>. Głównym mechanizmem, który może sprawić, że infekcja ta spowoduje niepłodność kobiecą, jest niedrożność jajowodów. Ponadto wiąże się z nią także ciężce ektopowe i chroniczne zapalenie narządów miednicy mniejszej<sup>109</sup>.

Należy wspomnieć nam jeszcze o *mikoplazmach*, które są najmniejszym (200 nm) mikroorganizmami obdarzonymi autonomią reprodukcyjną. Wśród mikoplazm genitalnych, tych najczęściej łączonych z infekcjami ludzkimi, są: *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* i *Mycoplasma genitalium*. U kobiet są on odpowiedzialne za: zapalenie cewki moczowej, zapalenie szyjki macicy, przedwczesne poronienie, zapalenie narządów miednicy mniejszej, śmierć wewnątrzmaciczna i przedwczesne pęknięcie błon płodowych<sup>110</sup>.

Na koniec chcemy odnieść się do *Mycobacterium tuberculosis*, która jest „prątkiem o długości od 2 do 4 µm z charakterystyczną zewnętrzną powłoką, która wprawdzie odzwierciedla strukturę powłok bakterii Gram-dodatnich, jednak charakteryzuje się bogactwem specyficznych lipidów usytuowanych na zewnątrz ściany komórkowej”<sup>111</sup>.

Ten rodzaj infekcji stanowi około 5% wszystkich infekcji miednicy mniejszej i występuje średnio w 10% przypadków gruźlicy płuc, wahając się od 1% przypadków w krajach uprzemysłowionych do 20% przypadków w krajach rozwijających się.

---

Cortina Verona, Verona 2011, s. 34.

<sup>108</sup> F. Capodanno – G.B. la Sala, *Fattore infettivologico*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 90.

<sup>109</sup> Por. L. Masucci, *Diagnostica microbiologica delle infezioni urogenitali correlate alla fertilità*, w: A. Saporosi – S. Girotto (ed.), *La ricerca della gravidanza nell'infertilità di coppia...*, dz. cyt., s. 35.

<sup>110</sup> Por. V. Danesino – S. Guaschino, *Malattie sessualmente trasmesse e malattia infiammatoria pelvica*, w: *La Clinica Ostetrica e Ginecologica*, t. II: *Malattie sessualmente trasmesse*, ed. G.B. Candiani – V. Danesino – A. Gastaldi, Masson, Milano 1996<sup>c</sup>, s. 1410.

<sup>111</sup> F. Capodanno – G.B. la Sala, *Fattore infettivologico*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 92.

Ludzka płodność może być narażona na niebezpieczeństwo także ze strony *M. tuberculosis* za sprawą infekcji określanej jako „gruźlica narządów płciowych”. Od 44 do 73% kobiet z infekcją narządów płciowych wywołaną przez *M. tuberculosis* ma dysfunkcję płodności. Stan bezpłodności lub niepłodności ujawnia się w jednym lub kilku miejscach układu rozrodczego. Gruźlica narządów płciowych może powodować niepłodność kobiecą także przez wywołanie zapalenia błony śluzowej macicy<sup>112</sup>.

#### 1.4.5. Inne czynniki

Na koniec przyjrzymy się niektórym spośród najczęstszych przyczyn niepłodności kobiecej: PCOS, endometriozie i PID.

##### 1.4.5.1. PCOS

Zespół wielotorbielowatych jajników (PCOS) jest dziś klinicznie stwierdzany na podstawie zaistnienia przynajmniej dwóch spośród następujących trzech kryteriów: a) oligo- i/lub anowulacji; b) klinicznych lub biochemicznych oznak hiperandrogenizmu; c) diagnozy wielotorbielowatych jajników na podstawie badania USG<sup>113</sup>. Ta dysfunkcja dotyczy 5–10% kobiet w wieku płodnym i jest dominującą przyczyną subpłodności (obniżonej płodności) kobiecej, głównym powodem niepłodności typu owulacyjnego, a także często zespołu metabolicznego<sup>114</sup>.

Jedną z głównych cech charakterystycznych PCOS jest hiperandrogenizm – stan, w którym następuje zwiększenie produkcji hormonów androgenowych (hormonów męskich). Ponadto występuje nieregularność cykli miesięczkowych menstruacji, rozumiana jako oligo-amenorrhoea (menstruacje pojawiające się co 35–40 dni) lub właściwy wtórny brak miesiączki (amenorrhoea). Innymi objawami PCOS są: brak owulacji, hirsutyzm, trądzik i łojotok (wraz z wynikającym z niego łysieniem androgenowym), to znaczy utratą

---

<sup>112</sup> Por. F. Capodanno – G.B. la Sala, *Fattore infettivologico*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 92.

<sup>113</sup> Por. L. Selvaggi – D. Martinez – A. Lanzone, *Patologia disfunzionale ovarica*, w: A. Saporosi – S. Girotto (ed.), *La ricerca della gravidanza nell'infertilità di coppia...*, dz. cyt., s. 26.

<sup>114</sup> Por. S. Palomba – G.B. la Sala, *PCO/PCOS*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 95.



włosów typu męskiego. Badania wykazują, że ponad 50% kobiet z zespołem PCOS cierpi ponadto na nadwagę lub otyłość<sup>115</sup>.

#### 1.4.5.2. Endometrioza

Endometrioza jest to „stan patologiczny wywołany przez rozsianie i rozrost tkanki błony śluzowej (gruczoły błony śluzowej macicy i stroma cytogenowa) w nietypowych miejscach albo przez powstanie tkanki błony śluzowej w wyniku procesu metaplastji poza fizjologicznym miejscem jej występowania to jest wewnątrzmacicznie. Dlatego choroba ta jest uważana za heterotopię”<sup>116</sup>.

Endometrioza jest często spotykaną patologią, dotyczącą głównie kobiety w wieku prokreacyjnym na poziomie 5–10%, natomiast występuje na poziomie 25–50% u kobiet z niepłodnością i/lub z chronicznymi bólami w miednicy mniejszej. Etiologia endometriozy jest prawdopodobnie wieloczynnikowa (czynniki genetyczne, rasowe, odpornościowe, społeczne).

Na ogół objawy pojawiają się w wieku dorosłym, ale mogą wystąpić już w okresie dojrzewania. Najczęstsze objawy to: niepłodność, wtórne bóle menstruacyjne, głęboka dyspareunia, plamienie międzymiesiączkowe, przewlekły ból w miednicy mniejszej.

Według American Society for Reproductive Medicine (ASRM) endometriozę dzieli się na następujące cztery stadia: I (endometrioza minimalna): *score* 1–5; II (endometrioza lekka): *score* 6–10; III (endometrioza umiarkowana): *score* 16–40; IV (endometrioza ciężka): *score* >40.

Jest oczywiste, że endometrioza w każdym swoim stadium wiąże się z niepłodnością kobiecą. Endometrioza w stadium III i IV powoduje niepłodność kobiecą absolutną lub znaczące zmniejszenie płodności kobiecej na skutek działania czynnika mechanicznego.

Mimo licznych wysuwanych hipotez wciąż nieznana pozostaje patogenezą niepłodności kobiecej wywołanej endometriożą w stadium I i II<sup>117</sup>.

<sup>115</sup> Por. L. Selvaggi – D. Martinez – A. Lanzone, *Patologia disfunzionale ovarica*, w: A. Saporosi – S. Girotto (ed.), *La ricerca della gravidanza nell'infertilità di coppia...*, dz. cyt., s. 27; C. Flaminio, *Il primo libro della sterilità...*, dz. cyt., s. 114–121.

<sup>116</sup> L. Muzzi et al., *Endometriosi e sterilità*, w: A. Saporosi – S. Girotto (ed.), *La ricerca della gravidanza nell'infertilità di coppia...*, dz. cyt., s. 39.

<sup>117</sup> Por. V.D. Mandato et al., *Endometriosi*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 103–107; G.B. Candiani – L. Fedele – P. Vercellini, *Malattia endometriosica*, w: *La Clinica Ostetrica e Ginecologica*, t. II: *Endometriosi. Algie pelviche*, ed. G.B. Candiani – V. Danesino – A. Gastaldi, Masson, Milano 1996<sup>2</sup>, s. 1343–1354.

### 1.4.5.3. Zapalenie narządów w miednicy mniejszej

PID jest ogólną definicją na oznaczenie zbioru patologii infekcyjnych/zapalnych, które w mniej lub bardziej poważny i rozległy sposób dotyczą pochwy, szyjki macicy, cewki moczowej, wewnętrznych narządów płciowych kobiety, otrzewnej miednicy mniejszej, innych narządów miednicy. W większości przypadków jest ona patologią wstępującą i często współistnieje z infekcją pochwową/wewnątrzszyjkową/błony śluzowej macicy<sup>118</sup>.

Najpoważniejszymi skutkami PID są: niepłodność jajowodowa/miednicowa u 20% kobiet dotkniętych chorobą; wzrost o 6–10 razy występowania ciąży pozamacicznej; chroniczne bóle miednicowe; dyspareunia, zrosty w miednicy mniejszej; powikłania zapalne wymagające terapii chirurgicznej.

Oddziaływanie tej choroby na płodność kobiecą zależy nie tylko od ciężkości jej przebiegu i zastosowanej terapii, ale także od liczby nawrotów tej choroby. U kobiet z jednokrotnym wystąpieniem choroby, wpływ na płodność pozostaje na poziomie 10%, u tych z dwoma wystąpieniami – 31%, a u tych z trzema lub więcej wystąpieniami – 75%. Możliwość zachorowania na PID w dużym stopniu zależy od wirulencji i koncentracji zarazków oraz od wewnętrznej kompetencji układu odpornościowego, a także od innych zmiennych.

Najważniejszymi czynnikami etiologicznymi PID są: *N. gonorrhoeae* i *C. trachomatis*, przy czym ta ostatnia jest odpowiedzialna za ponad 50% przypadków PID w krajach rozwiniętych<sup>119</sup>.

Ponadto niektóre przypadki PID powstają w sposób jatrogenny na skutek zabiegów wykonanych na kobiecych narządach rodnych (badanie jamy macicy, przerwanie ciąży itp.) bez zachowania zasad aseptyki. W innych przypadkach niektóre inne narządy usytuowane w miednicy mniejszej, przylegające do niej lub usytuowane poza nią, jak wyrostek robaczkowy czy okrężnica, będąc w stanie zapalnym, mogą bezpośrednio rozszerzyć infekcję na sąsiadujące narządy, powodując wtórny stan zapalny przydatków. Jednak u większości kobiet w wieku płodnym ten typ infekcji jest wywołany drogą wstępującą<sup>120</sup>.

Wśród wielu ważnych czynników niepłodności kobiecej autorzy wyróżniają także czynnik immunologiczny i jatrogenny. W przypadku tego pierwsze-

<sup>118</sup> Por. S. Palomba – G.B. la Sala, *Malattia infiammatoria pelvica*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 107.

<sup>119</sup> Por. A. Lanzone, *Infertilità. Parte medica 1. Nozione d'infertilità*, w: EBSG, t. VII..., dz. cyt., s. 460.

<sup>120</sup> Por. E. Cittadini – R. Palermo – C. Zangara, *Sterilità*, w: G.B. Candiani et al. (ed.), *La Clinica Ostetrica e Ginecologica*, t. II: *Sterilità femminile...*, dz. cyt., s. 1183.

go termin „niepłodność immunologiczna” odnosi się zasadniczo do obecności przeciwciał w śluzie szyjkowym, powodujących niepłodność. Niepłodność wynikająca z czynnika jatrogennego natomiast odnosi się do procedury medycznej diagnostycznej i/lub terapeutycznej, która uniemożliwia poczęcie dziecka.

Wspomniane wyżej dane ukazują główne przyczyny niepłodności kobiecej. Jak widzieliśmy, chodzi o wymiar wieloczynnikowy, a równocześnie czynniki te bardzo często są ze sobą powiązane.

## 1.5. Etiologia niepłodności męskiej

Ocena komponentu męskiego w badaniu niepłodności pary obejmuje cztery elementy: ocenę spermogramu, fazy inseminacji, penetracji do śluzu szyjkowego i zapłodnienia. Jak zobaczymy, główne przyczyny niepłodności męskiej wiążą się z tymi czterema elementami.

### 1.5.1. Przyczyny hormonalne

Anomalie endokrynologiczne powodują dziś mniej niż 10% przypadków męskiej niepłodności. Najczęstszą przyczyną niepłodności hormonalnej jest *hipogonadyzm hipogonadotropowy wyizolowany*: wartości plazmatyczne gonadotropin i testosteronu są niskie, a czynność nabłonka płciowego nasieniodowodów jest nieobecna lub bardzo ograniczona<sup>121</sup>.

Rzadką formą hipogonadyzmu hipogonadotropowego połączonego z anosmią/hiposmią jest zespół Kallmanna. Podmioty nim dotknięte przejawiają nieodwracalne opóźnienie w osiągnięciu dojrzałości płciowej wraz z wynikającą stąd niepłodnością oraz niskimi poziomami surowcowymi FSH i LH<sup>122</sup>.

Częste są natomiast przypadki hipogonadyzmu hipogonadotropowego, w których wysokiemu poziomowi gonadotropin odpowiada niska koncentracja plemników i azoospermia<sup>123</sup> – lub ciężka oligospermia<sup>124</sup>. Głównymi przyczynami hipogonadyzmu hipogonadotropowego są: aplazja, czyli brak komórek rozrodczych i pewna liczba złożonych anomalii genetycznych, np. *zespół Klinfeltera*, który u noworodków płci męskiej występuje w około dwóch przy-

<sup>121</sup> Por. C. Flamigni, *Il primo libro della sterilità...*, dz. cyt., s. 180.

<sup>122</sup> Por. S. Tabano et al., *Genetica dell'infertilità maschile*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 276.

<sup>123</sup> Brak plemników w płynie nasiennym.

<sup>124</sup> Mniej lub bardziej poważne zmniejszenie koncentracji plemników w płynie nasiennym.

padkach na tysiąc<sup>125</sup>. Ta choroba genetyczna charakteryzuje się obecnością dodatkowego chromosomu X. Podmioty mające ten typ chromosomu przejawiają: anomalie na poziomie jąder; niezbyt rozwinięte drugorzędne cechy płciowe; kobiece cechy somatyczne<sup>126</sup>.

Istnieją także inne patologie, jak zespół Turnera męski lub zespół Noonana (SN), który obejmuje kardiopatię, *pterygium colli*, *pectusexcavatum*, wnetrostwo (kryptorchydzizm). Te z kolei stany genetyczne wynikają z anomalii chromosomowej, charakteryzującej się brakiem chromosomu X u płci żeńskiej.

Mamy ponadto zespół Morrisa, najbardziej znaną postać niewrażliwości na androgeny, opierającą się na rozwoju z fototypem żeńskim płodów z genotypem męskim<sup>127</sup>.

### 1.5.2. Infekcje i zapalenia odcinka moczowo-płciowego

Infekcje i zapalenia odcinka moczowo-płciowego męskiego występują często i są klasyfikowane w kategorii diagnostycznej znanej jako *Male Accessory Gland Infection* (MAGI).

Tutaj uwaga skupia się na stanie infekcyjnym i/lub zapalnym gruczołów płciowych męskich, zdolnym spowodować męską niepłodność.

MAGI dotyka dziś 15–16% pacjentów niepłodnych. Związek między MAGI a męską niepłodnością jest bardzo ścisły, gdyż ta pierwsza często łączy się ze zmianami głównych parametrów spermy oraz modyfikacjami strukturalnymi i funkcjonalnymi gruczołów płciowych dodatkowych. Z tej racji stanowią one jedną z najłatwiejszych do zidentyfikowania i wyleczenia przyczyn męskiej niepłodności<sup>128</sup>.

„Mechanizmy etiopatogeniczne, za pomocą których MAGI może spowodować niepłodność, są liczne i działają na różnych poziomach, ale wszystkie mają jako końcowy rezultat potencjalne uszkodzenie na poziomie komórki plemnikowej. Proces infekcyjny może uszkodzić plemnik w sposób bezpośredni, kiedy dotyka plemnika dojrzałego, swego przodka, albo w sposób pośredni, zmieniając mikrośrodowisko, w którym plemniki kształtują się i dojrzewają, albo

<sup>125</sup> Por. C. Flamigni, *Il primo libro della sterilità...*, dz. cyt., s. 180–181.

<sup>126</sup> Por. M. Zollino, *Sindromi cromosomatiche e disordini genomici*, w: G. Neri – M. Genuardi (ed.), *Genetica umana e medica...*, dz. cyt., s. 228.

<sup>127</sup> Por. C. Flamigni, *Il primo libro della sterilità...*, dz. cyt., s. 181–182.

<sup>128</sup> Por. A.E. Calogero et al., *Infezioni e infiammazioni più comuni*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 203; P.J. Rowe et al., *Infertilità maschile – Manuale OMS per lo studio, la diagnosi e il trattamento...*, dz. cyt., s. 22.

uniemożliwiając z powodu częściowej niedrożności odcinka wydzielniczego proksymalnego i/lub dystalnego ich przedostanie się na zewnątrz<sup>129</sup>. Są one także zdolne zmienić parametry płynu nasiennego i „jakość” plemnika.

Wspomnimy także infekcję wywołaną przez wirus brodawczaka ludzkiego (*human papilloma virus*, HPV), odpowiedzialny za najbardziej rozpowszechnioną w świecie infekcję przenoszoną drogą płciową. Ponad 40 różnych rodzajów HPV jest w stanie zainfekować męski odcinek genitalny.

U mężczyzn częstotliwość występowania infekcji HPV jest zmienna i zależy od kategorii analizowanych podmiotów. U populacji zdrowej aktywnej seksualnie bezobjawowej ich obecność w badaniach waha się od 7–15% do 35–45%, natomiast u partnerów kobiet z uszkodzeniami szyjki związanymi z HPV pozytywność osiąga poziom 50–70%<sup>130</sup>.

HPV, który infekuje płyn nasienny, „jest w stanie związać się z plemnikami i pozostaje teraz na ich powierzchni, w szczególności na poziomie główki gamety, powodując znaczące zmniejszenie ruchliwości samego plemnika, a więc możliwe ograniczenie męskiej płodności”<sup>131</sup>.

### 1.5.3. Agenezje i niedrożności dróg ejakulacyjnych

Jeśli wspomniane anomalie płynu nasiennego nie łączą się ze zmianami układu hormonalnego, prawdopodobnie mamy do czynienia z problemem w odcinku dystalnym, zwłaszcza gdy gonada jest morfologicznie normalna. Chodzi o niedrożności odcinka genitalnego, które mogą być zarówno wrodzone, jak i nabyte.

Niedrożność może być wewnątrz jąder, w sieci jądra lub poza jądrem, w najądrzu, w nasieniowodach i przewodach wytryskowych. Oprócz przyczyn wrodzonych niedrożność może być spowodowana infekcjami, takimi jak chlamidia, gonokoki lub gruźlica, może też pochodzić ze wstrząsu chirurgicznego albo zostać wywołana celowo z racji antykoncepcyjnych (wazektomia)<sup>132</sup>.

Agenezja nasieniowodów dotyczy około 0,1% mężczyzn; ponadto dotyka ona 30% mężczyzn z azoospermią leczących się z niepłodności. Jest ona

<sup>129</sup> A.E. Calogero et al., *Infezioni e infiammazioni più comuni*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 205.

<sup>130</sup> G. Milanese et al., *Infezione da HPV*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 209.

<sup>131</sup> G. Milanese et al., *Infezione da HPV*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 210.

<sup>132</sup> Por. C. Flamigni, *Il primo libro della sterilità...*, dz. cyt., s. 186.

wywołana brakiem rozwoju przewodów Wolffa<sup>133</sup>, co skutkuje brakiem nasieniowodów, pęcherzyków nasiennych, przewodów wytryskowych, trzonu i ogona najądrza.

Niemal wszyscy mężczyźni dotknięci mukowiscydozą są nieplodni z powodu agenezji nasieniowodów. Ponad 60% mężczyzn z Europy Południowej, którzy mają agenezję nasieniowodów, prezentuje mutację szczególnego genu (*Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator*). Znane są dwie mutacje tego genu, które łączą się z kolejną mutacją, odpowiedzialną za agenezję<sup>134</sup>.

Jak mogliśmy zobaczyć powyżej, wiele niedrożności wynika ze skutków zapaleń, zwłaszcza dotyczących najądrza. Istnieje także niedrożność sieci *testis*, co do której podejrzewa się patogenезę autoimmunologiczną, potwierdzoną przez częste współistnienie wysokiego poziomu przeciwciał przeciwplemnikowych.

#### 1.5.4. Żyłaki powrózka nasiennego

Jedną z częstszych przyczyn braku poczęcia i niepłodności męskiej jest obecność żyłaków powrózka nasiennego, klinicznie określanymi jako „odbiegające od normy rozszerzenie żył splotu wiciowatego (*plexus venosus pampiniformis*)”<sup>135</sup>. Żyłaki powrózka nasiennego występują u 12% normalnej populacji męskiej i u około 25% populacji męskiej niepłodnej, mogą być spowodowane uwarunkowaniami wrodzonymi, na przykład takimi jak wrodzony brak nasieniowodów<sup>136</sup>.

Choroba ta często jest bezobjawowa, ale może także wywoływać ból (zwłaszcza w pozycji wyprostowanej), a także atrofię jąder i ograniczenie płodności. Występuje częściej z lewej strony, ponieważ tutaj żyła nasienna wchodzi do żyły nerkowej pod kątem prostym, natomiast z prawej strony wejście do żyły głównej następuje ukośnie i w sposób bezpośredni. Oddziaływanie żyłaków powrózka nasiennego na produkcję nasienia sprowadza się przede wszystkim do zmniejszenia ruchliwości, a następnie także morfologii i liczby plemników.

---

<sup>133</sup> Jest to organ, który występuje u ssaków, włącznie z istotami ludzkimi obojga płci, w fazie embrionalnej.

<sup>134</sup> Por. C. Flamigni, *Il primo libro della sterilità...*, dz. cyt., s. 187.

<sup>135</sup> F.M. Castiglioni et al., *Varicocele*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 232.

<sup>136</sup> Por. A.S. Modica, *Le condizioni cliniche acquisite di infertilità maschile*, Marcianum Press, Venezia 2014, s. 167.

Szkody te są zależne od temperatury jądra i dotyczą także wytwarzania steroidów i katecholamin<sup>137</sup>.

### 1.5.5. Wnętrostwo

Wnętrostwo lub kryptorchidyzm „(z greckiego κρυπτός «ukryty» i όρχις «jądro») jest to stan charakteryzujący się trwałą nieobecnością jednego lub obu jąder w worku mosznowym, wynikający z wady fizjologicznego procesu zstępowania jąder, który zwykle następuje w okresie życia płodowego”<sup>138</sup>.

Dotyczy on przeważnie jednego z dwóch jąder i jest dwustronne tylko w 10% przypadków. Chodzi na ogół o lewe jądro, które znajduje się zwykle zaraz ponad pierścieniem nadmosznowym, w kanale pachwinowym lub w jamie brzusznej. 2–5% noworodków urodzonych w terminie i ponad 30% wcześniaków cierpi na wnętrostwo od urodzenia. Jądra zstępują najczęściej samoistnie do moszny, tak iż po pierwszym roku życia mniej niż 1% chłopców ma wnętrostwo, taki sam odsetek spotyka się u dorosłych<sup>139</sup>.

Związek między wnętrostwem a niepłodnością męską jest oczywisty, jeśli weźmie się pod uwagę populację mężczyzn z azoospermią. Około 90% mężczyzn z wnętrostwem obustronnym, jeśli nie poddają się oni leczeniu, rzeczywiście popada w azoospermię. Ryzyko powstania azoospermii zmniejsza się do około 30% u podmiotów, które poddały się terapii, i do około 50% u podmiotów, które w wieku dziecięcym poddano orchidopeksji (która dziś jest głównym sposobem leczenia wnętrostwa). Występowanie azoospermii u podmiotów z wnętrostwem jednostronnym sięga 13%, niezależnie od tego, czy byli poddani leczeniu czy nie<sup>140</sup>.

Wnętrostwo pozostaje najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem etiologicznym azoospermii. Może być także odpowiedzialne za reprodukcję komórkową ze skłonnością do rozwijania nowotworów złośliwych jąder.

<sup>137</sup> Por. C. Flamigni, *Il primo libro della sterilità...*, dz. cyt., s. 185–186; G.F. Menchini-Fabris – P. Turchi, *Sterilità*, w: G.B. Candiani et al. (ed.), *La Clinica Ostetrica e Ginecologica*, t. II: *Sterilità femminile...*, dz. cyt., s. 1199.

<sup>138</sup> M. Polito et al., *Criptorchidismo*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 240.

<sup>139</sup> Por. C. Flamigni, *Il primo libro della sterilità...*, dz. cyt., s. 182.

<sup>140</sup> Por. M. Polito et al., *Criptorchidismo*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 243–244.

### 1.5.6. Dysfunkcje ejakulacji i erekcji

Aby móc doprowadzić do naturalnej ciąży, konieczna jest ejakulacja wewnętrzzpcchowa. Erekcja i ejakulacja są wynikiem złożonych mechanizmów, które zakładają obecność różnych komponentów seksualności.

Pożądanie, podniecenie, erekcja, orgazm, ejakulacja i przyjemność erotyczna determinują „funkcję erotyczną” i są zwykle niezbędne, aby móc osiągnąć ejakulację w pochwie<sup>141</sup>.

*Dysfunkcja erekcji* (DE) stanowi jeden z czynników, które wpływają na „funkcję erotyczną”. Jest ona określana jako „trwała niezdolność do osiągnięcia lub zachowania erekcji dla zadowalającego stosunku seksualnego i stanowi wyraz zaburzonego funkcjonowania struktur anatomicznych związanych z penisem (tkanka jamista, osłonki, ciała jamiste, ciało gąbczaste, żołądź, tętnice, drenaż żylny, umięśnienie miednicy i nerwy)<sup>142</sup>.

Występowanie zaburzeń erekcji waha się między 5% a 20% i jest różne w zależności od wieku i stopnia (znikoma, umiarkowana i ciężka).

Przejdźmy teraz do różnych rodzajów zaburzeń ejakulacji. Przede wszystkim trzeba wspomnieć o *przedwczesnej ejakulacji* (EP), czyli trwałej/częstej ejakulacji po minimalnym pobudzeniu seksualnym lub zaraz po penetracji; chodzi o wytryski wcześniejsze, niż byż powinny. Przedwczesna ejakulacja jest najczęstszym zaburzeniem seksualnym. Badania mówią o występowaniu EP u 20–30% podmiotów<sup>143</sup>.

Wyróżniamy ponadto *ejakulację opóźnioną* lub *powstrzymaną* (EO), męską dysfunkcję seksualną w niewielkim stopniu zbadaną zarówno z organicznego, jak i z psychoseksualnego punktu widzenia. Można by ją umieścić wśród umiarkowanych zaburzeń orgazmu. Jest uważana za patologiczną dopiero wówczas, gdy pociąga za sobą stan frustracji jednostki.

EO jest stanem, w którym mimo występowania normalnego (lub wystarczającego) pożądania seksualnego wymaga jest nadmierna, długotrwała stymulacja prącia, by osiągnąć orgazm i ejakulację<sup>144</sup>.

<sup>141</sup> Por. P.J. Rowe et al., *Infertilità maschile – Manuale OMS per lo studio, la diagnosi e il trattamento...*, dz. cyt., s. 24.

<sup>142</sup> G. del Noce – G. Contalbi, *Disturbi dell'iaculazione e dell'erezione*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 251.

<sup>143</sup> Por. G. del Noce – G. Contalbi, *Disturbi dell'iaculazione e dell'erezione*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 252.

<sup>144</sup> Por. P.J. Rowe et al., *Infertilità maschile – Manuale OMS per lo studio, la diagnosi e il trattamento...*, dz. cyt., s. 25.



Występuje ponadto *ejakulacja bolesna*, która jest wprawdzie rzadkim zaburzeniem, ale nabiera szczególnego znaczenia dla męskiej niepłodności z racji swej korelacji etiopatogenetycznej. Dotyka ona od 1% do 9,7% populacji męskiej i „klinicznie charakteryzuje się powstawaniem bólu związanego z ejakulacją/orgazmem, który sytuuje się głównie w kroczu, w cewce moczowej lub w okolicach żołądki i ujścia przewodu moczowego, czasami promieniuje na miednicę”<sup>145</sup>.

Ponadto trzeba wspomnieć o *ejakulacji astenicznej*, czyli powolnym (zamiast wytryskowym) wydzielaniu płynu nasiennej. Chodzi o rzadkie zaburzenie, które może wywierać negatywne skutki psychologiczne na męczyznę i pełnić ważną rolę w niepłodności pary<sup>146</sup>.

Wśród najbardziej rozpowszechnionych przyczyn niepłodności męskiej warto wymienić jeszcze *niepłodność immunologiczną*, która może być wywołana obecnością przeciwciał przeciwplemnikowych, produkowanych przez człowieka przeciwko swojemu własnemu nasieniu. Prezentuje ona wiele nieznanych do dziś aspektów.

Jest wreszcie *niepłodność neurogeniczna*, odnosząca się przede wszystkim do podmiotów, które doznały urazów kręgosłupa. Wydarzenie to dotyczy milionów osób na świecie i w 80% przypadków zachodzi u mężczyzn w wieku reprodukcyjnym. Tylko 10% tych mężczyzn może mieć dzieci bez uciekania się do pomocy lekarskiej, choć około 20% jest w stanie wytwarzać nasienie przez stymulację.

Do tych mężczyzn należałoby doliczyć tych, którzy z powodu chorób, ale przede wszystkim w następstwie interwencji chirurgicznych na narządach miednicy mniejszej utracili zdolność właściwej ejakulacji i tylko okresowo zachowują ejakulację wsteczną, która pozwala odzyskać spermę z pęcherza wraz z moczem.

Na koniec wspomnimy o *niepłodności jatrogenicznej*. Wiadomo, że leki mogą być odpowiedzialne za przejściową lub definitywną niepłodność mężczyzny (bezpłodność). Wiele badań potwierdza, że w licznych przypadkach może zachodzić odzyskanie spermatogenezy, ale tylko częściowe, niepełne, i zwykle utrzymuje się oligospermia ciężka. Wydaje się ponadto, że istnieje zmienna wrażliwość indywidualna, co bardzo utrudnia sformułowanie rokowania na początku leczenia. W onkologii często wykorzystuje się połączenia

<sup>145</sup> G. del Noce – G. Contalbi, *Disturbi dell'eiaculazione e dell'erezione*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 253–254.

<sup>146</sup> Por. G. del Noce – G. Contalbi, *Disturbi dell'eiaculazione e dell'erezione*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 255.

leków, które powodują azoospermie w trakcie terapii i w następnych miesiącach. Długoterminowe oddziaływanie na gonady jest jednak zależne od czasu trwania leczenia oraz dawkowania użytych leków alkilujących<sup>147</sup>.

W powyższym paragrafie przedstawiliśmy najważniejsze przyczyny męskiej niepłodności. Wszystkie anomalie nasienia określane są jako „dispermie”. I jak widzieliśmy, problemy dotyczące płodności albo są związane z plemnikami lub płynem nasiennym, albo są problemami czy anomaliami strukturalnymi, albo są anomaliami hormonalnymi. Takie są trzy główne przyczyny męskiej niepłodności.

Podsumowując, niepłodność jest zjawiskiem, które w poważny sposób zaburza równowagę i jakość życia tych, którzy nie są w stanie zrealizować pragnienia rodzicielstwa. Wywołuje ona stan cierpienia, często także bardzo silnie odczuwanego nawet jako dramatyczne, co z kolei w ogromnym stopniu wpływa na psychologię kobiety, mężczyzny i pary jako całości. Z tego zjawiska, które warunkuje życie wielu par, rodzi się potrzeba szukania właściwej odpowiedzi w świetle bioetyki personalistycznej, która powinna uświadamiać, w jaki sposób płodność należy do istoty miłości. Chodzi bowiem o miłość zdolną komunikować swoje wewnętrzne bogactwo, jakim żyje.

W następnych rozdziałach chcemy przedstawić nową metodologię zdolną pomóc niepłodnym parom. Opiszemy także znaczenie naturalnego procesu płodności, co pozwoli nam zrozumieć istotę prokreacji i formy, w jakich się ona przejawia.

---

<sup>147</sup> Por. C. Flamigni, *Il primo libro della sterilità...*, dz. cyt., s. 203.

## Rozdział II

# Nowy system leczenia płodności za pomocą NAPROTECHNOLOGY™

Na przestrzeni lat siedemdziesiątych i w latach osiemdziesiątych profesor Thomas W. Hilgers wraz ze swoim zespołem przeprowadził szereg badań nad aprobowanymi przez Kościół metodami regulacji płodności i naturalnego planowania rodziny. Dzięki tej pracy powstał Creighton Model FertilityCare™ System<sup>148</sup> – naturalna metoda regulacji płodności.

W ostatnich czterdziestu latach ten sam zespół kontynuował badania nad zdrowiem prokreacyjnym kobiety (i pary), dzięki czemu powstała *Natural Procreative Technology* (NaProTECHNOLOGY™), nowa nauka o zdrowiu prokreacyjnym, znajdująca swój wyraz w trzech różnych obszarach: medycznym, perinatalnym i chirurgicznym.

Przedstawimy zatem genezę tej nowej gałęzi nauki medycznej i jej wieloczynnikowe podejście do zdrowia prokreacyjnego. Najpierw odwołamy się do nauczania Kościoła, kolejno opiszemy medyczny kontekst badań doktora Hilgersa, by następnie ukazać wszechstronność, sposób funkcjonowania, edukację, formację i skuteczność Creighton Model, na którym opiera się NaProTECHNOLOGY™.

---

<sup>148</sup> Creighton Model FertilityCare™ i NaProTECHNOLOGY™ to nazwy prawnie zastrzeżone. Każdy członek personelu zaangażowanego w tę nową dziedzinę nauki musi legitymować się potwierdzającymi to dokumentami.

## 2.1. Odpowiedź na nauczanie Kościoła

Zanim podejmiemy szczegółowo nasze zagadnienie, zaczniemy od przedstawienia znaczenia prokreacji, zatrzymując się również na aspekcie kontroli urodzin w świetle Magisterium Kościoła, w szczególności encykliki *Humanae vitae*, której treść pozwoli nam następnie przejść do właściwego tematu naszej pracy.

### 2.1.1. Spojrzenie Kościoła

#### 2.1.1.1. Od *Arcanum divinae sapientiae do Gaudium et spes*

W XX wieku coraz większe rozpowszechnienie *Anti-Life Mentality* spowodowało zmianę w podejściu do ludzkiej płodności, wprowadzając rozdzwięk między praktykowaniem stosunków płciowych a płodnością, uznawaną za czynnik niepożądany i przeszkodę dla swobodnego wyrażania erosa. Jan Paweł II tak o tym pisał: „[...] Postawa taka traktuje poczętego, a jeszcze nienarodzonego, w jego bezbronnej wielkości, jako agresora. Zaczyna się mówić o istnieniu postaw i inicjatyw *przeciwnych akceptacji życia*, prowadzących najpierw do nieładu moralnego antykoncepcji, a następnie do odrażającej zbrodni aborcji”<sup>149</sup>. W obliczu tych przemian Magisterium Kościoła nie przestaje przypominać kluczowych postaw w dziedzinie życia małżeńskiego, w szczególności kładąc akcent na przekazywanie życia ludzkiego.

10 lutego 1880 roku została opublikowana encyklika *Arcanum divinae sapientiae* Leona XIII, w której papież przedstawił zasady rządzące „domową społecznością”, rodziną, mającą swój fundament w małżeństwie. Ojciec Święty stwierdził w niej, że głównym celem małżeństwa zawsze pozostaje prokreacja<sup>150</sup>. W konsekwencji także *Kodeks Prawa Kanonicznego* z 1917 roku przyjął

<sup>149</sup> Giovanni Paolo II, *Ai Leaders dei Movimenti Internazionali Pro-Vita. Una mentalità anti-vita, disumana e aberrante* (15 novembre 1991), nr 3, w: *InsegnGPII*, t. XIV/2, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1993, s. 1158–1162; tutaj: s. 1160 [kursywa oryginalna].

<sup>150</sup> „Najpierw bowiem związkowi małżeńskiemu dane zostało wyższe i wznioślejsze posłannictwo niż to, które mu z natury przysługiwało; zmierzać ma ono nie tylko do utrzymania rodu ludzkiego, lecz do rodzenia dzieciąt Kościoła, «współmieszkańców świętych i domowników Bożych» (Ef 2, 19), «aby mianowicie rodził się, był wychowywany lud czcicieli i wyznawców Boga i Zbawiciela naszego Chrystusa Pana»”. Leone XIII, *Arcanum*

klasyczne sformułowanie celu małżeństwa, potwierdzając, że głównym jego celem jest prokreacja i wychowanie potomstwa<sup>151</sup>.

Po publikacji *Kodeksu* encyklika Piusa XI *Casti connubii* (31 grudnia 1930), główny dokument o małżeństwie w pierwszej połowie XX wieku, po raz kolejny potwierdziła tradycyjne nauczanie o hierarchii celów małżeństwa<sup>152</sup>. Podkreśliła ona z mocą naukę o sakramentalności małżeństwa, przypomniała podstawowe wymogi moralności chrześcijańskiej w dziedzinie płciowości i relacji małżeńskiej, deklarując swój sprzeciw wobec liberalizmu seksualnego, praktyk antykoncepcyjnych lub sterylizacji eugenicznej<sup>153</sup>.

Za pontyfikatu Piusa XII postęp medycyny, rozwój wiedzy zarówno na temat fizjologii, jak i mechanizmów zapłodnienia – a także nowa wrażliwość, zgodnie z którą prokreacja jest coraz bardziej postrzegana jako akt dobrowolny – wykreowały i narzuciły kwestię kontroli urodzin<sup>154</sup>.

Papież Pacelli rzeczywiście szeroko poruszał kwestie etyczne związane z prokreacją i początkiem życia ludzkiego. Wielokrotnie podkreślał naturalną i istotną nierozłączność aspektu jednoczącego i aspektu prokreacyjnego aktu małżeńskiego<sup>155</sup>. Ponadto podejmował temat praktyk antykoncepcyjnych i ste-

---

*divinae sapientiae* (10 febbraio 1880), Lettera enciclica sul matrimonio cristiano, w: *EE* 3. Leone XIII 1878–1903, ed. E. Lora – R. Simionati, EDB, Bologna 1997, nr 124.

<sup>151</sup> *Codex Iuris Canonici* (1917), kan. 1013 § 1: „Matrimonii finis primarius est procreatio atque educatio prolis: secundarium mutuum adiutorium et remedium concupiscentiae”.

<sup>152</sup> Por. Pio XI, *Casti connubii* (31 dicembre 1930), Lettera enciclica sul matrimonio cristiano, w: *EE* 5. Pio XI 1922–1939, ed. E. Lora – R. Simionati, EDB, Bologna 1995, nr 458–464.

<sup>153</sup> Por. Pio XI, *Casti connubii*, w: *EE* 5, nr 500–501, 513–516; Congregazione del Santo Ufficio, Decreto *De „educatione sexuali” et de „eugenica”* (21 marca 1931), w: *AAS* 23 (1931), s. 118–119.

<sup>154</sup> Szersze omówienie tematu kontroli urodzin prezentują: A. Gennaro, *Controllo delle nascite*, *MedMor* 11 (1948), s. 321–337; E. Tesson, *La Chiesa e la regolazione delle nascite*, „Digest religioso” 2 (1957), s. 37–43.

<sup>155</sup> W jednym ze swoich przemówień do uczestników II Światowego Kongresu na temat płodności i bezpłodności zwraca on uwagę, że Kościół z jednej strony odrzucił wszelkie działania w małżeństwie ukierunkowane na „egoistyczne poszukiwanie zaspokojenia uczuciowego i fizycznego w interesie samych tylko małżonków”, zaś z drugiej wykluczył postawę przeciwną, która domagałaby się rozdzielenia „czynności biologicznej od osobowej relacji małżonków” w procesie rodzenia nowego życia. Akt seksualny jest zatem aktem osobowym, który łączy małżonków przez ich emocje i miłość duchową, ale w jedność tego aktu zawsze „powinny być włączone biologiczne warunki zrodzenia”. Pio XII, *Ai parteci-*

rylizacji<sup>156</sup>, stwierdzając, że naruszają one porządek moralny. Zaproponował małżonkom dozwolone rozwiązanie, jakim jest na przykład okresowa wstrzeмиęźliwość<sup>157</sup>.

Z kolei Jan XXIII, mając świadomość, że czasy się zmieniają, zwołał Sobór Watykański II, którego zadaniem miała być próba odnowy Kościoła, w tym również odnowa życia rodzinnego i małżeńskiego, z położeniem silnego akcentu zwłaszcza na kwestie związane z regulacją poczęć.

W marcu 1963 roku papież Roncalli ustanowił Komisję Papieską do Studiów nad Problemami Rodziny, Populacji i Przyrostu Naturalnego, w skrócie: Papieską Komisję ds. Antykoncepcji<sup>158</sup>. W łonie tejże komisji zaistniał bardzo wyraźny podział na dwa nurty. Pierwszy, tworzący przeważającą większość, opowiadał się za tym, by stanowisko Kościoła w sprawie antykoncepcji uległo zmianie i aby pojawiła się pewna liberalizacja. Drugi nurt, mniejszościowy, podtrzymywał natomiast stanowisko tradycyjne, zgodnie z którym jedynym możliwym ustępstwem byłoby stosowanie metody Ogino-Knausa<sup>159</sup>, czyli jedynej znanej w owym czasie naturalnej metody regulacji płodności, wspomnianej przez Piusa XII już w 1955 roku<sup>160</sup>.

Zanim ukazały się końcowe rezultaty pracy komisji, ojcowie soborowi w konstytucji *Gaudium et spes* przypomnieli stałe nauczanie Kościoła w waż-

---

*panti al II Congresso Mondiale della fertilità e sterilità* (19 maggio 1956), w: *DR*, Tipografia Poliglotta, Città del Vaticano 1940–1961, XVII, s. 216; Pio XII, *DM*, ed. F. Angelini, Edizione Orizzonte Medico, Roma 1960<sup>6</sup>, s. 475.

<sup>156</sup> Por. Congregazione del Santo Uffizio, Decreto *De sterilizzazione directa* (24 febbraio 1940), w: *AAS* (1940), s. 73; Pio XII, *Ai partecipanti al VII Congresso Internazionale di Ematologia* (12 settembre 1985), w: *DR*, XX, s. 341–352; tłum. wł. w: *DM*, s. 701–715; Pio XII, *Ai partecipanti al VII Congresso...*, dz. cyt., *DR*, XX, s. 346–347; *DM*, s. 706–707.

<sup>157</sup> Por. Pio XII, *Ai partecipanti al VII Congresso Internazionale di Ematologia*, w: *DR*, XX, s. 347; *DM*, s. 708.

<sup>158</sup> Por. Y. Semen, *Seksualność według Jana Pawła II*, tłum. Z. Denkowska – J. Urbaniak, Wydawnictwo Świętego Wojciecha, Poznań 2008, s. 41.

<sup>159</sup> Inne metody regulacji poczęć pojawiły się dopiero później: metoda termiczna została opracowana w latach sześćdziesiątych; metoda zaproponowana przez doktora Billingsa i jego małżonkę i od nich biorąca swą nazwę została odkryta około roku 1970, ale zaczęła się naprawdę szerzyć dopiero od 1975 roku.

<sup>160</sup> Por. Pio XII, *Alle Congressiste dell'Unione Cattolica Italiana Ostetriche*, w: *DR*, XIII, s. 342–343.

nych sprawach dotyczących życia małżeńskiego i rodzinnego<sup>161</sup>, stwierdzając między innymi: „[...] nie może być rzeczywistej sprzeczności pomiędzy Boskimi prawami przekazywania życia a pielęgnowaniem prawdziwej miłości małżeńskiej”<sup>162</sup>.

#### 2.1.1.2. *Humanae vitae*

Po kilku latach trudnych przemyśleń Paweł VI uznał, że nie należy zmieniać dyscypliny potwierdzonej przez Piusa XII. Publikując zatem 25 lipca 1968 roku encyklikę *Humanae vitae*, nie ratyfikował stanowiska nurtu większościowego. Argumentował swoją decyzję stwierdzeniem, że w przeciwnym razie zostałyby osłabiona integralność aktu seksualnego, która wymaga, aby nie rozdzielano w nim wymiaru jednoczącego od wymiaru prokreacyjnego. Encyklika zakazywała więc stanowczo używania jakichkolwiek sztucznych środków antykoncepcyjnych. Wielu katolików, uznając to stanowisko za niemożliwe do przyjęcia, oddaliło się od Kościoła. Inni zupełnie zlekceważyli encyklikę, tłumacząc, że Kościół nie ma żadnej władzy na tym polu<sup>163</sup>. Wyjątkowo jasno i wymownie wybrzmiewa pod tym względem nr 14 (jeden z najbardziej kontestowanych i dyskutowanych punktów) encykliki:

W oparciu o te podstawowe zasady ludzkiej i chrześcijańskiej nauki o małżeństwie czujemy się w obowiązku raz jeszcze oświadczyć, że należy bezwarunkowo odrzucić jako moralnie niedopuszczalny sposób ograniczania ilości potomstwa bezpośrednie naruszanie rozpoczętego już procesu życia, a zwłaszcza bezpośrednie przerywanie ciąży, choćby dokonywane ze względów leczniczych. Podobnie jak to już Nauczycielski Urząd Kościoła wielokrotnie oświadczył, odrzucić należy bezpośrednio obezplodnienie, czy to stałe, czy czasowe, zarówno mężczyzny, jak i kobiety. Odrzucić również należy wszelkie działanie, które bądź to w przewidywaniu zbliżenia małżeńskiego, bądź podczas jego spełniania, czy w rozwoju jego naturalnych skutków, miałyby za cel uniemożliwienie poczęcia lub prowadziłyby do tego. Nie można też dla usprawiedliwienia stosunków małżeńskich z rozmysłem pozbawionych płodności odwoływać się do następujących, rzekomo przekonywających racji:

<sup>161</sup> Por. Sobór Watykański II, *Gaudium et spes* (7 grudnia 1965), Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym, w: *EnchVat 1. Documenti ufficiali del Concilio Vaticano II 1962–1965*, ed. E. Lora – B. Testati, EDB, Bologna 1965, nr 47–52.

<sup>162</sup> Sobór Watykański II, *Gaudium et spes* (7 grudnia 1965), Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym, w: *EnchVat 1. Documenti ufficiali...*, dz. cyt., nr 51.

<sup>163</sup> Por. Y. Semen, *Seksualność według Jana Pawła II...*, dz. cyt., s. 49–50.

że mianowicie z dwojga złego należy wybierać to, które wydaje się mniejsze; albo że takie stosunki płciowe tworzą pewną całość ze stosunkami płodnymi, które je poprzedziły lub po nich nastąpią, tak że przejmują od nich tę samą wartość moralną. [...] Błądziłby zatem całkowicie ten, kto by mniemał, że płodne stosunki płciowe całego życia małżeńskiego mogą usprawiedliwić stosunek małżeński z rozmysłu obezpłodniony i dlatego z istoty swej moralnie zły<sup>164</sup>.

Punkt ten znalazł swoje uzasadnienie w argumentacji opierającej się na prawie naturalnym, którego człowiek nie może własną władzą złamać. Do prawa natury bowiem należy, aby mężczyzna i kobieta łączyli się płciowo i nadawali temu aktowi dwojakie znaczenie: jednoczące i prokreacyjne<sup>165</sup>. Takie podejście opiera się zatem całkowicie na filozofii natury, potwierdzonej autorytetem Kościoła.

Relacja między osobami, miłość ludzka, powinna być przeżywana odpowiedzialnie, a to wymaga, aby płodność małżonków nie była pozostawiona przypadkowi, ale stanowiła owoc odpowiedzialnej i wolnej decyzji<sup>166</sup>. Ponieważ mężczyzna i kobieta są równi godnością, metody regulowania płodności powinny dostosowywać się do wymogów tejże godności oraz do odpowiedzialnej współpracy między małżonkami. Metody sztucznej antykoncepcji są sprzeczne z wymogiem respektowania godności kobiety, gdyż przerzucają na nią cały ciężar związany z unikaniem poczęcia, naruszają jej biologiczną integralność przez zastosowanie agresywnych i szkodliwych dla jej zdrowia technik, a także narażają ją na bycie traktowaną jako przedmiot dla hedonistycznych celów. W tym właśnie sensie uciekanie się do sztucznych metod jest sprzeczne z wymogami osobowej natury kobiety<sup>167</sup>.

Zatem w encyklice *Humanae vitae* podstawowe punkty odnoszą się do obrotu życia, zaczynającej się już u samych źródeł ludzkiej egzystencji, a także do afirmacji miłości małżeńskiej oraz obrony godności kobiety.

<sup>164</sup> Paolo VI, *Humanae vitae* (25 lipiec 1968), Lettera enciclica sulla retta regolazione della natalità, w: *EE 7. Giovanni XXIII, Paolo VI (1958–1978)*, ed. E. Lora – R. Simionati, EDB, Bologna 1994, nr 14.

<sup>165</sup> Por. Paolo VI, *Humanae vitae* (25 lipiec 1968), Lettera enciclica sulla retta regolazione della natalità, w: *EE 7. Giovanni XXIII...*, dz. cyt., nr 11–12.

<sup>166</sup> Por. Paolo VI, *Humanae vitae* (25 lipiec 1968), Lettera enciclica sulla retta regolazione della natalità, w: *EE 7. Giovanni XXIII...*, dz. cyt., nr 20.

<sup>167</sup> Por. Y. Semen, *Seksualność według Jana Pawła II...*, dz. cyt., s. 52–53.



## 2.1.2. Geneza nowej nauki

### 2.1.2.1. Apel Pawła VI

Mimo głosów kwestionujących etyczne aspekty zawarte w encyklice *Humanae vitae* jej treść pobudzała i wspierała konkretne inicjatywy wspólnot wierzących na różnych poziomach: badań naukowych, studiów i popularyzacji, a także wspinałomyślnego czynnego zaangażowania. Wystarczy wspomnieć choćby badania nad biologicznymi aspektami ludzkiego procesu prokreacyjnego oraz nad metodami diagnostycznymi płodnego i niepłodnego okresu w cyklu kobiety, a także szkoły formacyjne dla osób zaangażowanych w nauczanie naturalnych metod regulacji płodności, różne ruchy na rzecz życia, ośrodki pomocy życiu<sup>168</sup>.

Doktor Thomas W. Hilgers był jednym z tych, których głęboko poruszył tekst papieskiej encykliki. Jako jeden z pierwszych odpowiedział on na apel Pawła VI, wprowadzając go w czyn. U podstaw nowej nauki w trosce o płodność – misji życiowej doktora Hilgersa – leży paragraf 24 *Humanae vitae*:

Pragniemy teraz zwrócić się ze słowami zachęty do ludzi nauki, którzy „wiele mogą oddać usług dobru małżeństwa i rodziny oraz spokojowi sumień, jeśli przez wspólny wkład swych badań będą się gorliwie starać wszechstronnie wyjaśnić różne warunki sprzyjające właściwemu regulowaniu ludzkiej rozrodczości”. Przede wszystkim tego należy pragnąć, aby – zgodnie z życzeniem wyrażonym już przez Piusa XII – medycyna zdołała wypracować wystarczająco pewną metodę poprawnej moralnie regulacji poczęć, opartej na uwzględnianiu naturalnego rytmu płodności. W ten sposób ludzie nauki, a w szczególności uczeni katolicy, wykażą ze swej strony, iż rzeczy mają się tak, jak Kościół naucza, że mianowicie „nie może być rzeczywistej sprzeczności między boskimi prawami dotyczącymi z jednej strony przekazywania życia, a z drugiej pielęgnowania prawdziwej miłości małżeńskiej”<sup>169</sup>.

Papież wiedział o istnieniu już wówczas metod regulacji poczęć, opartych na znajomości procesów biologicznych, pozwalających dzięki obserwacji oznak i objawów płodnej fazy cyklu menstruacyjnego unikać zajścia w ciążę lub starać się o nie. Zachęcał on zatem do rozwoju medycznych i klinicznych badań nad metodami naturalnymi, mających pomóc małżonkom. Pisał:

<sup>168</sup> Por. L. Ciccone, *Per una cultura della vita a partire dalla famiglia*, ElleDiCi, Leumann (TO) 1988, s. 72–74.

<sup>169</sup> HV, nr 24.

Wysokim uznaniem darzymy tych lekarzy i członków służby zdrowia, którzy w pełnieniu swojego zawodu ponad wszelką ludzką korzyść przenoszą to, czego wymaga od nich szczególnie wzgląd na chrześcijańskie powołanie. Niech niezachwianie trwają w zamiarze popierania zawsze tych rozwiązań, które zgadzają się z wiarą i prawym rozumem oraz niech starają się dla tych rozwiązań zjednać uznanie i szacunek ze strony własnego środowiska. Niech ponadto uważają za swój zawodowy obowiązek zdobywanie w tej trudnej dziedzinie niezbędnej wiedzy, aby małżonkom zasięgającym opinii, mogli służyć należytych radami i wskazywać właściwą drogę, czego słusznie i sprawiedliwie się od nich wymaga<sup>170</sup>.

Ojciec Święty skierował swój apel nie tylko do naukowców i badaczy, ale również do lekarzy<sup>171</sup> i pracowników służby zdrowia, którzy powinni informować zgłaszających się do nich małżonków o nowych odkryciach w dziedzinie naturalnej regulacji płodności. Zwrócił też uwagę na odpowiednią znajomość nowych metod naturalnych, ale przede wszystkim na właściwie ukształtowane sumienie, na podstawie którego człowiek postępuje w sposób prawy. Chodzi nie tylko o dostarczenie informacji na temat płodności, ale również o formowanie do odpowiedzialnego rodzicielstwa<sup>172</sup>.

### 2.1.2.2. Metody naturalne

*Metodami naturalnymi* są te, które „dostarczając wiedzy na temat naturalnych rytmów płodności kobiety, pozwalają małżonkom regulować liczbę urodzin dzięki uwzględnieniu tych rytmów. Tych metod jest wiele, ale wszystkie one opierają się na fakcie, że cykl kobiety obejmuje okresy płodne i niepłodne,

---

<sup>170</sup> HV, nr 27.

<sup>171</sup> Po lekturze *Humanae vitae* doktor Hilgers przyjął słowo Ojca Świętego skierowane do lekarzy, stwierdzając: „Bardzo mocno poruszył mnie też fragment, w którym Paweł VI otwarcie i wprost zaapelował do naukowców i lekarzy, by zajęli się poważnymi badaniami w tej dziedzinie. Miałem wrażenie, że papież mówi do mnie: «Ej, ty Thomas, zajmij się tym». I się zająłem. To było dla mnie zupełnie oczywiste, że muszę coś z tym zrobić. Nie wiedziałem wówczas, że powstanie naprotechnologia, ale wiedziałem, że muszę odpowiedzieć na wezwanie papieża”. T.P. Terlikowski, *Nadzieja na dziecko, czyli cała prawda o naprotechnologii*, Fronda PL, Warszawa 2015, s. 66.

<sup>172</sup> Por. G. Bedouelle – J.-L. Brugues – P. Becquart, *Amore e sessualità nel cristianesimo*, Jaca Book, Milano 2007, s. 118–122.

a więc na obserwacji pewnych danych klinicznych związanych z tym rytmem fizjologicznym<sup>173</sup>.

Zanim rozwinęły się sprawdzone naukowo i skuteczne metody wskazywania płodnej fazy cyklu menstruacyjnego, trzeba było zrozumieć różne procesy fizjologiczne organizmu mężczyzny i kobiety, a także sam proces zapłodnienia. Już w 1855 roku W.T. Smith stwierdził, że poczęcie zachodzi z większym prawdopodobieństwem wówczas, gdy wydzielina szyjki macicy osiąga „maksimum swojej płynności”. Kilka lat później J.M. Sims ogłosił, że plemniki charakteryzują się największą czynnością ruchową, kiedy śluz szyjkowy staje się jasny i przezroczysty i ma konsystencję białka surowego jajka. Następnie w 1905 roku T.H. van de Velde odkrył i opisał temperaturę ciała w cyklu menstruacyjnym, podkreślając, że w momencie owulacji występuje obniżenie temperatury ciała, po czym zachodzi jej podwyższenie, które trwa aż do kolejnej menstruacji. W latach dwudziestych K. Ogino i H. Knaus w wyniku prowadzonych niezależnie od siebie badań odkryli wzajemną zależność między długością trwania cyklu menstruacyjnego a możliwością poczęcia dziecka. Oboje wykazali, że owulacja zachodzi między dwunastym a szesnastym dniem przed kolejną menstruacją. Odkrycie to zostało następnie dopracowane za pomocą rachuby statystycznej przez J. Smuldersa i stanowi podstawę metody kalendarza lub rytmu oraz metody Ogino-Knausa<sup>174</sup>.

Kolejnym ważnym krokiem w stronę metod naturalnych była obserwacja oznak i objawów fazy płodnej cyklu kobiecego, takich jak podstawowa temperatura ciała lub śluz szyjkowy. W latach pięćdziesiątych ukazała się pierwsza monografia P. Bergmanna o śluzie szyjkowym, a jednocześnie zaczęły się pierwsze badania naukowe prowadzone przez małżeństwo Billingsów, dotyczące śluzu szyjkowego jako markera płodności kobiety.

W 1957 roku J. Holt opublikował swoje studium o metodzie termicznej, wskazując w nim trzy wartości temperatury podwyższonej o przynajmniej 0,1°C w sześciu dniach poprzedzających<sup>175</sup>.

W tych samych latach również wielu innych badaczy, takich jak: J. Marshal, G.K. Döring czy R.F. Vollmann, przyczyniło się do rozwoju metody temperatury podstawowej, zaczęto wtedy mówić o metodzie objawowo-termicznej. Kolejno zaczęły powstawać liczne metody objawowo-termiczne, których twórcy (J. Rötzer, J. Marshal, E. Keefe, A. Flynn, G. Bonomi, G. Bertolotti,

---

<sup>173</sup> M.P. Faggioni, *Sessualità matrimonio famiglia*, EDB, Bologna 2013, s. 213.

<sup>174</sup> Por. J. Orzeszyna, *Naturalne metody planowania rodziny*, w: *Encyklopedia bioetyki*, red. A. Muszala, POLWEN, Radom 2009, s. 428.

<sup>175</sup> Por. T.W. Hilgers, *Reproductive Anatomy and Physiology...*, dz. cyt., s. 132.

A. Paganuzzi czy T. Kramarek), opierając się na obserwacji różnych oznak i objawów, w rozmaity sposób łączyli odnotowywanie temperatury podstawowej ciała ze śluzem, rachubą czy badaniem dotykowym szyjki macicy<sup>176</sup>.

Niektóre spośród wskazanych przez nas metod naturalnych opierają się na wynikach pracy dwójki lekarzy, Johna i Lyn Billingsów, którzy po latach studiów i badań w 1964 roku sformułowali zasady obserwacji śluzu szyjkowego jako jednego z podstawowych objawów płodności kobiety. Metoda Owulacyjna Billingsów (MOB, opracowana w latach 1953–1971) opiera się wyłącznie na codziennej obserwacji tego objawu biologicznego wytwarzanego przez szyjkę macicy<sup>177</sup>. Choć naukowcy znali już wcześniej istnienie śluzu szyjkowego, to jednak przed małżonkami Billingsami żaden z nich nie badał płodności w aspekcie potwierdzenia jego obecności<sup>178</sup>.

### 2.1.2.3. Odpowiedź na wezwanie

W grudniu 1968 roku T.W. Hilgers wraz ze swoją ekipą przeprowadził badania nad różnymi zatwierdzonymi przez Kościół metodami regulacji płodności i naturalnego planowania rodziny. W 1972 roku doktor Hilgers rozpoczął studia nad MOB; w 1975 roku udał się do Australii, przyłączył się do grupy małżeństwa Billingsów, a następnie przywiózł do Stanów Zjednoczonych wyniki uzyskanych studiów. Hilgers był zafascynowany nową koncepcją planowania rodziny, zwłaszcza jej „wszechstronnością”. Chodziło bowiem o metodę możliwą do stosowania przez pary, które już przeżyły doświadczenie prokreacyjne. Jak sam wielokrotnie potwierdzał, że dla niego jako lekarza, a zwłaszcza

---

<sup>176</sup> Por. M. Kinle, *Naturalne planowanie rodziny – metody rozpoznawania płodności*, w: *Naturalne planowanie rodziny w ujęciu wybranych dyscyplin naukowych*, red. W. Wieczorek, Gaudium, Lublin 2008, s. 162–180.

<sup>177</sup> Por. M. Kinle, *Naturalne planowanie rodziny – metody rozpoznawania płodności*, w: *Naturalne planowanie rodziny...*, dz. cyt., s. 181–183.

<sup>178</sup> W 1855 roku W.T. Smith zaobserwował, że poczęcie jest najbardziej prawdopodobne, kiedy śluz szyjowy ma konsystencję bardziej wodnistą i wilgotną. Następnie w 1868 roku J.M. Sims potwierdził wpływ śluzu szyjkowego na płodność. Z kolei w 1952 roku M.R. Cohen wraz ze swymi współpracownikami opublikował pracę, która opisuje relację między zmianami właściwości tego objawu a czasem przedowulacyjnym. Zaobserwowali oni między innymi, że rozcieńczenie i przezroczystość śluzu zwiększają się wraz z jego ilością. Jego obecność pozwala plemnikom łatwiej przetrwać na odcinku pochwowym. Por. *Book I...*, dz. cyt., s. 265–266.

jako położnego-ginekologa, wszechstronność zajmowała pierwsze miejsce na jego liście podstawowych zadań<sup>179</sup>.

Współpraca z Billingsami ukierunkowała go w stronę pogłębienia swoich badań nad cyklem kobiecym. W 1976 roku<sup>180</sup> na Wydziale Medycyny Uniwersytetu w St. Louis rozpoczął projekt badawczy, który prowadził jako niezależne opracowanie MOB. Doceniając pracę lekarzy Billingsów, Hilgers chciał w swoim studium potwierdzić i krytycznie rozwinąć ich metodę. Stąd początkowe koncepcje standaryzacji zostały pogłębione ze szczególnym uwzględnieniem wprowadzenia systemu zestandaryzowanej obserwacji śluzu szyjkowego i stworzenia „słownika ilustrowanego”, którego można by używać w nauczaniu<sup>181</sup>. W konsekwencji zbudował standardowy model medycyny opieki nad płodnością, nazwany Creighton Model FertilityCare™ System<sup>182</sup> (CrMS)<sup>183</sup>.

Już na początku swoich studiów w 1978 roku doktor Hilgers utworzył grupę badawczą, w której skład wchodził: K. Diane Daly, Susan K. Hilgers i Ann M. Presbil. Lekarze ci jako pierwsi zaczęli formować nauczycieli metod naturalnego planowania rodziny i jako pierwsi opisali CrMS w 1980 roku. Wtedy też przenieśli swoją pracę do Departamentu Położniczego i Ginekologicznego Wydziału Medycyny Uniwersytetu w Creighton. Wymienieni badacze w 1981 roku powołali do istnienia Amerykańską Akademię Naturalnego Planowania Rodziny (*American Academy of Natural Family Planning*, AANFP), a następnie w 2002 roku Amerykańską Akademię Specjalistów Opieki nad Płodnością (*American Academy of FertilityCare Professionals*, AAFCP), która dziś stanowi oficjalny organ do spraw akredytacji i certyfikacji CrMS<sup>184</sup>.

<sup>179</sup> Por. T.W. Hilgers, *Preface*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. XXVII–XXVIII.

<sup>180</sup> Jako oficjalny początek swoich badań Hilgers wskazuje datę 1 kwietnia 1976 roku. Por. *Book I...*, dz. cyt., s. XVII–XVIII.

<sup>181</sup> Oryginalność Hilgersa zaczęła się od intuicji, że standaryzacja (ujednolicenie świadczenia usług) MOB dla planowania rodziny mogłaby poprawić precyzję i elastyczność, a więc i skuteczność w pomaganiu małżonkom w uzyskaniu (bądź uniknięciu) ciąży w ciąży. Por. R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical...*, dz. cyt., s. 33.

<sup>182</sup> Por. Pontificia Accademia per la Vita, *La dignità della procreazione e le tecnologie riproduttive. Aspetti antropologici ed etici* (Atti della X Assemblea Generale della Pontificia Accademia per la Vita, 20–22 febbraio 2004), LEV, Città del Vaticano 2005, s. 16.

<sup>183</sup> [Odtąd: CrMS].

<sup>184</sup> Por. [www.fertilitycare.org](http://www.fertilitycare.org) (dostęp: 30 listopada 2019).

We wrześniu 1985 roku, odpowiadając na zawarty w *Humanae vitae* apel papieża Pawła VI do „ludzi nauki”, grupa rozpoczęła nową przygodę, powołując do życia Instytut Papieża Pawła VI do Badań nad Ludzką Rozrodczością<sup>185</sup> (*Pope Paul VI Institute for the Study of Human Reproduction*<sup>186</sup>) z siedzibą w Omaha w stanie Nebraska. W latach osiemdziesiątych podjęto wiele wysiłków w ginekologii i położnictwie, aby promować antykoncepcję, sterylizację lub zapłodnienie *in vitro*. Bardzo wielu ginekologów uważało, że nie da się wykonywać zawodu lekarza bez tych praktyk. Jednak rozwój badań nad Modelem Creighton (CrM)<sup>187</sup> pokazał, że istnieje inny sposób podejścia do ludzkiej płodności i niepłodności. W 1991 roku Hilgers opublikował książkę zatytułowaną *Medical Application of Natural Family Planning. A Physician's Guide to NaProTECHNOLOGY*<sup>188</sup>. W dziele tym zaczęto mówić o oficjalnych narodzinach nowej nauki medycznej dotyczącej zdrowia prokreacyjnego i po raz pierwszy użyto terminu NaProTECHNOLOGY<sup>189</sup> (*Natural Procreative Technology*, dosłownie: technologia naturalnej prokreacji<sup>190</sup>, „naprotechnologia”, NPT)<sup>191</sup>. Projekt badawczy zapoczątkowany w 1976 roku osiągnął szczyt swojego pierwszego etapu w lipcu 2004 roku, kiedy to została wydana obszerna (licząca aż 1244 strony) książka zatytułowana *The Medical and Surgical Practice of*

<sup>185</sup> Doktor Hilgers wyjaśnia, że pomysł założenia Instytutu przyszedł mu do głowy w dniu śmierci Pawła VI (6 sierpnia 1978). „Musimy zbudować trwały pomnik dla papieża Pawła VI, dla encykliki *Humanae vitae* i dla jego apelu do naukowców, badaczy, lekarzy i pracowników służby zdrowia”. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 9–10 [odtąd wszystkie cytaty zaczerpnięte z tego podręcznika będą przytaczane w tłumaczeniu własnym piszącego].

<sup>186</sup> Hilgers, jako lekarz, używał jako tytułu słowa *Reproduction*, choć ściślej było by stosowanie określenia *Procreation*, które lepiej odpowiada godności przekazywania życia ludzkiego. Por. M. Machinek, *Dlaczego Kościół nie dopuszcza zapłodnienia in vitro, a akceptuje i propaguje metody naprotechnologii?*, „Katecheta” 12 (2011), s. 59.

<sup>187</sup> [Odtąd: CrM].

<sup>188</sup> Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 1991.

<sup>189</sup> [Odtąd: NPT].

<sup>190</sup> „Naturalne” podejście nakazuje, by szukać głęboko tkwiących przyczyn dysfunkcji organizmu, a nie koncentrować się wyłącznie na nieprawidłowościach funkcjonowania poszczególnych narządów. Słowo „technologia” wskazuje na korzystanie z najnowszych osiągnięć nauki oraz wyposażenie w wysoce specjalistyczne narzędzia i metody. Por. *Program leczenia niepłodności*, <http://Vimed.pl/nieplodnosc> (dostęp: 15 września 2019).

<sup>191</sup> Por. *Book I...*, dz. cyt., s. XVIII–XX.

*NaProTECHNOLOGY*<sup>192</sup>. „Podręcznik ten szczegółowo omawia różne techniki stosowane przy rozpoznaniu i leczeniu niepłodności (wraz z kompletną gamą zastosowań naprotechnologii)”<sup>193</sup>. Nowa nauka reprodukcyjna stale się rozwija. Również dzięki formacji nowych lekarzy i utworzeniu nowych specjalizacji w NPT odnotowuje się liczne postępy w tej dziedzinie.

Warto zauważyć, że idea doktora Hilgersa i jego zespołu została przyjęta właśnie w Stanach Zjednoczonych, gdzie w największym stopniu kontestowano wcześniej encyklikę *Humanae vitae*. Do 2012 roku powstało w USA aż 250 ośrodków wspomagania ludzkiej prokreacji zgodnie z zasadami NPT<sup>194</sup>. Z roku na rok metoda ta zyskiwała na popularności, zwłaszcza wśród lekarzy, którzy przedstawiają ją jako medyczny i kliniczny system diagnostyczny dla wspomagania ludzkiej płodności, charakteryzujący się innowacyjnością i spójnością.

Działo się tak pomimo faktu, że przez długie lata wielu lekarzy było przekonanych, iż nie da się pogodzić praktyki medycyny prokreacyjnej z zasadami personalizmu głoszonymi przez nauczanie katolickie, i pomimo utrwalenia się

---

<sup>192</sup> Podręcznik ten jest pierwszą i definitywną prezentacją *Medyczo-Chirurgicznej Praktyki NPT*, w której autor stara się przedstawić jej bardzo szczegółowy obraz, tak aby każdy jej aspekt mógł zostać zbadany, oceniony, a następnie zrozumiany i wprowadzony w życie. Książka opisuje wszystkie wymiary CrMS i omawia wszystkie aspekty związane z opieką laboratoryjną w praktykowaniu NPT. Ponadto analizowane są w niej medyczne zastosowania, które można wykorzystać w leczeniu pacjentów dotkniętych różnymi zaburzeniami.

W dziele tym bada się także w pogłębiony sposób niektóre podejścia do leczenia anomalii, takich jak niepłodność, częste samoistne poronienia i zastosowania perinatalne. Ponadto książka zawiera obszerny i szczegółowy opis różnych podejść chirurgicznych i procedur NPT.

Podręcznik ten przedstawia najbardziej wyczerpujący opis NPT, choć niewątpliwie w przyszłości dokonają się jeszcze postępy w tej dziedzinie. Książka nie opisuje całego potencjału wpisanego w NPT, lecz tylko ten początkowy, i przedstawia pierwszą fazę dwudziestu ośmiu lat badań od powstania metody. Por. T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 26.

<sup>193</sup> Pontificia Accademia per la Vita, *La dignità della procreazione e le tecnologie riproduttive...*, dz. cyt., s. 164. Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. XV–XXIII.

<sup>194</sup> Por. T.W. Hilgers, *Letter to the President Barack Obama (12.04.2012)...*, dz. cyt.

w społeczeństwie zachodnim przekonania, że istnieje konflikt między wiarą a rozumem<sup>195</sup>.

Naturalna regulacja poczęć opracowana przez profesora Hilgersa, odpowiadając na nauczanie Kościoła<sup>196</sup>, nie tylko respektuje rytm biologiczny, ale stara się również odpowiadać osobie w jej wewnętrznej jedności ducha, psyche i ciała – jedności, której nigdy nie da się sprowadzić do zwykłego zespołu mechanizmów biologicznych.

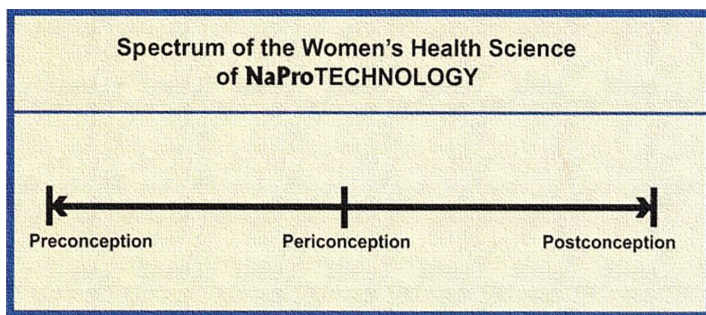
## 2.2. Wprowadzenie do NPT

Aby przedstawić nową naukę stworzoną specjalnie w trosce o płodność, opiszemy w pierwszej kolejności jej podstawowe punkty i innowacyjne elementy.

### 2.2.1. Znaczenie i fundament nowej nauki

NPT jest definiowana jako nowa nauka o zdrowiu kobiety, a jej podstawową zasadą jest zdolność „współpracy” z cyklem menstruacyjnym i cyklem kobiecej płodności<sup>197</sup>. Zobaczmy poniższy schemat:

Schemat 1



[Ilustracja 2–1, s. 19 podręcznika W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt.].

<sup>195</sup> Aby rozwiązać ten problem, Jan Paweł II opublikował w 1998 roku encyklikę *Fides et ratio*. Zob. W związku z tym szczegółową analizę w: T.W. Hilgers, *Preface*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. XXVIII–XXIX.

<sup>196</sup> Należy podkreślić, że dzieło pioniera nowej nauki wpisuje się w postulat Soboru Watykańskiego II, wyrażony słowami: „Ludzie powinni w sposób mądry dowiadywać się o dalszych postępach nauki w zakresie poszukiwania metod, które mogą pomagać małżonkom w decydowaniu o liczbie potomstwa, metod pewnych i zgodnych z porządkiem moralnym” (GS, nr 87).

<sup>197</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 25.



NPT opiera się na CrMS, która jest zestandaryzowaną metodą obserwacji cyklu menstruacyjnego i cyklu płodności, mającą rozliczne zastosowania w odniesieniu do kobiet w wieku płodnym.

CrMS jest nie tylko bardzo wiarygodnym systemem dla uzyskania (lub uniknięcia) zajścia w ciążę, ale pomaga parom poszerzyć ich horyzonty w odniesieniu do ludzkiej płodności<sup>198</sup>.

W CrMS zwraca się uwagę na markery biologiczne<sup>199</sup> cyklu, a kobieta zaczyna rozumieć język swojego ciała i komunikować się z nim w sposób, jaki wcześniej był dla niej niemożliwy. Właśnie ta komunikacja stanowi dla pary wyzwanie, aby zdobyć głębszą i bogatszą znaczeniowo wizję własnej płciowości. Mając większą sprawność w interpretowaniu biologicznych markerów płodności i zdrowia, kobieta czuje się bardziej zachęcona do kontrolowania własnego zdrowia reprodukcyjnego i ginekologicznego, uwzględniając własną integralność osobową i wzmacniając więź małżeńską<sup>200</sup>.

Jak każda nauka, również NPT posiada swoją specjalistyczną terminologię i własne słownictwo<sup>201</sup>. Ma ona swój fundament w połączeniu edukacji prokreacyjnej i technologii medycznej, wychowując swoich pacjentów, a w szczególności ucząc kobiety obserwować obiektywne parametry ich cyklu menstruacyjnego i płodności w taki sposób, aby nawiązać z lekarzem relację współpracy

---

<sup>198</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. IX.

<sup>199</sup> „Biomarker jest to fizyczny objaw, jaki zapisywany jest w tabelach CrMS. Na przykład biomarkerami są: cykl z ograniczonym występowaniem śluzu, plamienie (*spotting*) przedmiesiączkowe, krwawienie brązowe u kresu cyklu menstruacyjnego, faza poszczytowa itp.”. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 405.

<sup>200</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. X.

<sup>201</sup> Na temat języka NPT zob. zwłaszcza: T.W. Hilgers, *Creighton Model Fertility-Care™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt.; T.W. Hilgers, *Introductory Presentation of the CrMS*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 83–106; T.W. Hilgers, *Basic Charting and Chart Reading*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 107–118; T.W. Hilgers, *Charting Continuous Discharges*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 119–128; T.W. Hilgers, *Basic CrMS Instructions*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 129–140; T.W. Hilgers, *Special Instructions and Applications*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 141–160; T.W. Hilgers – A.M. Prebil – K.D. Daly – S.K. Hilgers, *The Picture Dictionary of the Creighton Model Fertility-Care™ System...*, dz. cyt.

i podjąć ewentualne leczenie. Chodzi o wystandaryzowaną edukację<sup>202</sup>, która może być używana zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w innych krajach, a to czyni ją obiektywną. Ponadto może być ona powielana w tym sensie, że informacje zebrane przez kobiety mogą być interpretowane i wykorzystywane w celach zarówno rozpoznania medycznego, jak i leczenia<sup>203</sup>.

Choć edukacja stanowi jedną z jej podstawowych zasad, NPT opiera się także na postępach technologii medycznej. Świadczy o tym wykorzystanie ukierunkowanych badań hormonalnych, specjalistycznych USG oraz chirurgicznych podejść opartych na technologii laserowej, aplikacjach mikrochirurgicznych i technikach antyzrostowych<sup>204</sup>.

Rozliczne są pola działania NPT. Nade wszystko „ustanawia ona związek między planowaniem rodziny a monitorowaniem i ochroną zdrowia reprodukcyjnego i ginekologicznego”<sup>205</sup>, następnie obejmuje: rozpoznanie i lecze-

<sup>202</sup> Standaryzację można zdefiniować jako proces, w wyniku którego system nauczania osiąga pewien standard, czyli ujednolicony poziom jakości. Przynosi ona szereg korzyści: przede wszystkim gwarantuje, że każda nowa para, która włącza się w edukację, ma równy dostęp do wiedzy i rozumienia systemu oraz że zachodzi dokładne przeniesienie (duplikacja czy replikowanie) wiedzy o tym systemie, a ponadto dostarcza solidnej podstawy, na której można budować przyszły rozwój. Ma ona fundamentalne znaczenie dla powiększania wiedzy w tej dziedzinie. Znakomitym przykładem jest właśnie NPT, która bez standaryzacji zintegrowanej z CrMS nie mogłaby się rozwinąć.

Proces, dzięki któremu dokonuje się standaryzacja, składa się z dwóch elementów: formacji nauczycieli, którzy przekazują wiedzę o CrMS, oraz dostarczania informacji w sposób zestandaryzowany, aby zapewnić równość dostępu dla nowych par. Narzędzia systemu nauczania CrMS są następujące: prezentacja CrMS za pomocą slajdów wprowadzających, tabele CrMS, znaczki-naklejki CrMS, formularz *Follow-up*, kontrola obserwacji, kontrola cyklu w specyficznej kategorii reprodukcyjnej, przykłady tabel do nauczania (VDRS), formularz do oceny ciąży, indeks S-P-I-C-E. Wszystkie te elementy składowe zostaną opisane w następnych punktach.

Ponadto trzeba podkreślić, że jest to kompletny system nauczania, którego nie należy mylić z innymi metodami nauczania w dziedzinie regulacji płodności. Por. T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 21.

<sup>203</sup> Por. T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 22.

<sup>204</sup> Por. T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt.

<sup>205</sup> T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 25.

nie niepłodności oraz innych zaburzeń reprodukcyjnych, anormalne krwawienia, odbiegające od normy stany hormonalne w cyklu menstruacyjnym, włącznie z zespołem przedmiesiączkowym i nawracającymi torbielami jajnika, datowanie początku ciąży i wreszcie depresję poporodową. A wszystko to odbywa się w taki sposób, by współpracować z płodnością w poszanowaniu godności kobiety i integralności małżeństwa<sup>206</sup>. Jak pokazują różnego rodzaju badania, NPT zajmuje się również kwestią niepłodności męskiej, używając zaawansowanych technik chirurgicznych, endokrynologicznych i farmakologicznych<sup>207</sup>.

### 2.2.2. „Inner soul” seksualności

Istnieje kilka interesujących i oryginalnych elementów w koncepcji seksualności, które profesor Hilgers włączył do swojej wizji NPT.

#### 2.2.2.1. Między dwoma ujęciami wolności seksualnej

Jak stwierdza doktor Hilger, w opisie osoby ludzkiej, która jest istotą płciową, zwraca się uwagę przede wszystkim na rolę obowiązujących dziś podejść antykoncepcyjnych do problemu planowania rodziny, implikujących genitocentryzm w seksualności i jako naturalną konsekwencję rozdzwięk między miłością a życiem i na odwrót. Ta depersonalizacja prowadzi do odczłowieczenia oraz duchowej i psychologicznej degradacji. Antykoncepcja, sterylizacja, aborcja, techniki medyczne wspomaganego zapłodnienia i poczęcia człowieka oraz pornografia są owocem takiej genitocentrycznej wizji<sup>208</sup>.

Genitocentryzm zrodził pewien ruch, określanany niekiedy jako „rewolucja seksualna”, gloryfikujący „wolność seksualną”. Wolność ta, zauważa profesor

<sup>206</sup> Por. Pontificia Accademia per la Vita, *La dignità della procreazione e le tecnologie riproduttive...*, dz. cyt., s. 164; T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. IX.

<sup>207</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 304–310; M. Wojacek, *Naprotechnologie wyrazem troski o zdrowie*, w: *Niepłodność – zagadnienia interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka – E. Janiuk – J. Dzierżanowski, Impuls, Kraków 2009, s. 46; B. Bassa, *NaProTechnology – nadzieją dla niepłodnych małżonków*, „Studia Aloisiana” 1 (2012), s. 65.

<sup>208</sup> Rozdział I podręcznika NPT obszernie dokumentuje te procesy. Por. T.W. Hilgers, *Disturbing Trends in the Health Care of Women, Children and Families*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 1–17.

Hilgers, „w ostatnich czterdziestu latach doprowadziła do poważnego kryzysu ludzkich relacji i trudno uwierzyć, że prawdziwa wolność może zrodzić to wszystko”<sup>209</sup>.

Założyciel NPT podkreśla, że wolność seksualna zrodziła się po to, by promować „rozwiażłość seksualną”, pojęcie różne od prawdziwej wolności. Stwierdza: „Rozwiażłość seksualna bowiem jest egocentryczna, a nie heterocentryczna; opiera się na poszukiwaniu przyjemności, a nie na radości lub osobistej realizacji. W rzeczywistości wolność seksualna nie jest wcale wolnością, gdyż zrodziła formę tyranii, w której osoby często pozostają uwięzione, a to dlatego, że wypływa ona z rozwiażłości seksualnej, nie zaś z wolności”<sup>210</sup>.

W CrMS i w innych naturalnych metodach planowania rodziny podejmuje się dozwolone kroki w celu uzyskania ciąży lub jej uniknięcia, istnieje komunikacja między małżonkami i respektuje się cnotę czystości. Sprzyja się głębokiemu szacunkowi nie tylko wobec jednostki, która trzyma się tych zasad, ale również wobec tych, z którymi ona je podziela. Istnieje wola pomagania innym i otoczenia innych troską, bycia razem z innymi, tak iż głównym celem nie jest egocentryzm, lecz wzajemność. Nie chodzi o podejście oparte na zakazach i typowe dla wieku dojrzewania, ale o podejście pełne miłości, kompletne i dojrzałe, respektujące wartość i godność każdego ludzkiego życia, szanujące godność kobiet i integralność małżeństwa. Można zatem mówić o autentycznej wolności seksualnej, która bierze pod uwagę możliwość wywołania uprawnionej rewolucji seksualnej<sup>211</sup>.

#### 2.2.2.2. „Zasada selektywnego stosunku seksualnego”

W przeciwieństwie do nowoczesnego podejścia do kwestii płodności – zgodnie z którym stosunek seksualny powinien być za wszelką cenę zabezpieczony – w NPT i przez CrMS wprowadza się „zasadę selektywnego stosunku seksualnego”.

Zasada ta stosuje się wyłącznie do naturalnych metod regulacji płodności, a w szczególności do CrMS. Jest to zaktualizowana wersja tego, co we wcześniejszych latach określało się nieco ogólnie „okresową wstrzemięźliwością”<sup>212</sup>.

<sup>209</sup> T.W. Hilgers, *Disturbing Trends in the Health Care of Women, Children and Families*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 24.

<sup>210</sup> T.W. Hilgers, *Disturbing Trends in the Health Care of Women, Children and Families*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 24.

<sup>211</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 36.

<sup>212</sup> Por. T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 25; *Book II...*, dz. cyt., s. 156.

Decyzja o odbyciu bądź nieodbyciu stosunku seksualnego wynika z rzeczywistego wyboru, czy się chce doprowadzić do ciąży czy jej uniknąć. Użycie terminu „selektywny” implikuje konkretnie decyzje, które para podejmuje, kiedy uruchamia system we wszystkich jego częściach, to znaczy w tym procesie para odpowiedzialnie wybiera najlepszy moment na odbycie stosunku seksualnego i – co jeszcze ważniejsze – dokonuje tego wyboru wspólnie<sup>213</sup>. Stąd „spontaniczny stosunek seksualny implikuje podporządkowanie się bodźcom emocjonalnym, natomiast selektywny stosunek seksualny zależy od odpowiednio ocenionych i podjętych wyborów z odniesieniem do rozumu, woli i wartości podzielanych przez parę”<sup>214</sup>. To wspólne dzielenie decyzji przy stosowaniu się do jakiegokolwiek naturalnego systemu, w tym także CrMS, różni je od praktyk antykoncepcyjnych. Systemy te bowiem nie funkcjonują, kiedy para ze sobą nie współpracuje. Systemy technologiczne opierają się na koncepcji, zgodnie z którą współpraca nie istnieje – lub przynajmniej może jej nie być – i ten apriorystyczny warunek uniemożliwia jej rozwój w tak ważnej sferze życia małżeńskiego pary, potencjalnie wywołując niepokój, napięcie, gorycz i w końcu zniszczenie relacji<sup>215</sup>.

### 2.2.2.3. S-P-I-C-E

Stosowanie CrMS wymaga trzymania się konkretnego sposobu postępowania. Jeśli para chce uniknąć zajścia w ciążę, musi okresowo powstrzymywać się od aktu seksualnego. Tego rodzaju zachowanie należy traktować nie „jako «skutek uboczny» lub «komplikację systemu», ale jako główny element zachowania pozwalający odkryć całość seksualności i poznać jej «głęboką duszę»”<sup>216</sup>.

Żyjąc w społeczeństwie genitocentrycznym – jak podkreśla profesor Hilgers – „wielkim wyzwaniem dla CrMS jest sprawić, aby ludzie zrozumieli i docenili mózgowcentryczną naturę seksualności, skoncentrowaną na sferze osobowej i wewnętrznej, która zachowuje związek między miłością a życiem i prowadzi do personalizacji, humanizacji oraz fizjologicznej i duchowej afir-

<sup>213</sup> Zakładamy, że zgodnie z opisywaną zasadą para nie rezygnuje ze spontaniczności. Spontaniczność posiada również swoją wartość wśród małżonków, którzy już udzielili sobie na nią ogólnej zgody z obietnicą małżeństwa.

<sup>214</sup> T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 25.

<sup>215</sup> Por. T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt.

<sup>216</sup> T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 5–6.

macji<sup>217</sup>. Mając to na uwadze, w NPT rozróżnia się pojęcia kontaktu genitalnego i kontaktu seksualnego. W pierwszym przypadku mówimy o kontakcie między męskimi i żeńskimi narządami rodnymi – kontakcie, którego należy unikać w dniach płodnych, jeśli nie chce się dopuścić do poczęcia. Z tego punktu widzenia unikanie kontaktu genitalnego jest podstawowym mechanizmem, dzięki któremu CrMS funkcjonuje w celu zapobieżenia ciąży. W drugim przypadku mówi się o kontakcie seksualnym, różnym od genitalnego, ponieważ jest to „kontakt” całkowitego oddania się jednej osoby drugiej<sup>218</sup>. Kontakt ten obejmuje także kontakt genitalny, ale sięga dalej. W kontakcie seksualnym chodzi o prawdziwą interakcję seksualną, która jest wielowymiarowa, zawsze zawierając komponent streszczający się w akronimie S-P-I-C-E (*Spiritual, Physical, Intellectual, Communicative-Creative and Emotional*)<sup>219</sup>. Podczas gdy kontaktu genitalnego należy unikać w dni płodne, jeśli chce się zapobiec ciąży, to kontaktu seksualnego nigdy nie należy unikać.

CrMS przywiązuje wagę do autentycznego zaufania i komunikacji w relacji, co wynika z rozwoju niegenitalnych form komunikacyjnych. W ten sposób między mężczyzną a kobietą rozwija się prawdziwie wyzwalająca komunია, pełna miłości i trwająca w czasie. Kiedy miłość przybiera tę postać, wówczas również kontakt genitalny nabiera głębszego znaczenia i wzniolejszego wymiaru.

Nauczenie się nawiązywania więzi w sposób niegenitalny jest wielkim wyzwaniem dla par, które włączają się w program *FertilityCare*<sup>™</sup>, zwłaszcza tych, które używały wcześniej środków antykoncepcyjnych. W ich przypadku istotne jest rozwinięcie wszystkich aspektów relacji w taki sposób, aby osiągnąć nowy punkt równowagi i nową perspektywę w swoim życiu<sup>220</sup>.

Użytkownicy CrMS zostają włączeni w rozwój nowych modeli interakcji seksualnej. Program S-P-I-C-E dąży do rozwinięcia wielowymiarowej natury autentycznych relacji. Jest to narzędzie, dzięki któremu odkrywamy „wewnętrzzną duszę płciowości”<sup>221</sup>.

---

<sup>217</sup> *Book I...*, dz. cyt., s. 18 [odtąd wszystkie cytaty zaczerpnięte z tego podręcznika będą przytaczane w tłumaczeniu piszącego].

<sup>218</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 35.

<sup>219</sup> Por. T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 24; *Book I...*, dz. cyt., s. 20–21.

<sup>220</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 35; T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 64, 419.

<sup>221</sup> Pojęcie „wewnętrznej duszy płciowości” jest zaczerpnięte z myśli papieża Wojtyły. Por. FC, nr 32.

W odniesieniu do każdego ze składników S-P-I-C-E przedstawia się wykaz konkretnych wskazówek, które mogą skłonić do refleksji. Autorzy podsuwają pewne sugestie, aby pobudzić do dalszego rozwinięcia tych zagadnień<sup>222</sup>.

#### 2.2.2.4. Płodność

W świetle tego, co zostało dotąd powiedziane, przejdźmy teraz do omówienia znaczenia ludzkiej płodności w NPT, wpisującego się w całkowicie nowy kontekst społeczny, w którym wielodzietne rodziny są obecnie rzadkością i patrzy się na nie niemal z politowaniem, samą płodność natomiast uważa się za przeszkodę do usunięcia, ciężar, o ile nie wręcz coś okrywającego hańbą.

Mentalność ta jest tak silnie zakorzeniona również w środowisku służby zdrowia, (położnictwie, ginekologii i medycynie reprodukcyjnej), w której przyjęcie postawy opartej na innej (naturalnej) perspektywie nierzadko rodzi konflikty<sup>223</sup>.

Założyciel NPT zauważa, że w nowoczesnej medycynie reprodukcyjnej zasadniczo przeważa podejście do planowania rodziny nastawione na powstrzymanie lub niszczenie, natomiast nie istnieją dziś systemy antykoncepcyjne współpracujące z systemem reprodukcyjnym. Na przykład doustne środki antykoncepcyjne hamują działanie przysadki mózgowej, a więc i owulację; w przypadku gdy jednak dojdzie do zapłodnienia, środek antykoncepcyjny niszczy embrion, który rozwija się od momentu zagnieżdżenia<sup>224</sup>.

W NPT natomiast płodność nie jest traktowana jako choroba, a miesiączka i cykle menstruacyjne są uważane za normalne procesy biologiczne i fizjologiczne, które mogą oczywiście wykazywać dysfunkcje i anomalie. W każdym razie cykl fizjologiczny menstruacji i płodności jest normalny tak jak ciąża, która w sposób naturalny wpływa z wydarzeń fizjologicznych (jajecz-

---

<sup>222</sup> Omówienie każdego z komponentów płciowości wraz z obszerną listą sugestii zob. w: *Book I...*, dz. cyt., s. 231–234; T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 36–39; I. Grochowska, *Integralny wymiar ludzkiej seksualności w Modelu S-P-I-C-E profesora Thomasa Hilgersa*, „Fides et Ratio” 7 (2001), s. 12–14.

<sup>223</sup> Por. T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 22.

<sup>224</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 5. Szersze omówienie tego aspektu zob. w: W.L. Larimore – J.B. Stanford, *Post-fertilization Effects of Oral Contraceptives and their Relationship to Informed Consent*, AFM 9 (2000), s. 126–133; M.L. di Pietro – R. Minacori, *La contraccezione d'emergenza*, MedMor 51 (2000), s. 11–39; L. Romano et al., *Dall'aborto chimico alla contraccezione di emergenza. Riflessioni biomediche, etiche e giuridiche*, Ed. ART, Roma 2008.

kowania i stosunku małżeńskiego, co w efekcie prowadzi do zapłodnienia). Choć mogą zachodzić różnorodne anomalie ciąży spowodowane obecnością chorób, to jednak podstawowy proces przebiegu ciąży i porodu powinien być traktowany sam w sobie jako naturalny (wyraz zdrowia)<sup>225</sup>.

W optyce NPT ważne jest, aby zwrócić się do kobiet, pouczając je o ich cyklu menstruacyjnym i o cyklu płodności, a także pomagając im odkryć zdolność wpisaną w ten cykl. To pozwala lekarzowi potraktować je w sposób holistyczny. Dlatego profesor Hilgers twierdzi, że „NPT jest nauką medyczną na służbie osoby, nie tylko zachęcającą pacjentkę do współpracy w postawieniu diagnozy i w leczeniu jej zdrowia reprodukcyjnego, ale czyniącą również współudział integralną częścią tego podejścia”<sup>226</sup>.

CrMS jest systemem, który leży u podstaw NPT, pozwala parze zarówno uzyskać ciążę, jak i jej uniknąć, nie traktuje stanu ciąży jako „choroby przekazywanej drogą płciową” czy jako naruszenia ekologii demograficznej, lecz widzi w niej wydarzenie, które wymaga wsparcia i opieki. Płód w łonie matki nie jest traktowany ani jak pasożyt, ani jak potencjalna istota ludzka, lecz raczej widzi się w nim istotę ludzką z potencjałem<sup>227</sup>.

Płodność, jeśli jest obserwowana i badana jako składnik zdrowia, a nie składnik choroby, jest traktowana jako dobro, nie ciężar, jako coś, z czym należy współpracować, a nie walczyć. Prowadzi to do szacunku dla ciała współmałżonka<sup>228</sup>.

### 2.2.3. Nowatorskie elementy NPT

Pierwszym innowacyjnym elementem w podejściu NPT jest perspektywiczny charakter gromadzenia danych w porównaniu z gromadzeniem retrospektywnym. NPT opiera się bowiem na perspektywicznym gromadzeniu obiektywnych i zestandaryzowanych danych o cyklu menstruacyjnym i o cyklu płodności. Powtórzmy, jest to nowością w medycynie reprodukcyjnej, choć lekarze nie do

<sup>225</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 64.

<sup>226</sup> T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 23.

<sup>227</sup> Por. T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 23.

<sup>228</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 5.



końca jeszcze wiedzą, jak wykorzystać te informacje. Jest to jeden z motywów leżących u podstaw publikacji podręcznika NPT<sup>229</sup>.

Profesor Hilgers zauważa, iż medycyna reprodukcyjna od przynajmniej jednego stulecia uparcie tkwi przy retrospekcyjnym gromadzeniu danych. Stwierdza: „[...] kiedy analizuje się podręczniki położnictwa, ginekologii i medycyny reprodukcyjnej od 1915 roku do dziś, okazuje się, że kładziono akcent na retrospektywne (raczej mało godne uwagi) gromadzenie danych o cyklu menstruacyjnym i cyklu płodności”<sup>230</sup>.

CrMS zrewolucjonizował to wszystko: po raz pierwszy kobiety otrzymują instrukcje, jak działa cykl menstruacyjny i jak powinny obserwować różne parametry, określane mianem biomarkerów. Dzięki tym oznakom biologicznym, według studium profesora Hilgersa, w ostatnich dekadach kobiety i lekarze potrafią postawić poprawną diagnozę i wdrożyć ewentualne terapie. Ponadto anomalie wykryte w biomarkerach są ściśle związane z anomaliami patofizjologicznymi. Zważywszy, że w ubiegłym stuleciu były one powszechnie ignorowane, utracono wiele cennych informacji o medycynie reprodukcyjnej<sup>231</sup>. Lekarze zainteresowani stosowaniem NPT – podkreśla doktor Hilgers – „powinni doskonale poznać to perspektywiczne gromadzenie danych za pomocą CrMS, aby zaczęli odczytywać i interpretować biomarkery na podstawie współczesnych badań i tych przyszłych”<sup>232</sup>.

Kolejnym ważnym elementem jest próba zrozumienia podstawowych przyczyn niepłodności. Według założyciela NPT dziś w medycynie reprodukcyjnej przeważa podejście likwidowania symptomów, a nie szukania źródła choroby. Tak to wyjaśnia doktor Hilgers:

Kobieta udaje się do lekarza po poradę w związku z problemami bolesnego miesiączkowania, a lekarz przepisuje jej pigułki antykoncepcyjne, zamiast zbadać przyczynę jej problemu. Inna kobieta cierpi z powodu nieregularnych cykli menstruacyjnych, lecz zamiast odkryć ich przyczyny, przepisuje się jej pigułkę antykoncepcyjną. [...] Kobiecie, która poddaje się badaniom w związku z powracającymi bólami jajników, przepisuje się pigułkę antykoncepcyjną i nie szuka się zasadniczych przyczyn. Ko-

<sup>229</sup> Por. T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 26.

<sup>230</sup> Profesor Hilgers przedstawia obszerną literaturę na ten temat, T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 27.

<sup>231</sup> Por. *Book II...*, dz. cyt., s. 223.

<sup>232</sup> *Book II...*, dz. cyt., s. 224.

biecie z problemami niepłodności przepisuje się lekarstwa, by pobudzić owulację, natomiast nie szuka się przyczyn leżących u ich podstaw. Jeśli nie zajdzie w ciążę w przeciągu trzech cykli, zostanie odesłana do specjalisty od sztucznego zapłodnienia. Wszyscy ci lekarze nie są zainteresowani poszukiwaniem głębokich przyczyn zaburzeń swoich pacjentek<sup>233</sup>.

W NPT rzeczą podstawową jest wyszukanie wydarzenia patofizjologicznego, które leży u początków problemu i pozwala na racjonalne podejście do leczenia. Nie oznacza to, że można wskazać wszystkie takie odbiegające od normy wydarzenia. Chodzi o „filozoficzne” ukierunkowanie, przyjmowane w innych sektorach medycyny poza medycyną reprodukcyjną: podejście, które pozwala lekarzom szukać zasadniczych przyczyn, a następnie wypracować lub zastosować odpowiednią terapię w celu rozwiązania problemu.

Dzięki poświęceniu większej uwagi czynnościom związanym z poszukiwaniem przyczyn w NPT zostaną zastosowane najbardziej odpowiednie terapie. Jak się podkreśla, jest to system, który z czasem będzie mógł się tylko udoskonalać<sup>234</sup>.

Podstawową zasadą jest – powtórzmy – współpraca z cyklem menstruacyjnym i z cyklem płodności, podczas gdy zasadą leżącą u podstaw technologii reprodukcyjnej jest powstrzymywanie lub niszczenie. NPT rozwiązuje problemy, które w przeszłości pozostały nierozwiązane, i pozwala przyjąć podejście diametralnie różne od aktualnego, a także uruchomić bardzo obiecujące terapie<sup>235</sup>.

Podsumowując, wskażemy różnice między NPT a tradycyjnym leczeniem:

- Uzyskanie lub uniknięcie ciąży.
- Selektywny stosunek seksualny zamiast spontanicznego stosunku seksualnego.
- Seksualność mózgowcentryczna zamiast seksualności genitocentrycznej.
- Perspektywiczne gromadzenie danych zamiast gromadzenia retrospektywnego.
- Poszukiwanie głębokich przyczyn zaburzeń niepłodności zamiast stosowania pólśrodków.
- Podejście oparte na współpracy zamiast podejścia nastawionego na powstrzymywanie i niszczenie<sup>236</sup>.

---

<sup>233</sup> T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 25.

<sup>234</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 37.

<sup>235</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 37–38.

<sup>236</sup> [Tab. 2–1, s. 26 podręcznika W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt. Zmiany paradygmatyczne NPT].

## 2.3. Rozpoznanie płodności w CrMS

Podstawą CrMS była metoda owulacyjna Billingsów, choć istnieją między nimi różnice<sup>237</sup>. CrMS jest dziś uznawany za jedną z najnowszych i najbardziej wiarygodnych metod rozpoznawania płodności i naturalnego planowania rodziny<sup>238</sup>.

Jak zapewniają autorzy, dzięki CrMS każda para narzeczonych, małżonków – i oczywiście każda kobieta – może monitorować i troszczyć się o własne zdrowie prokreacyjne i ginekologiczne<sup>239</sup>.

Wszechstronność CrMS pomaga usłyszeć „autentyczny język płodności i zdrowia kobiety”.

### 2.3.1. Model przewodni

„CrMS to zestandaryzowana modyfikacja metody owulacyjnej Billingsów, której jest prawowitym następcą i na której poszukiwaniach, wskazaniach i praktyce się opiera. Jest to ponadto zintegrowany system formacyjny, zdolny zapewnić świadczenie usług na wysokim poziomie jakościowym formatorowi, pracownikowi służby zdrowia i parze poddającej się leczeniu”<sup>240</sup>.

---

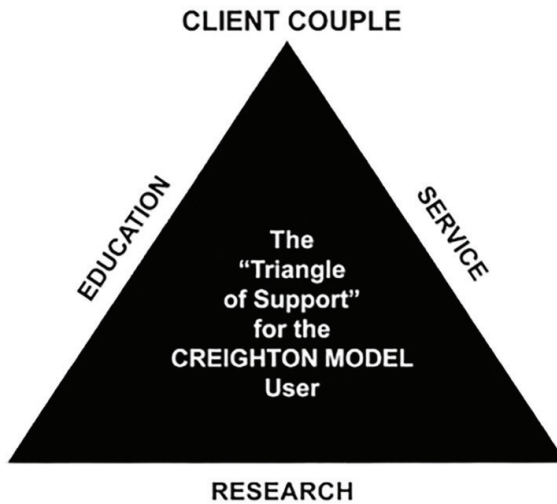
<sup>237</sup> CrMS przyjmuje za obiektywne kryterium obserwację śluzu szyjkowego, natomiast MOB opiera się na subiektywnych odczuciach kobiety. Dzięki standaryzacji system staje się obiektywny, ponieważ uczy, jak funkcjonuje cykl menstruacyjny, jak obserwować śluz szyjkowy, a ponadto używa wspólnego języka, którym potrafią posługiwać się wszystkie kobiety, podkreślając przy tym wagę nauczyciela. Wszystko to czyni go jeszcze bardziej skutecznym. Równie ważne jest zwrócenie uwagi na to, że w dziedzinie naturalnego planowania rodziny CrMS jest pierwszą metodą, która obserwuje i starannie odnotowuje dane różnych markerów biologicznych odnośnie do zdrowia i płodności, wykorzystując najnowsze odkrycia ginekologii. Por. R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical...*, dz. cyt., s. 33; *Book I...*, dz. cyt., s. 268–285; T.P. Terlikowski, *Nadzieja na dziecko, czyli cała prawda o naprotechnologii...*, dz. cyt., s. 102; A. Ostrowska, *MODEL CREIGHTONA – żyj w zgodzie ze swoim rytmem*, w: *NaProTECHNOLOGY – ekologia płodności*, red. E. Wiater, eSPe, Kraków 2009, s. 66–67.

<sup>238</sup> Skuteczność CrMS jest przedstawiona w punkcie 2.3.5 obecnego paragrafu.

<sup>239</sup> Por. C.C. Hemphill – K. Karges – R. Mirkes, *Reducing Uterine and Ovarian Mortality Risks of Religious Sisters. A Critique and Counterproposal*, NCBQ 12 (2012), s. 238–239.

<sup>240</sup> T.W. Hilgers, *Introduction to the CREIGHTON MODEL System*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 45.

Schemat 2



[Ilustracja 4-1, s. 45 podręcznika W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt. „Trójkąt wspomaganie” dla użytkownika CrMS].

CrMS pozwala poznać i zrozumieć płodne i niepłodne fazy w cyklu kobiety. Dzięki tej formacji para może podjąć decyzję o uzyskaniu ciąży lub jej uniknięciu. System ten ponadto daje kobiecie tę korzyść, że może ona monitorować i troszczyć się o własne zdrowie prokreacyjne i ginekologiczne<sup>241</sup>.

W CrMS płodność jest uważana za komponent zdrowia, a nie za chorobę. Jest to prawdziwa metoda planowania rodziny. Powyższe zasady czynią go wyraźnie różnym od antykoncepcji (sztucznej lub naturalnej)<sup>242</sup>.

System uczy kobietę obserwować niektóre markery biologiczne – biomarkery – które komunikują jej, kiedy jest płodna (i kiedy taką nie jest), a jednocześnie pozwala jej nasłuchiwać i rozpoznawać stan swojego zdrowia. W rzeczywistości chodzi o język ciała, którego się uczy, tak że kobieta może odczytać,

<sup>241</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 1.

<sup>242</sup> Por. T.W. Hilgers, *Introduction to the CREIGHTON MODEL System*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 44.

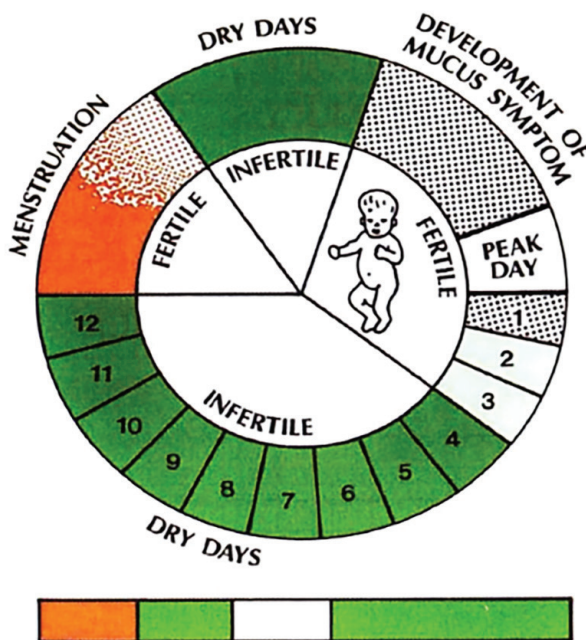
co mówi jej ciało. Mamy zatem prawo stwierdzić, że jest to „autentyczny język zdrowia prokreacyjnego kobiety”<sup>243</sup>.

CrMS można zatem określić jako zdolność rozpoznawania, respektowania i rozumienia własnej płodności. Te wartości szacunku i rozumienia leżą u podstaw jej nauczania i stosowania<sup>244</sup>.

### 2.3.2. Podstawowe pojęcie

Poniższy diagram kołowy przedstawia punkt wyjścia CrMS.

Schemat 3



[Ilustracja 9–1, s. 75 podręcznika T.W. Hilgers, *The Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., *Book I. Diagram kołowy CrMS*].

<sup>243</sup> Por. *Book II...*, dz. cyt., s. 233; T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 1.

<sup>244</sup> Por. T.W. Hilgers, *Introduction to the CREIGHTON MODEL System*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 45.

Cykl menstruacyjny zaczyna się pierwszego dnia miesiączki, a kończy w dniu poprzedzającym początek następnego cyklu. Krwawienie miesiączkowe zwykle trwa od trzech do siedmiu dni. W pierwszych dniach cyklu menstruacyjnego krwawienie jest obfitsze niż w ostatnich dniach.

Po zakończeniu krwawienia miesiączkowego kobieta zwykle odczuwa suchość w przedsionku pochwy, będące jednym z biomarkerów CrMS.

Następnie po dniach suchości zwykle zaczyna się wydzielanie śluzu szyjkowego, który jest lepki (*sticky*) i mętny (*cloudy*) lub kleisty (*tacky*) i nieprzezroczysty. Wydzieliny stają się stopniowo przezroczyste (*clear*), a równocześnie rozciągliwe (*stretchy*) i mogą dać odczucie śliskości (*lubrificative*)<sup>245</sup>. Dzień Szczytu jest ostatnim dniem obecności jakiegokolwiek formy śluzu typu szczytowego (6, 8, 10; B-Y)<sup>246</sup>.

Po dniu Szczytu następuje nagła zmiana natury śluzu. Od tej pory większość kobiet obserwuje dni suche.

W CrMS dni płodności obejmują dni krwawienia miesiączkowego oraz te, które następują od początku wystąpienia śluzu do trzech dni po dniu Szczytu. Dni niepłodności obejmują dni suche, które następują po zakończeniu miesiączki, oraz te od czwartego dnia po dniu Szczytu aż do początku kolejnego cyklu menstruacyjnego<sup>247</sup>.

W diagramie kołowym zauważa się, że dni biegnące od dnia Szczytu do początku kolejnej menstruacji są oznaczone liczbami od 1 do 12. Z drugiej strony miesiączka pojawia się z początkiem cyklu menstruacyjnego do dnia Szczytu. Ta faza (*pre-peak-phase*) cyklu jest wyraźnie zmienna pod względem swej długości, natomiast faza poowulacyjna cyklu powinna mieć stałą długość. Dzień Szczytu wykazuje ścisłą korelację z czasem owulacji. Dlatego czas od zauważenia dnia Szczytu do początku kolejnego cyklu menstruacyjnego jest dość przewidywalny<sup>248</sup>.

Należy zauważyć, że czas miesiączki jest traktowany jako potencjalnie płodny, ponieważ każda kobieta może mieć od czasu do czasu krótki cykl menstru-

<sup>245</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 1; T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 79–80.

<sup>246</sup> Zob. Apendyks A (odwrotna strona tablicy CrMS).

<sup>247</sup> Por. Apendyks A (odwrotna strona tablicy CrMS), s. 2.

<sup>248</sup> Por. A. Dzioba, *Karta obserwacji cyklu Creighton Model FertilityCare™ System – klucz do zrozumienia płodności*, w: *Zdrowie prokreacyjne NaProTECHNOLOGY w diagnostyce i leczeniu bezpłodności*, red. B. Chazan, Bonami, Poznań 2010, s. 26.

acyjny. Kiedy do tego dochodzi, jajczkowanie może nastąpić dużo wcześniej niż zwykle. W takiej sytuacji nie będzie dni suchych pomiesiączkowych. Śluz będzie obecny w czasie krwawienia miesięczkowego, a warunki przetrwania dla plemników są na tyle dobre, że może dojść do zapłodnienia. Kolejnym ważnym aspektem jest to, że ponieważ nie można z góry przewidzieć, który cykl menstruacyjny będzie krótki, i ponieważ CrMS jest metodą perspektywiczną, która nie opiera się na cyklach minionych, okres menstruacyjny jest traktowany jako płodny<sup>249</sup>. Trzeba liczyć trzy dni po dniu Szczytu, ponieważ owulacja może nastąpić w przeciągu tych dni. Zwykle owulacja zachodzi w dniu Szczytu. Owulacja może nastąpić pierwszego, drugiego dnia po dniu Szczytu, jak również mieć miejsce dzień lub dwa przed tym dniem. Według opublikowanych badań naukowych owulacja następuje +/- 2 dni od dnia Szczytu w 95,6% przypadków<sup>250</sup>.

Opierając się na tym systemie, który jest podstawą CrMS, para uczy się rozeznawania płodności i biomarkerów własnego zdrowia reprodukcyjnego i ginekologicznego.

### 2.3.3. Początki systemu

W 1952 roku Melvin R. Cohen wraz z grupą współpracowników opublikował schemat zmian śluzu szyjkowego w zależności od momentu cyklu. Z biegiem lat schemat ten stał się podstawą dla metody Billingsów, a następnie dla CrMS<sup>251</sup>.

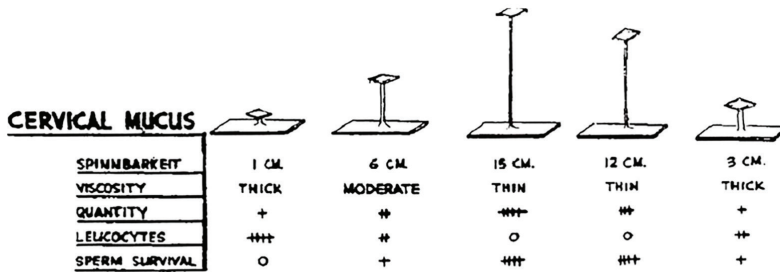
---

<sup>249</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 2.

<sup>250</sup> Por. J.B. Stanford, *Measuring Effectiveness and Pregnancy Rates of the CrMS*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 216; M.P. Howard – J.B. Stanford, *Pregnancy Probabilities During Use of the Creighton Model FertilityCare™ System*, „Archive of Family Medicine” 5 (1999), s. 392; D. Michael et al., *Fertility Awareness-based Methods of Family Planning: A Review of Effectiveness for Avoiding Pregnancy Using SORT*, „Osteopathic Family Physician” 5 (2013), s. 6.

<sup>251</sup> Por. R. Pingitore – M. Barbato (ed.), *Infertilità non è detta l'ultima parola*, MIMEP-DOCETE, Pessano con Bornago (MI) 2012, s. 23.

Schemat 4



[Ilustracja 4–2, s. 45 podręcznika T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt. Tłumaczenie angielskich terminów: cervical mucus = śluz szyjkowy; spinnbarkeit = elastyczność; viscosity = lepkość; quantity = ilość; leucocytes = leukocyty; sperm survival = przetrwanie plemników; thick = gęsty; moderate = umiarkowany; thin = rozciągliwy. Oryginalny schemat Cohena ilustruje zmiany śluzu szyjkowego w fazie bezpośrednio przed- i poowulacyjnej. Ważnym elementem jest opis przetrwania plemników i stwierdzenie, że śluz szyjkowy pełni również rolę bariery biologicznej]<sup>252</sup>.

Badacze zauważyli, że kiedy organizm kobiety zbliża się do dnia owulacji, śluz szyjkowy jest wytwarzany w większych ilościach, staje się elastyczny i przezroczysty, jest mniej lepki, bardziej rozciągliwy, natomiast obecność leukocytów jest zdecydowanie niższa. Jednak główną kwestią pozostaje to, że przetrwanie plemników zależy bezpośrednio od obecności lub nieobecności tego typu śluzu, wytwarzanego wyłącznie w okresie przed- i bezpośrednio poowulacyjnym<sup>253</sup>. W CrMS obserwacje śluzu szyjkowego, to znaczy okresów jego nieobecności (dni suche) i jego zmian w dniach, gdy się pojawia, obecności różnych krwawień itp., stanowią cenne źródło informacji o cyklu, jego fazach płodnych i niepłodnych, a także o stanie prokreacyjnego i ginekologicznego zdrowia kobiety<sup>254</sup>.

Wszechstronność systemu, będąca jedną z jego mocnych stron, tkwi w jego biologii: ponieważ opiera się na wydarzeniach mających swój szczyt w owula-

<sup>252</sup> Por. M.R. Cohen – I.F. Stein – B.M. Kaye, *Spinnbarkeit: A Characteristic of Cervical Mucus*, *Fertil Steril* 3 (1952), s. 201.

<sup>253</sup> Por. R. Pingitore – M. Barbato (ed.), *Infertilità non è detta l'ultima parola...*, dz. cyt., s. 24.

<sup>254</sup> Por. T.W. Hilgers, *Introduction to the CREIGHTON MODEL System*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 47. Odnosnie do wszechstronności stosowania CrMS.



cji, jest on w stanie w sposób definitywny, codzienny i perspektywiczny ustalić dni płodne i niepłodne. To zaś czyniąc, CrMS nie jest systemem antykoncepcyjnym, lecz systemem planowania rodziny<sup>255</sup>.

CrMS opiera się na biomarkerach, do których oprócz śluzu szyjkowego zalicza się także nieobecność i obecność różnych rodzajów utraty krwi. System ten może być wykorzystywany jako metoda monitorowania i zachowania własnego zdrowia prokreacyjnego i ginekologicznego. Większość prac przeprowadzonych w tej dziedzinie została wykonana przy Instytucie Naukowym Papieża Pawła VI do Studiów nad Ludzką Rozrodczością w Omaha i odwiedziedla *background* oraz doświadczenie tegoż Instytutu na polu położnictwa, ginekologii, medycyny prokreacyjnej i chirurgii<sup>256</sup>.

### 2.3.4. Sposób działania

Aby poznać CrMS, para uczestniczy w sesjach kształceniowych, które są zindywidualizowane i podzielone na trzy etapy: obserwowanie, opisywanie i zapisywanie.

#### 2.3.4.1. Obserwowanie

Standaryzacja jest ważnym elementem w CrMS, ponieważ pozwala wszystkim użytkownikom korzystać ze wspólnego systemu, posługuje się ujednoliconym językiem w stosowaniu metody, ułatwia jej doskonalenie i umożliwia przejście pary pod opiekę nowego nauczyciela, nawet jeśli przeprowadza się ona do innego kraju. W ramach CrMS standaryzacja zakłada uważne obserwowanie biomarkerów. Metoda obserwacji powinna stać się rutyną. Przeprowadzanie rutynowych obserwacji gwarantuje, że śluz zostanie odnotowany, kiedy rzeczywiście będzie obecny. Jest to podstawowa zasada procesu podejmowania decyzji<sup>257</sup>.

Wszystkich obserwacji dokonuje się w przedsionku pochwy jako najlepszym miejscu do badań biomarkerów. Obserwacje te zasadniczo obejmują trzy etapy: pierwszy – potarcie przedsionka pochwy kawałkiem papieru toaletowego lub chusteczką i zwrócenie przy tym uwagi na odczucie, jakie się w związku z tym pojawia; drugi – oglądnięcie papieru w celu stwierdzenia

<sup>255</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 89.

<sup>256</sup> Por. T.W. Hilgers, *Reproductive Anatomy and Physiology...*, dz. cyt., s. 11–12.

<sup>257</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 13.

obecności śluzu; trzeci – jeśli na papierze jest obecny śluz, bada się go palcami, tj. próbuje się go rozciągnąć między palcem wskazującym a kciukiem<sup>258</sup>. Aby przeprowadzić poprawne obserwacje, kobieta powinna określić odczucie, jakie wytwarza śluz, powinna stwierdzić jego rozciągliwość, konsystencję, a także kolor. Najważniejszym zadaniem na wszystkich etapach obserwacji biomarkerów jest wyeliminowanie błędów lub przeoczeń w obserwowaniu śluzu<sup>259</sup>. Aby nie pominąć żadnego z etapów badań, należy zapamiętać akronim S-O-F-T (*Sensation, Observation, Finger, Test*)<sup>260</sup>.

#### 2.3.4.2. Opisywanie

Po dokonaniu rutynowych obserwacji przechodzimy do terminologii *ad hoc*. Przede wszystkim trzeba zapamiętać terminy opisujące rozciągliwość śluzu: lepki – śluz ma rozciągliwość w zakresie od 0,5 do 1,2 cm; kleisty – śluz ma rozciągliwość w zakresie od 1,2 do 2,5 cm; bardzo rozciągliwy – śluz ma rozciągliwość ponad 2,5 cm. Przymiotniki „lepki”, „kleisty” i „rozciągliwy” odnoszą się do rozciągliwości śluzu. Należy zwrócić uwagę, że do określenia tych długości nie trzeba używać linijki, chodzi o wartości przybliżone<sup>261</sup>.

Następnie wyliczmy przymiotniki opisujące kolor śluzu: przejrzysty (K = *Clear*) – śluz jest przezroczysty jak szkło; mętny (C = *Cloudy*) – śluz jest mętny lub biały; mętny/przejrzysty (C/K = *Cloudy/Clear*) – śluz jest częściowo mętny, a częściowo przejrzysty; żółty (Y = *Yellow*) – śluz ma zabarwienie żółtawe lub nawet bladożółte, co może wskazywać, że w śluzie jest obecna niewielka ilość krwi albo nastąpiła jakaś bardzo drobna infekcja; kolor czerwony (H, M, L, VL) – oznacza, że jest w nim świeża krew; kolor brązowy lub czarny (B = *Brown* lub *Black*) – wskazuje, że w śluzie jest stara krew. Ponadto istnieją jeszcze dwa inne typy śluzu, jakie kobieta może zaobserwować przy

<sup>258</sup> Por. T.W. Hilgers, *Standardization of Teaching*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 67.

<sup>259</sup> Por. T.W. Hilgers, *Standardization of Teaching*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 67.

<sup>260</sup> Por. *Book I...*, dz. cyt., s. 67. Bardziej wyczerpującą analizę – dotyczącą sposobu sprawdzania śluzu, czasu, kiedy należy przeprowadzać obserwacje śluzu, oraz szczegółów okoliczności obserwacji – zob. w: T.W. Hilgers, *Standardization of Teaching*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 59–81; *Book I...*, dz. cyt., s. 66–74.

<sup>261</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 19.

użyciu CrMS. Te dwa typy śluzu charakteryzują jego konsystencję: papkowaty/kremowy (P = *Pasty*) – konsystencja papkowata bardzo przypomina konsystencję pasty do zębów lub kremu; może być wówczas lepki, ale nie jest nigdy kleisty, mętny lub rozciągliwy; zwykle jest koloru mętnego lub białego, choć wyjątkowo może być też żółty; gumowaty/żelatynowy (G = *Gummy*) – niektóre kobiety mogą często zaobserwować śluz przypominający przezroczysty suchy klej lub gumowatą żywicę; często (lecz nie zawsze) ma zabarwienie żółtawe, może być lepki, kleisty lub rozciągliwy<sup>262</sup>.

Wreszcie przeanalizujmy również słowa określające odczucie, ponieważ obserwacje kobiety nie ograniczają się do śluzu, który może być badany palcami. Do obserwacji śluzu dołącza się także obserwacja, która może być wyłącznie odczuciem. Występują trzy podstawowe odczucia dające się zaobserwować: suchość, śliskość, lubrykacja. W rzeczywistości odczucie suchości i śliskości należy do kategorii odczuć nielubrykacji, podczas gdy lubrykacja jest odczuciem różnym od tych dwóch pozostałych<sup>263</sup>.

Używa się następującej terminologii: suchy (0 = *Dry*); wilgotny bez lubrykacji (2 = *Damp without lubrication*); wilgotny z lubrykacją (10DL = *Damp with lubrication*); błyszczący bez lubrykacji (4 = *Shiny without lubrication*); błyszczący z lubrykacją (10SL = *Shiny with lubrication*); mokry bez lubrykacji (2W = *Wet without lubrication*); mokry z lubrykacją (10WL = *Wet with lubrication*)<sup>264</sup>.

### 2.3.4.3. Zapisywanie

Dla właściwego stosowania CrMS bardzo ważne jest poprawne odnotowywanie przy użyciu NaProTRACKING™<sup>265</sup> oznak płodności. Tabela jest znakiem dokumentacją zdrowia kobiety i jej płodności.

<sup>262</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 19–20.

<sup>263</sup> Por. T.W. Hilgers, *Standardization of Teaching*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 71.

<sup>264</sup> Szczegółowy opis odczuć śluzu wraz z ilustracjami zob. w: T.W. Hilgers – A.M. Prebil – K.D. Daly – S.K. Hilgers, *The Picture Dictionary of the Creighton Model Fertility-Care™ System...*, dz. cyt., s. 6–13.

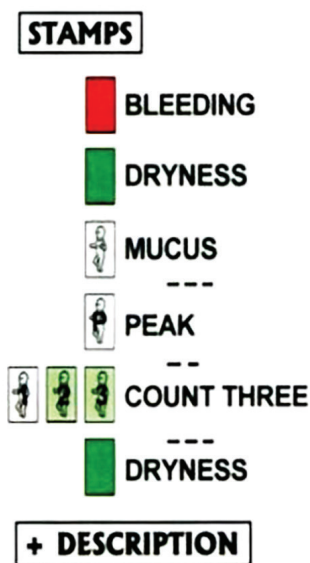
<sup>265</sup> Karta używana przez kobietę/parę i ich instruktora. Monitorując cykl menstruacyjny, tabela dostarcza informacji wykorzystywanych następnie do diagnozy, leczenia i decyzji o planowaniu rodziny. Por. M.L. Barron – K.D. Daly, *Expert in Fertility Apprecia-*



1 do 35, oznaczające dni cyklu menstruacyjnego. Na każdy dzień przeznaczona jest jedno okienko, w które wstawia się odpowiedni opis śluzu i datę. Użytkownik powinien wypełnić tabelę za pomocą zasady „3C’S” markerów biologicznych: *Consistency, Color, Change*<sup>269</sup>, *Sensation*<sup>270</sup>.

Następnie w środku tabeli wstawia się znaczki-naklejki, używane na całym świecie z tym samym znaczeniem: czerwone – na dni krwawienia; zielone – na dni niepłodne suche; białe z wizerunkiem dziecka – na dni ze śluzem; zielone z wizerunkiem dziecka – na dni płodne suche (odliczone trzy dni po szczycie); (trzeba do tego doliczyć jeszcze żółte, używane w szczególnych przypadkach, tylko za wskazaniem nauczyciela)<sup>271</sup>.

Schemat 5



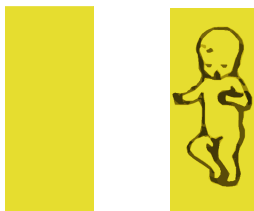
[Ilustracja 7–4, s. 95 podręcznika T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaPro-TECHNOLOGY...*, dz. cyt. Znacznki-naklejki używane przy zapisywaniu w CrMS. P i 1, 2, 3 nanoszone są na karcie pary].

<sup>269</sup> Zmiana dotyczy tutaj następującej dzień po dniu różnicy pod względem konsystencji, koloru i odczucia. Obserwowanie dzień po dniu przebiegu tych zmian jest bardzo ważne dla zrozumienia biomarkerów.

<sup>270</sup> Na temat podstawowych zasad poprawnego zapisywania zob. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 23.

<sup>271</sup> Por. *Book I...*, dz. cyt., s. 90.

## Schemat 6



## YELLOW STAMPS

USED ONLY UPON INDICATION

AND WITH TEACHER'S ASSISTANCE

[Ilustracja 7–5, s. 95 podręcznika T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt. Szczegółowy opis stosowania zob. w *Book II*].

Przy każdym dniu w tabeli w odpowiedniej kratce odnotowuje się opis śluzu, zgodnie z Systemem Zapisywania Śluzu Pochwowego. Podane niżej znaki nanosi się w tabeli w stosownych dniach: **P** = napisane na białej naklejce z wizerunkiem dziecka w dniu Szczytu; **1**, **2**, **3** = napisane na trzech naklejkach następujących po dniu Szczytu; **I** = stosunek seksualny; **BSE** = samobadanie piersi (zapisek siódmego dnia cyklu). Użytkownik powinien odnotować najbardziej płodny znak w ciągu dnia w CrMS; w ten sposób historia zdrowia i płodności zostaje przedstawiona za pomocą codziennych opisów różnych markerów biologicznych<sup>272</sup>.

Na odwrocie karty znajdujemy ważne informacje: przede wszystkim szereg różnych definicji do nauczenia, następnie schematyczne ujęcie Systemu Zapisywania Śluzu Pochwowego<sup>SM</sup> (który jest unikatowy w CrMS).

<sup>272</sup> Por. T.W. Hilgers, *Basic Charting and Chart Reading*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 110. Przykłady zastosowania zob. T.W. Hilgers, *Basic Charting and Chart Reading*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 110–113.

## Schemat 7

## Vaginal Discharge Recording System<sup>SM</sup> (VDRS)

<b>H</b> = Heavy Flow	<b>0</b> = Dry	
<b>M</b> = Moderate Flow	<b>2</b> = Damp <b>without</b> Lubrication	<b>B</b> = Brown (or Black) Bleeding
<b>L</b> = Light Flow	<b>2W</b> = Wet <b>without</b> Lubrication	<b>C</b> = Cloudy (White)
<b>VL</b> = Very Light Flow (spotting)	<b>4</b> = Shiny <b>without</b> Lubrication	<b>C/K</b> = Cloudy/Clear
<b>B</b> = Brown (or black) Bleeding	<b>6</b> = Sticky (¼ inch)	<b>G</b> = Gummy (Gluey)
	<b>8</b> = Tacky (½ - ¾ inch)	<b>K</b> = Clear
	<b>10</b> = Stretchy (1 inch or more)	<b>L</b> = Lubricative
Always record the presence or absence of mucus during the light and very light days of the menstrual flow.	<b>10DL</b> = Damp <b>with</b> Lubrication	<b>P</b> = Pasty (Creamy)
	<b>10SL</b> = Shiny <b>with</b> Lubrication	<b>Y</b> = Yellow (even pale yellow)
	<b>10WL</b> = Wet <b>with</b> Lubrication	

In addition, record how often during the day that you see the most fertile sign of the day in the following fashion:

- X1** = Seen only once that day
- X2** = Seen twice that day
- X3** = Seen three times that day
- AD** = Seen **All Day**

[Ilustracja 7-11, s. 113 podręcznika T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt. System Zapisywania Śluzu Pochwowego<sup>SM</sup>].

W czasie krwawienia miesięczkowego używa się następujących symboli: **H** = *Heavy* (obfite); **M** = *Moderate* (średnie); **L** = *Light* (skąpe); **VL** = *Very Light* (lub *Spotting*) (bardzo skąpe). Podkreśla się, że w czasie dni skąpego i bardzo skąpego krwawienia należy odnotowywać również rodzaj śluzu, jeśli występuje. Następnie liczby **0**, **2**, **2W** i **4** są związane z obserwacjami, które mają takie samo znaczenie jak dni suche. W tych przypadkach użytkowniczka pyta się, jaki jest „najbardziej płodny znak dnia” i powinna wstawić najwyższą liczbę, jaką zaobserwowała w ciągu dnia. Wszystkie te cztery zapisy są rozumiane jako zapisy suche i są zestawiane z zieloną naklejką. Kiedy użytkowniczka wstawia liczby **6**, **8** i **10**, powinna zawsze używać litery z prawej strony liczby. Litera oznacza kolor, konsystencję i/lub odczucie – obecne zawsze, gdy śluz jest rozciągliwy. Szczególne kategorie śluzu szczytowego są zapisywane jako **10DL**, **10SL**, **10WL** (o których już mówiliśmy). Oprócz tych zapisów ważne jest także

odnotowanie, ile razy w ciągu dnia użytkowniczka widziała najbardziej płodny znak (**X1, X2, X3, AD**)<sup>273</sup>.

Dodatkowo kursantki otrzymują uzupełniający wykaz instrukcji, aby nauczycielowi łatwiej było przekazywać za każdym razem szczegółowe wskazania. Ta strona tabeli (NaProTRACKING™ CHART) jest bardzo ważna w procesie uczenia się<sup>274</sup>.

Badając śluz pochwowy – najważniejszą oznakę płodności – można przełożyć przebieg cyklu miesięczkowego na zrozumiały język. Takie badanie pozwala wskazać różne momenty cyklu i oceniając jego przebieg, sugeruje nam, jak można rozumieć właściwe funkcjonowanie narządów rodnych kobiety.

CrMS może zaoferować pacjentkom z zaburzeniami reprodukcyjnymi alternatywne leczenie w porównaniu z tymi dziś proponowanymi. Na przykład jest w stanie z wyprzedzeniem rozpoznać pacjentki z ryzykiem niepłodności, poronienia lub ciąży ektopowej. Pacjentki stosujące CrMS potrafią wpłynąć na płodność ze znacznym wyprzedzeniem<sup>275</sup>.

Jedynym warunkiem dla osiągnięcia sukcesu na tym polu jest dobra edukacja w praktykowaniu i zachowaniu zdrowia reprodukcyjnego kobiety. Obserwacje CrMS są równie istotne dla zdrowego planowania rodziny jak prowadzenie zdrowego stylu życia. CrMS i NPT pozwalają skutecznie kontrolować zdrowie reprodukcyjne pary.

### 2.3.5. Edukacja i formacja

Ze studium biomarkerów cyklu menstruacyjnego przy użyciu zestandaryzowanego CrMS wynika, że kryteria przewodnie tego systemu inspirowane są przez NaProEDUCATION™ Technology<sup>276</sup>, będącą technologią zrodzoną z działalności formacyjnej prowadzonej w ramach CrMS. Zasady tej zaawansowanej technologii edukacyjnej nigdy wcześniej nie były stosowane ani w formacji lekarzy, ani w formacji pacjentów<sup>277</sup>. Na tę technologię edukacyjną NPT składają się: model nauczania i formowania pracowników służby zdrowia oraz zestandaryzowane treści edukacyjne. Zostaną one omówione w następnych punktach.

---

<sup>273</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 25–36.

<sup>274</sup> Zob. (tylna część karty) Apendyks A.

<sup>275</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 44.

<sup>276</sup> Por. M.L. Barron – K.D. Daly, *Expert in Fertility Appreciation: The Creighton Model Practitioner...*, dz. cyt., s. 388–390.

<sup>277</sup> Por. *Book I...*, dz. cyt., s. 5.



### 2.3.5.1. Programy studiów i poszukiwań

Instytut Papieża Pawła VI wypracował program studiów dla formacji personelu CrMS. We współpracy z Sekcją Formacji Medycznej Ciągłej Szkoły Medycyny przy Creighton University programy te kształcą wykwalifikowanych specjalistów-praktyków w dziedzinie zdrowia (*The FertilityCare™ Practitioner*, FCP), instruktorów (*The FertilityCare™ Instructor*, FCI) i konsultantów medycznych naturalnego planowania rodziny (*Natural Family Planning Medical Consultant*, NFPMC), którzy z kolei mają formować lekarzy, zawodowe pielęgniarki z odpowiednio długim stażem i położne, tj. wszystkie osoby zaangażowane w dziedzinie naturalnych metod regulowania płodności<sup>278</sup>.

W trakcie edukacji każdy praktykant jest nadzorowany przez osoby, które już otrzymały bardziej zaawansowaną formację. Tymi osobami nadzorującymi są: wykwalifikowani edukatorzy (*The FertilityCare™ Educator*, FCE) i certyfikowani nadzorujący (*The FertilityCare™ Supervisor*, FCS)<sup>279</sup>.

#### 2.3.5.1.1. Program dla specjalistów (FCP)

**I. Program dla specjalistów** w opiece nad zdrowiem prokreacyjnym jest trwającym trzynastym miesiącu programem formacyjnym dla nauczycieli CrMS, obejmującym zarówno podstawowe, jak i zaawansowane aspekty CrMS i składającym się z dwóch etapów dydaktycznych (etap dydaktyczny I i II) oraz dwóch stażów z nadzorem (staż z nadzorem I i II). Tylko drugi etap dydaktyczny odbywa się w siedzibie w Omaha w stanie Nebraska. Wszystkie pozostałe są oferowane za pomocą nowatorskiego systemu nadzoru na od-

---

<sup>278</sup> Nazwy zespołu medycznego w NPT używane w USA. Por. T.W. Hilgers, *Introduction to the CREIGHTON MODEL System*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 50.

<sup>279</sup> Edukatorami są zawodowi pielęgniarze i pielęgniarki lub inne osoby posiadające tytuł, po ukończeniu trzyletnich studiów w innym sektorze związanym z ochroną zdrowia, którzy mają dodatkowo co najmniej rok doświadczenia dydaktycznego. Ich program studiów obejmuje dalsze i pogłębione poznanie teoretycznych i klinicznych aspektów, działania te mają na celu ułatwienie w edukowaniu i nadzorowaniu instruktorów (FCI). Nadzorującymi mogą być również instruktorzy (FCP) z dodatkowym rokiem nauczania. Nadzorujący współpracują z edukatorami i otrzymują formację do nabywania szczególnych kompetencji w kwestii klinicznego nadzorowania CrMS. Por. T.W. Hilgers, *Introduction to the CREIGHTON MODEL System*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 52.

ległość i wizyt na miejscu – *in situ* – to znaczy w miejscu wskazanym na staż lub w jakimkolwiek ośrodku opieki nad płodnością<sup>280</sup>.

Etap dydaktyczny I składa się z ośmiodniowego kursu „*full immersion*”, po zakończeniu którego uczestnicy powinni być w stanie wykazać się znajomością wskazanych poniżej treści programu studiów:

Historia naturalnego planowania rodziny: anatomia układu rozrodczego męskiego i żeńskiego; statystyczne parametry cyklu menstruacyjnego; owulacja i hormony cyklu menstruacyjnego; mechanizm cyklu bezowulacyjnego; fizjologia menopauzy i karmienia piersią; psychodynamika antykoncepcji, naturalnego planowania rodziny i ludzkiej płciowości; fizjologia szyjki macicy; przetrwanie i przenoszenie spermy; fizyczne i psychologiczne aspekty sztucznie wywołanej aborcji; początek życia ludzkiego; zasady dotyczące prezentacji podczas sesji wprowadzającej; sztuczne metody antykoncepcji; naturalne metody planowania rodziny i związana z nimi ocena porównawcza; skuteczność stosowania antykoncepcji, naturalnego planowania rodziny i CrMS; nauka rozpoznawania płodności, stosowania zdrowego rozsądku i kontroli jakości w CrMS; dynamiczno-relacyjny model edukacyjny; CrMS (standaryzacja nauczania, narzędzia standaryzacji, wprowadzenie formularzy *follow-up* w CrMS, definicje używane w formularzu *follow-up* w CrMS, jak prowadzić prawidłowe obserwacje biomarkerów, słownik wizualny); CrMS (VDRS, system nauczania i wprowadzenie w *problem-solving* i *case management* – „prowadzenie spraw”); *Humanae vitae* (analiza jej głównych zarysów); CrMS (odczytywanie i poprawianie podstawowej tabeli i szczególnie instrukcje); odpowiedzialność na stażu z nadzorem I; wprowadzenie do NPT (podstawowy *problem-solving*); podstawowe kwestie i *decision-making*; laboratorium dydaktyczne sekcji wprowadzającej; NPT (wprowadzenie dotyczące żółtych naklejek przedszczytowych, nowe nadzieje na płodność, wprowadzenie w badanie i leczenie pary płodnej oraz techniki wizualizacji niepłodności); cechy bycia profesjonalistą i promocja CrMS<sup>281</sup>.

Następnym etapem na ścieżce edukacji jest staż z nadzorem I, który trwa sześć miesięcy i obejmuje praktykę strukturalną pod nadzorem wykładowców, koncentrującą się na rozwoju podanych niżej podstawowych umiejętności dydaktycznych:

<sup>280</sup> Por. *Book I...*, dz. cyt., s. 4.

<sup>281</sup> Pope Paul VI Institute, *Creighton Model FertilityCare™ System – Allied Health Education Program...*, dz. cyt., s. 9–10 [odtąd wszystkie cytaty zaczerpnięte z tego dokumentu będą podane w tłumaczeniu własnym piszącego].

Prezentacja podczas sesji wprowadzającej; jak prowadzić follow-up; techniki follow-up; nauka obserwacji i wypełniania tabel; prezentacja słownika obrazkowego; ocena *case report*; ocena *case management*; używanie głównych narzędzi organizacyjnych; nauka prowadzenia obserwacji, systemu tabel i instrukcji<sup>282</sup>.

Kolejny krok w programie FCP to przejście do etapu dydaktycznego II, czyli sześciodniowego kursu „*full immersion*”, który składa się z lekcji, dyskusji klinicznych w grupie oraz praktycznego *problem-solving* najbardziej złożonych aspektów nauczania CrMS. Uczestnicy będą musieli wykazać się wiedzą i umiejętnościami odnośnie do następujących treści programu studiów:

Wprowadzenie do *case management*; prezentacja podstawowych przypadków; NPT (nowa nauka o zdrowiu kobiety); odpowiedzialność stażu z nadzorem II; *Dignitas personae* (uzupełnienie do *Humanae vitae* i *Donum vitae*); pełna rewizja przypadków; zaawansowany *case management* I (rola CrMS w leczeniu niepłodności i innych dysfunkcji reprodukcyjnych); zaawansowany *case management* II (leczenie anormalnych krwawień za pomocą CrMS); zaawansowany *case management* III (zaawansowana interpretacja tabel, identyfikacja rzeczywistego cyklu śluzu, ogólna panorama, cykle regularne, śluz poszczytowy i w czasie szczytu, podsumowanie procedur związanych z żółtymi naklejkami); etyka leczenia niepłodności; zaawansowany *case management* IV (wprowadzenie do oceny ciąży, formularz oceny ciąży i jak wypełniać formularz oceny ciąży); klasyfikacja ciąży i sesja robocza; ochrona prawa nieuformowanego sumienia w dziedzinie medycyny reprodukcyjnej); kierowanie zasobami ludzkimi w CrMS; psychologia praktyczna dla lekarzy profesjonalistów; zaawansowany *case management* V (zaawansowane kwestie w CrMS – podstawowe zasady etyczne i zasady edukacyjne CrMS, aby podejmować zaawansowane kwestie); wzory tabel CrMS w przypadkach odbiegających od normy; prezentacja najbardziej zaawansowanych przypadków; usługi Instytutu Papieża Pawła VI (opieka nad pacjentami); zaawansowane aspekty organizacyjne CrMS; praktyczne stosowanie NPT w CrMS<sup>283</sup>.

Po ukończeniu drugiego etapu dydaktycznego i zdaniu egzaminu następuje staż z nadzorem II. Chodzi o siedmiomiesięczną praktykę, która polega na

---

<sup>282</sup> Pope Paul VI Institute, *Creighton Model FertilityCare™ System – Allied Health Education Program...*, dz. cyt., s. 10; por. M. Barcentewicz, *NaProTECHNOLOGY™ – nowa wizja NPR w Polsce: diagnostyka i leczenie niepłodności*, *ŻiP* 2 (2009), s. 86.

<sup>283</sup> Pope Paul VI Institute, *Creighton Model FertilityCare™ System – Allied Health Education Program...*, dz. cyt., s. 10–11.

zdobyciu doświadczenia klinicznego odbywanego pod nadzorem<sup>284</sup>. W tym czasie poznaje się aspekty kliniczne związane z nabywaniem zaawansowanych umiejętności dydaktycznych w następujących dziedzinach:

Zaawansowana interpretacja tabel i ich poprawianie; zaawansowany *case management*; ocena *case management*; stawianie diagnozy dotyczącej ciąży; wypracowanie zamierzeń i celów; wypracowanie opisu zadań; wykonywanie zadań związanych z zaawansowanym *case management*<sup>285</sup>.

Obejmuje on ponadto wizytację na miejscu ze strony członka oddziału CrMS i/lub międzynarodowego nauczyciela/nadzorującego. Przedmiotem tej kontroli będą: sesja wprowadzająca, *follow-up*, odwiedziny placówek i kompletny przegląd przypadków<sup>286</sup>.

II. Z kolei **program dla instruktorów** CrMS (FCI) jest siedmiomiesięcznym projektem, do którego mogą przystąpić nie tylko osoby zainteresowane z odpowiednim wykształceniem profilowym, ale już studenci kierunków medycznych po drugim roku studiów. Ma on na celu zapewnienie jedynie podstawowej edukacji w CrMS. Tacy nauczyciele mogą uczyć wyłącznie pod nadzorem specjalisty-praktyka w dziedzinie zdrowia reprodukcyjnego (FCP). Program formacyjny obejmuje etap dydaktyczny I oraz staż z nadzorem I, tak jak został on opisany wyżej w programie dla specjalistów. Grafiki dla instruktorów zawiera tylko punkty wcześniej zawarte na etapie dydaktycznym I i w programie stażu z nadzorem I. Nie przewiduje się wizyty *in situ* lub stażu z nadzorem II<sup>287</sup>.

#### 2.3.5.1.2. Program dla konsultantów medycznych (NFPMC)

Kolejnym ważnym elementem systemu CrMS jest formacja dla **konsultantów medycznych**, trwająca sześć miesięcy i obejmująca obydwa etapy dydaktyczne oraz staż z nadzorem I; celem programu jest udzielanie pomocy pracownikom służby zdrowia we włączaniu NPT do ich praktyki medycznej, ma

<sup>284</sup> Por. Pope Paul VI Institute, *Creighton Model FertilityCare™ System – Allied Health Education Program...*, dz. cyt., s. 15.

<sup>285</sup> Pope Paul VI Institute, *Creighton Model FertilityCare™ System – Allied Health Education Program...*, dz. cyt., s. 11.

<sup>286</sup> Por. Pope Paul VI Institute, *Creighton Model FertilityCare™ System – Allied Health Education Program...*, dz. cyt., s. 11.

<sup>287</sup> Por. *Book I...*, dz. cyt., s. 9.

on ponadto ułatwić lekarzom nawiązanie współpracy z *FertilityCare Center* i umożliwienie przedstawienia im NPT. Dzięki takiej edukacji konsultant medyczny może pełnić także rolę administracyjną i wspierającą między *FertilityCare Center* a lekarzami czy innymi osobami zainteresowanymi<sup>288</sup>.

Lekarze zapisani do tego programu powinni rozumieć, że etyczne i medyczne założenia, które poznają, są specyficznie związane z CrMS. Dlatego w celu rozpoczęcia współpracy konieczny będzie kontakt z już działającym na danym terenie akredytowanym specjalistą albo nawiązanie bezpośredniego kontaktu z jakimś autoryzowanym *FertilityCare Center*. Lekarz może zapisać się do **połączonego programu dla konsultanta medycznego/specjalisty**. Jednak jest to wymagający kurs i lekarz powinien mieć wystarczająco wiele czasu, by na niego uczęszczać. Etap dydaktyczny I jest trwającym osiem dni kursem „*full immersion*” dla konsultantów medycznych. Schemat studium obejmuje liczne wykłady wspólne z programem dla specjalistów, tak jak to opisano powyżej, oraz inne wykłady szczegółowe<sup>289</sup>. Po ukończeniu kursu uczestnicy powinni być w stanie wykazać się znajomością następujących treści dodatkowych programu studiów:

Wprowadzenie do kursu dla konsultantów medycznych; ważna rola konsultanta medycznego dla przyszłości naturalnego planowania rodziny i CrMS; podejście grupy do CrMS; NPT – nowa nauka o zdrowiu kobiety; CrMS w perspektywie historycznej; podstawy NPT (patofizjologiczne współzależności z hormonami cyklu menstruacyjnego, ludzka owulacja oraz jej anatomiczne i funkcjonalne zaburzenia; niewystarczalność fazy lutealnej typu I, II, III, IV i V oraz niewystarczalność fazy folikularnej); program formacyjny Modelu Creighton; CrMS (moduł *follow-up* i słownik obrazkowy, pojęcia, cele i znaczenie indywidualnego *follow-up*); wprowadzenie do NPT medycznej (CrMS jako podstawa NPT, ukierunkowane badanie endokrynologiczne cyklu menstruacyjnego, unormowanie poziomów hormonalnych i hormony w relacji do sztucznych hormonów); terapia hormonalna zastępcza z użyciem progesteronu i wspomaganie medyczne w fazie lutealnej, skutki stresu, zespół przedmiesiączkowy, depresja poporodowa, przewlekłe krwawienia, rozpoznanie i leczenie torbieli jajników, datowanie ciąży, ocena poziomu progesteronu w czasie ciąży, wspomaganie progesteronem w czasie ciąży, NPT chirurgiczna; rozróżnianie laboratoriów; zapobiega-

<sup>288</sup> Por. T.W. Hilgers, *Introduction to the CREIGHTON MODEL System*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 52.

<sup>289</sup> Por. G.R. McCaslin, *The Role of the FertilityCare™ Practitioner in NaProTECHNOLOGY*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 1115–1120.

nie przedwczesnemu porodowi; wprowadzenie do usług Instytutu Papieża Pawła VI (opieka nad pacjentami, badania usg i laboratoria)<sup>290</sup>.

Następnie odbywa się trwający sześć miesięcy staż z nadzorem II, który zaczyna się po ukończeniu etapu dydaktycznego I, a kończy na początku etapu dydaktycznego II. Student będzie musiał:

uczestniczyć w sesji *follow-up*; uczęszczać na sesję wprowadzającą; wykonywać diagnozy odnośnie do ciąży; wykonywać ćwiczenia z trzech książek cyfrowych; opracować konspekt lekcji *in situ* o NPT; przeprowadzić trzygodzinną lekcję *in situ*, korzystając z wcześniej zatwierdzonego konspektu dla profesjonalistów z sektora medycznego<sup>291</sup>.

Po ukończeniu programu dla konsultantów medycznych przechodzi się do etapu dydaktycznego II, który składa się z siedmiodniowego kursu „*full immersion*” dla studentów zapisanych na kurs dla konsultantów medycznych, złożony z wykładów, dyskusji klinicznych w grupie oraz praktycznego *problem-solving* w odniesieniu do bardziej zaawansowanych aspektów nauczania CrMS i NPT. Kurs ten obejmuje wykłady wspólne z programem dla specjalistów (jak opisano powyżej) oraz inne wykłady specyficzne dla programu dla konsultantów medycznych. Po ukończeniu tego kursu uczestnicy powinni być w stanie wykazać się znajomością treści dodatkowych programu, podanych poniżej:

Wprowadzenie w poszukiwanie metod naturalnych, NPT medyczna (dysfunkcja hipotalamiczno-przysadkowa i jej wpływ na narządy będące przedmiotem badań; endometrioza, zespół wielotorbielowatych jajników, zrosty w miednicy mniejszej i brak miesiączki, rozpoznanie i leczenie niepłodności, samoistnego i powracającego poronienia, skuteczność NPT w leczeniu niepłodności i samoistnego poronienia, anormalnych krwawień, raka błony śluzowej macicy i raka piersi); NPT i stosowanie leków galenowych; zaawansowana interpretacja tabel; podejście do leczenia ciągłych krwawień – stosowanie żółtych naklejek w nauczaniu CrMS; NPT chirurgiczna (histerosalpingografia selektywna, katetyryzacja transszyjkowa jajowodów i chirurgia

---

<sup>290</sup> Pope Paul VI Institute, *Creighton Model FertilityCare™ System – Allied Health Education Program...*, dz. cyt., s. 12.

<sup>291</sup> Pope Paul VI Institute, *Creighton Model FertilityCare™ System – Allied Health Education Program...*, dz. cyt., s. 12.

rekonstrukcji miednicy); NPT (sesja omawiająca przypadki medyczne) i procedury certyfikacji<sup>292</sup>.

Istnieją także programy CrMS skierowane do profesjonalnych pielęgniarzy, asystentów medycznych, położnych i farmaceutów. Wszystkie plany edukacyjne tworzą razem zespół programów dla specjalistów CrMS (są ich częścią) i dla konsultantów medycznych<sup>293</sup>. Wszystkie wspomniane wyżej programy mają na celu nauczenie pary zdolności rozpoznania, wzajemnego szacunku i zrozumienia własnej płodności.

Ponadto każdy nowy schemat edukacyjny CrMS powinien być zbadany przez *Commission on Accreditation (COA) przy American Academy of FertilityCare Professionals (AAFCP)*. Badanie to jest obowiązkowe i gwarantuje, że w nauczaniu CrMS będą zachowane najwyższe standardy<sup>294</sup>.

Warto również podkreślić, że w realizacji programów należy rozróżnić pojęcia formacyjne: świadomości, nabycia umiejętności i interioryzacji. Te plany edukacyjne pomogą nowemu nauczycielowi lepiej zrozumieć własne wymagania edukacyjne i proces edukacyjny nowego pacjenta. Powyższe trzy umiejętności stanowią trzy różne poziomy procesu edukacyjnego, których zrozumienie ma fundamentalne znaczenie dla wyjaśnienia odpowiedzialności nauczyciela i użytkownika<sup>295</sup>. W trakcie procesu formacyjnego kładzie się akcent na nabycie umiejętności przez nowego nauczyciela. Nauczanie CrMS nie jest tylko wiedzą, ale jest także sztuką. Wiedza bowiem oznacza odpowied-

---

<sup>292</sup> Pope Paul VI Institute, *Creighton Model FertilityCare™ System – Allied Health Education Program...*, dz. cyt., s. 13.

<sup>293</sup> Por. L. Caddy, *NaProTECHNOLOGY Nursing*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 1121–1136.

<sup>294</sup> Por. T.W. Hilgers, *Introduction to the CREIGHTON MODEL System*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 52.

<sup>295</sup> Świadomość obejmuje poziom zwykłego rozpoznania. Nauczyciel jest świadomy, że jakieś wydarzenie, zespół informacji, istnieje i może być należycie zrozumiane. *Nabycie umiejętności*: bardziej kompletny poziom zrozumienia. Nauczyciel posiada zdolność, nabytą przez ćwiczenie i praktykę, wykorzystania jakiegoś wydarzenia, pojęcia czy zespołu informacji. Rozumie ich funkcjonowanie w odniesieniu do innych wydarzeń, pojęć lub zespołu informacji, i potrafi poprowadzić inne osoby do nabrania tego samego rodzaju świadomości. *Interioryzacja* jest poziomem przyswojenia niektórych wydarzeń, pojęć czy zespołu informacji, który pozwala nauczycielowi wytłumaczyć je w sposób jasny, pewny i spontaniczny oraz pomóc innym nabyć większą znajomość i kompetencję w odniesieniu do tych rzeczy. Por. *Book I...*, dz. cyt., s. 5.

nią znajomość wszystkich aspektów systemu, natomiast sztuka zajmuje się zdolnością nauczyciela do porozumienia się z nową parą uczestników kursu, niezależnie od ich poziomu społecznego i kulturowego. Dlatego doktor Hilgers sporządził wykaz przymiotów, którymi powinien się charakteryzować nauczyciel<sup>296</sup>.

Przejdźmy teraz do zastosowania CrMS w odniesieniu do użytkowników.

### 2.3.5.2. Program nauczania

CrMS jest spersonalizowanym systemem, który opiera się na *follow-up* par – co gwarantuje indywidualną uwagę – oraz na pojęciu „prowadzenia przypadków” (*case management*), czyli takim podejściu do leczenia pacjentów, które pozwala rozwiązać złożone problemy i prowadzić trudne przypadki w sposób priorytetowy i kompletny<sup>297</sup>.

Para uczy się CrMS, realizując międzynarodowy program edukacyjny z pomocą odpowiednio przygotowanego instruktora. Na całym świecie bowiem CrMS funkcjonuje w taki sam sposób, a jego skuteczność w dużym stopniu zależy od współpracy między parą, lekarzem i instruktorem<sup>298</sup>.

Pary zaczynają program od sesji wprowadzającej, podczas której zdobywają ogólne informacje na temat CrMS, uczą się podstawowych zasad obserwacji markerów biologicznych oraz ich zapisywania, jak również podstaw anatomii i fizjologii układu rozrodczego. Ponadto spotkanie to pozwala im poznać i zrozumieć fazy płodności i niepłodności (w ten sposób pary mogą podjąć decyzję o tym, by starać się zajść w ciążę lub jej unikać), a także dowiedzieć się, jak metoda powinna funkcjonować w przypadku niepłodności czy bezpłodności. Ta szeroka gama zagadnień poruszanych podczas sesji wprowadzającej uwzględnia różne oczekiwania, z jakimi przychodzą pary<sup>299</sup>.

---

<sup>296</sup> Pełny wykaz przymiotów nauczyciela zob. w: T.W. Hilgers, *Introduction to the CREIGHTON MODEL System*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 52.

<sup>297</sup> Por. T.W. Hilgers, *Introduction to the CREIGHTON MODEL System*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 50.

<sup>298</sup> Por. M.L. Barron – K.D. Daly, *Expert in Fertility Appreciation: The Creighton Model Practitioner...*, dz. cyt., s. 386.

<sup>299</sup> Por. *Book I...*, dz. cyt., s. 29–31. Szczegółowe omówienie sesji wprowadzającej wraz z przeżyciami zob. w: T.W. Hilgers, *Introductory Presentation of the CrMS*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 83–106.



Podczas kolejnych spotkań para kontynuuje naukę w ramach zindywidu- alizowanych zajęć dydaktycznych (*follow-up*). System bowiem jest „skrojony na miarę” (*tailor made*) stosownie do własnych cykli i można go wykorzysta- wać na każdym etapie życia reprodukcyjnego kobiety. Dostarczane wska- zówki osobiste, jak również kompletne badanie kobiety za pomocą NaPro- TRACKING CHART – to usługi świadczone podczas poszczególnych sesji, które są planowane w regularnych odstępach czasu. Udział w sesjach jest bo- wiem istotny, aby para szybko zaznajomiła się ze stosowaniem tego systemu. Podkreślmy, że system jest adresowany do pary, nie tylko do kobiety, a zatem w sesjach indywidualnych powinni uczestniczyć zarówno mąż, jak i żona<sup>300</sup>.

Standardowy program obejmuje osiem sesji w ciągu roku, ale ich liczba może wzrosnąć, a wynika to zawsze z potrzeb każdej pary. Zwykle pierwsze cztery sesje odbywają się w piętnastodniowych odstępach i zaczynają się dwa tygodnie po sesji wprowadzającej. Piąta sesja natomiast ma miejsce po mie- siącu, kolejne zaś trzy odbywają się co trzy miesiące<sup>301</sup>.

Aby system osiągnął zaplanowany cel, obserwacje muszą być wykonywa- ne starannie i poprawnie rejestrowane w tabeli NaProTRACKING CHART w celach diagnostycznych. Ponadto należy trzymać się instrukcji CrMS sto- sownie do wymogów pary (dążenie do uzyskania ciąży lub jej unikanie). Zada- niem nauczyciela jest dostarczanie nowych wskazówek, kontrolowanie poziomu przyswojenia metody przez uczestników oraz odnotowywanie uzyskanych informacji na formularzu przygotowanym oddzielnie dla każdej pary. Jego rolą jest również ocena rozwoju więzi małżeńskiej użytkowników<sup>302</sup>.

Jak zauważa M. Barcentewicz – konsultant medyczny NPT z Lublina – dzięki sesjom CrMS para zdobywa wiedzę o własnej płodności, uczy się nią zarządzać i wie, jak wykorzystać CrMS zarówno dla uzyskania ciąży, jak i dla jej uniknięcia. CrMS jest prawdziwym wzorem planowania rodziny. W przy- padku, w którym para chce uzyskać ciążę, pierwsze dwa/trzy miesiące są poświę- cone obserwacji cyklu menstruacyjnego. Następnie tyle samo czasu poświęca się próbie odkrycia przyczyn, które szkodzą zdrowiu reprodukcyjnemu, wtedy

<sup>300</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 4.

<sup>301</sup> Por. *Book I...*, dz. cyt., s. 33–36. Literatura naukowa podaje, że 75% użytkow- ników uczestniczyło tylko w pierwszych czterech spotkaniach. Sugeruje się, że liczba sesji zależy w sposób nieskrępowany od potrzeb i okoliczności. Por. J.B. Stanford – K.R. Smith, *Characteristics of Women Associated with Continuing Instruction in the Creighton Model FertilityCare System*, „Contraception” 2 (2000), s. 121.

<sup>302</sup> Por. *Book I...*, dz. cyt., s. 145–175.

łatwiej je usunąć<sup>303</sup>. W przypadku konieczności podjęcia interwencji chirurgicznej leczenie niepłodności może się przedłużyć<sup>304</sup>.

W trosce o jak najwyższą jakość w CrMS używa się różnych elementów oceny: najpierw analizuje się sesję wprowadzającą, jej treści i instruktora. Trzy miesiące po sesji wprowadzającej pary oceniają pracę nauczyciela, jego przygotowanie i sposób nauczania. Następnie kolejnym narzędziem interesującej nas analizy (przy użyciu formularza złożonego z dziesięciu pytań ze skalą punktową) jest wskaźnik S-P-I-C-E, w którym ocenia się wielowymiarowy rozwój relacji łączącej parę. Nauczyciel natomiast kontroluje, czy małżonkowie znają reguły obserwacji i czy potrafią je nanosić we właściwy sposób w tabeli<sup>305</sup>.

Kolejnym godnym wzmianki elementem nauki jest ocena ciąży, dokonywana przez parę wraz z nauczycielem. Dość obszerny formularz *ad hoc* (*pregnancy evaluation form*) ma fundamentalne znaczenie dla badania przeprowadzanego za pomocą CrMS i dla jego skuteczności<sup>306</sup>.

W wielu przypadkach tego rodzaju ocena może być najlepszym sposobem na datowanie początku ciąży<sup>307</sup>, co z punktu widzenia ginekologicznego jest ważne dla jak najlepszego przeprowadzenia części położniczej, na przykład ustalenia daty narodzin lub zapobieżenia przedwczesnym porodom<sup>308</sup>.

Na koniec powtórzmy raz jeszcze, że CrMS jest nowatorskim systemem opieki nad zdrowiem reprodukcyjnym. Standaryzacja programów studiów i poszukiwań (NaProEDUCATION Technology) gwarantuje szeroki zakres

<sup>303</sup> Por. M. Barczentewicz, *NaProTECHNOLOGY™ – nowa wizja NPR w Polsce: diagnostyka i leczenie niepłodności...*, dz. cyt., s. 85–86.

<sup>304</sup> Por. M. Barczentewicz, *NaProTECHNOLOGY™ – podstawy naukowe i skuteczność metody*, w: *NaProTECHNOLOGY™ – ekologia płodności...*, dz. cyt., s. 27.

<sup>305</sup> Por. *Book I...*, dz. cyt., s. 183–193.

<sup>306</sup> Por. *Book II...*, dz. cyt., s. 93–127.

<sup>307</sup> W CrMS czas ciąży może być szacowany na dwa sposoby: według wieku ciążowego i według wieku płodowego. Wiek ciążowy jest mierzony od pierwszego dnia ostatniej miesiączki. W ten sposób ciąża trwa średnio 40 tygodni zamiast realnych 38. Innymi słowy, okres ciążowy jest o dwa tygodnie dłuższy od rzeczywistego trwania ciąży. Drugim sposobem mierzenia czasu ciąży jest pomiar wieku płodowego. Wiek płodowy ciąży jest mierzony od momentu poczęcia (lub jego szacowanej daty). Ciąża mierzona w ten sposób trwa 38 tygodni – to znaczy dwa tygodnie mniej niż wiek ciążowy. Wiek płodowy zatem jest rzeczywistym, prawdziwym czasem trwania ciąży. Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model Fertility-Care™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 44.

<sup>308</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 97.

działania i bardzo wysoki standard we wspieraniu płodności. Podkreślmy zarazem, że CrMS jest pierwszą naturalną metodą planowania rodziny, w której nauczyciel odgrywa tak ważną rolę.

### 2.3.6. Skuteczność CrMS

Na zakończenie rozdziału ponownie należy podkreślić, że CrMS jest wysoce wiarygodną metodą planowania rodziny. Ponieważ nie jest ona procedurą antykoncepcyjną, lecz systemem mającym umożliwić zajście w ciążę (w mniejszym stopniu jej uniknięcie), statystyczne pomiary jej skuteczności powinny uwzględniać ten fakt. Skuteczność metody w uzyskiwaniu ciąży – lub jej uniknięciu – odnosi się zarówno do par, które nie mają problemów z płodnością, jak i do par z problemami w tej dziedzinie<sup>309</sup>.

W ostatnich latach ukazało się pięć poważnych opracowań na temat skuteczności CrMS<sup>310</sup>. Teoretyczna skuteczność (w unikaniu ciąży) sytuuje się na poziomie między 98,7% a 99,9% (Tabela 2). Jeśli weźmiemy pod uwagę nauczanie, błąd w stosowaniu (i/lub ludzki błąd), to praktyczna skuteczność (jako środka do uniknięcia ciąży) mieści się między 94,6% a 97,9%. Obydwie te war-

---

<sup>309</sup> Por. T.W. Hilgers, *The Statistical Evaluation of Natural Methods of Family Planning*, IRNFP 3 (1984), s. 226.

<sup>310</sup> Dane pochodzą z pięciu opracowań dokonanych w: **Creighton University w Omaha (Nebraska)** – por. T.W. Hilgers – J. Stanford, *Creighton Model NaProEDUCATION Technology for Avoiding Pregnancy*, JRM 6 (1998), s. 495–502; **St. John's Mercy Medical Center w St. Louis (Missouri)** – por. T.W. Hilgers – A.M. Prebil – K.D. Daly, *The Effectiveness of the Ovulation Method as a Means of Achieving and Avoiding Pregnancy*, w: *Presented at the Education Phase II Continuing Education Conference for Natural Family Planning Practitioners*, Mercy Fontenelle Center, Omaha (NE) 1980; **St. Francis Hospital w Wichita (Kansas)** – por. J. Doud, *Use Effectiveness of the Creighton Model of NFP*, IRNFP 1 (1985), s. 54–72; **Joseph Hospital w Houston (Texas)** – por. M.P. Howard, *Use Effectiveness of the Ovulation Method (Creighton Model) of Natural Family Planning*, w: *Presented at the Ninth Annual Meeting of the American Academy of Natural Family Planning*, Milwaukee 1990; **Marquette University School of Nursing (Wisconsin)** – por. R.J. Fehring – D. Lawrence – C. Philpot, *Use Effectiveness of the Creighton Model Ovulation Method of Natural Family Planning*, JOGNN 4 (1994), s. 303–309. Te pięć studiów obejmuje 1876 par, które stosowały tę metodę łącznie w okresie 17 130 paromięsięcy.

tości są równe – lub nawet wyższe – niż wartości uzyskiwane przez pigułkę antykoncepcyjną, inne środki farmakologiczne bądź antykoncepcyjne<sup>311</sup>.

Wiele par wybierających CrMS wykorzystuje go dla uzyskania ciąży. Równie dużo par korzysta z systemu, aby nauczyć się zasad unikania ciąży. W tych przypadkach odsetek powodzenia jest także wysoki. Pary, które weszły do systemu, aby uniknąć ciąży, mają wysoki odsetek powodzenia w pierwszych dwunastu miesiącach uczestnictwa, po których program zostaje spersonalizowany, jednakże należy podkreślić, że ten parametr jest bardziej elastyczny niż parametr oceniający zajścia w ciążę. Parametr osiągnięcia ciąży jest potwierdzony przez badania, które wykazują skuteczność metody dla uzyskania ciąży. Odsetek uzyskanych ciąż mieści się między 14,2% a 28% (Tabela 3). Ogólnie można zakładać, że jedna na pięć par używa procedury dla uzyskania ciąży (w pierwszym roku stosowania), zaś cztery ciąży na pięć, które się pojawiają w czasie stosowania systemu, są dowodem sukcesu samej metody<sup>312</sup>.

Skuteczność metody dla uzyskania ciąży jest wyższa, ale jest mierzona inaczej, jeżeli ocenia się pary z normalną płodnością, kiedy wykorzystywany jest okres płodny określonego cyklu menstruacyjnego. Jedno z opracowań pokazuje, że ciąża pojawi się z dużym prawdopodobieństwem w pierwszych pięciu cyklach, w których stosuje się system. W ten sposób 76% par uzyskuje ciążę podczas pierwszego cyklu, w którym wykorzystywany jest okres płodny<sup>313</sup>.

W przypadku par nieplodnych całościowy odsetek ciąż uzyskanych sytuuje się między 20 a 40% w pierwszych sześciu miesiącach stosowania metody. Odsetek ten zmienia się w zależności od rozpoznanego rodzaju śluzu. Trzeba także podkreślić, że dzięki odpowiedniemu towarzyszeniu i właściwej terapii medycznej odsetek ten może znacząco wzrosnąć<sup>314</sup>.

---

<sup>311</sup> Por. T.W. Hilgers – J. Stanford, *Creighton Model NaProEDUCATION Technology for Avoiding Pregnancy...*, dz. cyt., s. 499.

<sup>312</sup> Por. T.W. Hilgers – J. Stanford, *Creighton Model NaProEDUCATION Technology for Avoiding Pregnancy...*, dz. cyt., s. 500.

<sup>313</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 53.

<sup>314</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 53.

**Tabela 2**  
**Skuteczność CrMS stosowanego w celu uniknięcia ciąży**  
**w każdym z ośrodków**  
**(ogółem w 5 ośrodkach i przy progresywnym stosowaniu metody)**

Parametri	Creighton University	St. John's Mercy Hospital	St. Francis Hospital	St. Joseph Hospital	Marquette Nursig Center	Cinque studi eseguiti
N° di coppie	286	273	378	697	242	1,876
N° di coppie-mesi	2.224.01	1,980.0	2,471.0	7,084.5	1,819.5	17,130.0
<b>Efficacia del metodo</b>						
<b>Per mesi progressivi</b>						
1	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
6	99.6	99.6	99.4	100.0	99.6	99.8
12	99.6	99.3	99.1	99.8	98.7	99.5
18	N/A	N/A	N/A	99.8	N/A	99.5
<b>Efficacia dovuta all'uso</b>						
<b>In mesi progressivi</b>						
1	100.0	99.6	99.7	100.0	100.0	99.9
6	95.8	96.4	97.3	96.4	97.7	97.9
12	94.6	95.1	96.2	97.2	97.9	96.8
18	N/A	N/A	N/A	97.1	N/A	96.4

**Parametry:** liczba par, liczba paro-miesięcy, skuteczność metody w kolejnych miesiącach, skuteczność wynikająca ze stosowania w kolejnych miesiącach.

Za: T.W. Hilgers, J. Stanford, *Creighton Model NaProEDUCATION Technology for Avoiding Pregnancy...*, dz. cyt., s. 499.

**Tabela 3**  
**Wskaźnik ciąż uzyskanych dzięki CrMS w każdym z ośrodków**  
**(ogółem 5 ośrodków) i wskaźnik dla kolejnych miesięcy (dla 100 par)**

Mesi Successivi	Creighton University Omaha	St. John's Mercy St. Louis	St. Francis Med. Ctr. Wichita	St. Joseph Hospital Houston	Marquette Nursing Center Milwaukee	INSIEME DEI 5 STUDI
1	2.1	1.8	5.3	0.7	1.2	2.1
6	10.5	13.6	19.9	7.9	14.0	12.8
12	19.1*	23.7§	28.0**	14.2	24.8***	21.0
18	N/A	N/A	N/A	17.9§§	N/A	25.6§§§

N/A= non applicabile    \* 2.224,0 coppie per mesi di utilizzo    § 1.980,0 coppie per mesi di utilizzo    \*\* 2.471,0 coppie per mesi di utilizzo    §§ 7.084,5 coppie per mesi di utilizzo    \*\*\* 1.819,5 coppie per mesi di utilizzo    §§§ Un tot di 17.130,0 coppie per mesi di utilizzo (1,876 coppie)

N/A= brak danych, \* 2.224,0 par przez miesiące stosowania, § 1.980,0 par przez miesiące stosowania, \*\* 2.472,0 par przez miesiące stosowania, §§ 7.084,5 par przez miesiące stosowania, \*\*\* 1.819,5 par przez miesiące stosowania, §§§ Razem 17.130,0 par przez miesiące stosowania (1.876 par).

Za: T.W. Hilgers, J. Stanford, *Creighton Model NaProEDUCATION Technology for Avoiding Pregnancy...*, dz. cyt., s. 500.

\*\*\*

Nowa nauka, mająca na celu troskę o płodność, powstała w Stanach Zjednoczonych dzięki idei zawartej w tekście *Humanae vitae* – jednemu z najbardziej kontestowanych dokumentów w środowisku amerykańskim.

NPT opiera się na CrMS, który edukuje w kierunku prokreacji i po raz pierwszy stwarza szansę, by połączyć planowanie rodziny ze zdrowiem kobiety, wypełniając to zadanie w sposób całkowicie naturalny z uwzględnieniem cyklu płodnego kobiety. Przez ostatnie pięćdziesiąt lat rozwinęły się narzędzia edukacyjne, które koordynują CrMS i integrują go z całkowicie zestandaryzowaną metodą nauczania (NaProEDUCATION Technology). Jak zostało wyżej opisane, metoda ta ma solidne podstawy naukowe, jest precyzyjna i stawia sobie za cel rozwiązywanie problemów, a także radzenie sobie z różnymi sytuacjami, zawsze z poszanowaniem dla osób z niej korzystających.

Możemy stwierdzić, że jest to jeden z niewielu dziś istniejących modeli edukacji stawiający sobie za cel rozwijanie idei naturalnej prokreacji (podkreślić należy kolejny raz – edukacji bardzo starannej). Jego obiektywność i standaryzacja pozwalają rozwijać nową naukę o zdrowiu kobiety – NaProTECHNOLOGY. Dyscyplina ta ma rozliczne zastosowania w dziedzinie zdrowia reprodukcyjnego, a w jej zakres wchodzi czynności medyczne i chirurgiczne na rzecz zdrowia ginekologicznego, które będą tematem następnego rozdziału.

# Rozdział III

## NaProTECHNOLOGY™ w praktyce medycznej

NPT jest zespołem czynności medycznych i chirurgicznych, które przyczyniają się do promowania zdrowia ginekologicznego, eliminując konieczność uciekania się do technik medycznie wspomaganego zapłodnienia i poczęcia. Starannie diagnozuje i skutecznie leczy liczne anomalie – zarówno na poziomie endokrynologicznym, jak i anatomicznym – które mogą być przyczyną niepłodności, wykorzystując przy tym osiągnięcia różnych sektorów medycyny.

W poniższym rozdziale zilustrujemy sposoby stosowania metod NPT w celu leczenia niepłodności zarówno żeńskiej, jak i męskiej, poczynając od procedur diagnostyczno-terapeutycznych, które poszukują przyczyn stających na przeszkodzie zdrowiu reprodukcyjnemu. Następnie przedstawimy leczenie zachowawcze za pomocą wspomagania farmakologicznego i wykorzystania chirurgii w NPT, stosowanej w leczeniu głównych przyczyn niepłodności. Na koniec omówimy rezultaty nowej nauki o zdrowiu reprodukcyjnym w zakresie wspierania płodności.

### 3.1. Postawienie diagnozy

Niepłodność może być objawem jakiejś jednej patologii lub częściej wielu różnych, od których bierze początek, a które mogą rodzić dwojaki skutek: po pierwsze uniemożliwić prawidłowe funkcjonowanie systemu reprodukcyjnego, po drugie dać efekty chorobowe w perspektywie czasowej. W obliczu tych negatywnych symptomów NPT stawia sobie za cel dogłębne wyszukanie wszystkich przyczyn, które prowadzą do obniżenia płodności, wykorzystując najnowsze i najbardziej wartościowe techniki naukowe.

### 3.1.1. Metodyka

Używając metod diagnostycznych i terapeutycznych w opiece nad pacjentami dotkniętymi niepłodnością, NPT opiera się na całkowicie innej filozofii niż współczesna medycyna reprodukcyjna. Dziecko jest nade wszystko uważane za dar, a nie prawo. Dlatego NPT określa się jako „ginekologię odnowioną – nową naukę o zdrowiu reprodukcyjnym”<sup>315</sup>.

Cele metodyki stosowanej w Instytucie Papieża Pawła VI są następujące: „1) Odkryć przyczyny leżące u podstaw anomalii reprodukcyjnych; 2) Leczyć przyczyny będące u podstawy niepłodności; 3) Pomóc parze uzyskać ciążę z poszanowaniem naturalnych aktów prokreacji; 4) W przypadku niepowodzenia terapeutycznego – do głębi zbadać jego przyczyny; 5) W przypadku niepowodzenia terapeutycznego otoczyć opieką parę w budowaniu rodziny przez wspieranie adopcji”<sup>316</sup>.

Wytrwale szuka się przyczyn niepłodności, które leczy się przez czas uzgodniony między pacjentką a lekarzem. Jeśli pojawia się ciąża, to się ją wspiera; w przeciwnym razie zaleca się adopcję. Kiedy wymienia się słowo „adopcja” w ramach programu leczenia niepłodności, występuje tendencja, by myśleć, iż terapia ponosi klęskę lub że nie ma wystarczającej pewności co do jej skuteczności. Wszystko to może się zdarzyć, jeśli program nie jest podejmowany w odpowiedni sposób<sup>317</sup>. W Europie metodyka stosowana i proponowana przez takich lekarzy, jak: P. Boyle<sup>318</sup> (Irlandia), R. Pingitore (Szwajcaria), M. Barcentewicz i J. i T. Wasilewscy (Polska), M. Konecka, S. Del Zoppo, R. Fornaro (Włochy), zgodnie z zasadami NPT jest realizowana w trzech etapach. Pierwszy to identyfikacja problemu (2–6 miesięcy), następnie: zapoznanie się z CrMS, interpretacja kart cyklu, badania biochemiczne (profile hormonalne w różnych fazach cyklu), USG (monitorowanie owulacji), badanie nasienia (z poszanowaniem norm etycznych), diagnostyka i zabiegi chirurgiczne (laparoscopia, histeroscopia, histerografia selektywna). Drugi etap to leczenie (1–6 miesięcy): obserwacje na podstawie CrMS, leczenie farmakologiczne i zabiegowe z zastosowaniem technologii laserowych, mikrochirurgii (udroż-

<sup>315</sup> Por. T.W. Hilgers – K.D. Daly – S.K. Hilgers – A.M. Prebil, *The Paradigm Shift in Family Planning...*, dz. cyt., s. 3.

<sup>316</sup> T.W. Hilgers, *NaProTECHNOLOGY in Infertility: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 515.

<sup>317</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 234.

<sup>318</sup> Doktor Phil Boyle jest jednym z pierwszych uczniów profesora Hilgersa.



nienie jajowodów), plastyka organów rodnych itp. Trzeci etap to zachowanie 12 cykli „bieżących”: obserwacje z zastosowaniem CrMS, ocena krwawień menstruacyjnych, śluzu pochwowego, owulacji, czasu trwania i cech fazy po-owulacyjnej, poziomu hormonów<sup>319</sup>. Również tego rodzaju schemat złożony z trzech etapów w przypadku bezpłodności (np. z powodu braku macicy lub azoospermii) zachęca do adopcji jako dalszej służby życiu<sup>320</sup>.

W punkcie wyjścia obu tych schematów kładzie się akcent na dokładną diagnozę. Takie podejście umożliwia podjęcie leczenia przyczyn, a nie tylko objawów. W tym momencie warto przypomnieć historię redefinicji niepłodności, co prowadzi nas do lepszego zrozumienia problemu.

Tradycyjna definicja niepłodności zakłada brak ciąży u pary po odbywaniu regularnych stosunków seksualnych w okresie 12 miesięcy<sup>321</sup>. Chodzi zatem o podejście „negatywne”, które nie ocenia zdrowia prokreacyjnego, ale przez pryzmat jego braku definiuje daną osobę jako niepłodną. Natomiast wraz z nadejściem MOB, a następnie CrMS, położono akcent na rozpoznanie zarówno płodności, jak i niepłodności. Po raz pierwszy system planowania rodziny pozwala parze uzyskać ciążę lub jej uniknąć przez selektywne stosunki seksualne w okresach płodnych i niepłodnych<sup>322</sup>.

Badania naukowe opublikowane w 1992 roku<sup>323</sup>, a przeprowadzone na grupie pacjentów z regularną płodnością, potwierdziły powodzenie takiego podejścia dla uzyskania ciąży i zarazem zasugerowały, że definicja niepłodności może się opierać na rozpoznaniu realnej płodności ze stosunkami seksualnym ukierunkowanymi na płodność (*Fertility-Focused Intercourse*, FFI). Badania te pozwoliły stwierdzić, że 76% par uzyskało ciążę w pierwszym cyklu, wybierając okres płodny dla odbycia stosunku seksualnego, 90% uzyskała ją nie później niż w trzecim cyklu, a 98% – nie później niż w szóstym. Jeśli

<sup>319</sup> Por. J.B. Stanford – T.A. Parnell – P. Boyle, *Outcomes From Treatment of Infertility with Natural Procreative Technology in an Irish General Practice*, JABFM 5 (2008), s. 376–377; R. Pingitore – M. Barbato (ed.), *Infertilità non è detta l'ultima parola...*, dz. cyt., 22–23; M. Barczentewicz, *NaProTECHNOLOGY™ – nowa wizja NPR w Polsce: diagnostyka i leczenie niepłodności...*, dz. cyt., s. 24.

<sup>320</sup> Por. M. Barczentewicz, *NaProTECHNOLOGY™™ – nowa wizja NPR w Polsce: diagnostyka i leczenie niepłodności...*, dz. cyt., s. 31.

<sup>321</sup> Dziś w literaturze wydłuża się ten okres do 24 lub nawet 36 miesięcy.

<sup>322</sup> Por. T.W. Hilgers, *Reproductive Anatomy and Physiology...*, dz. cyt., s. 157–158.

<sup>323</sup> Por. T.W. Hilgers – K.D. Daly – A.M. Prebil – S.K. Hilgers, *Cumulative Pregnancy Rates in Patients with Apparently in Normal Fertility and Fertility-Focused Intercourse*, JRM 10 (1992), s. 864–866.

ciąża nie pojawia się w okresie trzech cykli FFI, istnieje uzasadnione podejrzenie, że mamy do czynienia z jakimś problemem niepłodności, a jeśli nie pojawia się do szóstego cyklu, należy podjąć stosowne procedury za pomocą protokołów rozpoznania niepłodności NPT, które z kolei doprowadzą do postawienia dokładnej diagnozy<sup>324</sup>.

### 3.1.2. Faza diagnostyczna – męska

Rozpoznanie niepłodności męskiej zaczyna się od anamnezy, czyli historii klinicznej podmiotu, który dostarcza informacji: o swoim środowisku życia i pracy, zabiegach chirurgicznych, patologiach z przeszłości (żylakach powrózka nasiennego, chorobach infekcyjnych, zranieniach, dysfunkcjach płciowych, zatruciach, uzależnieniach, przyjmowanych lekach)<sup>325</sup>. Obiektywne badanie, zwłaszcza układu urogenitalnego, obejmuje: ocenę drugorzędnych cech płciowych, analizę moczny, umiejscowienie przewodu cewki moczowej, badanie jąder (konsystencja, umiejscowienie i rozmiar)<sup>326</sup>.

Głównym etapem diagnostycznym, jaki należy wykonać w celu znalezienia przyczyn męskiej niepłodności, jest analiza płynu nasiennego<sup>327</sup>. Badanie to jest bardzo użyteczne w rozpoznaniu niepłodności męskiej, natomiast test postkoitalny (lub test Simsa-Huhnera<sup>328</sup>), który bada interakcję między płynem nasiennym a śluzem szyjkowym, nie ma tego samego znaczenia naukowego i należy go wykonać w fazie bezpośrednio przedowulacyjnej, zatem w dniach wytwarzania śluzu typu szczytowego. Pobrania należy dokonać bezpośrednio z szyjki macicznej kobiety po stosunku seksualnym. Warto podkreślić, że laboratoria analityczne dla wykonania spermogramu wymagają, aby pobranie było dokonane drogą masturbacji<sup>329</sup>.

<sup>324</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 235.

<sup>325</sup> Por. J. Radwan, *Badanie niepłodnej pary*, w: *Niepłodność i rozród – niepłodność i rozród wspomagany*, red. J. Radwan – S. Wołczyński, Termedia, Poznań 2011, s. 56–60.

<sup>326</sup> Por. J. Radwan, *Badanie niepłodnej pary*, w: *Niepłodność i rozród...*, dz. cyt., s. 61.

<sup>327</sup> „Badanie wykonywane przy użyciu mikroskopu, aby zweryfikować liczbę plemników obecnych na centymetr sześcienny, ich zdolność poruszania się (ruchliwość), formę i wymiary”. R. Visigalli, *Sterilità e infertilità di coppia...*, dz. cyt., s. 109.

<sup>328</sup> Por. I.Z. Gladstein et al., *The Reproducibility of the Postcoital Test: A Prospective Study*, „Obstetrics and Gynecology” 85 (1995), s. 369–400.

<sup>329</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 304.

W NPT płyn nasienny gromadzi się techniką opartą na wykorzystaniu szczególnego rodzaju prezerwatywy do zebrania nasienia (w zbiorniczku *ad hoc*, wolnym od elementów plemnikobójczych), która zostanie nakłuta przez laboranta sterylną igłą i będzie mogła zostać użyta bez celów antykoncepcyjnych w domu, w czasie normalnego stosunku seksualnego. Zebrany płyn musi być przechowywany w ciepłe, najlepiej przelany do sterylnego pojemnika plastikowego, i przetransportowany do laboratorium w przeciągu 30–45 minut<sup>330</sup>. Według przeprowadzonych badań tak pozyskane nasienie posiada lepsze parametry niż to, które uzyskano drogą masturbacji<sup>331</sup>. Jeśli wynik spermogramu wskazuje na jakąś patologię, analiza powinna być powtórzona po trzech miesiącach<sup>332</sup>.

Dane statystyczne potwierdzają, że w ostatnich latach parametry płynu nasiennego (liczba plemników, ich ruchliwość i morfologia) uległy pogorszeniu przede wszystkim z powodu stylu życia, przyzwyczajzeń żywieniowych, niewystarczającego wysiłku fizycznego, nadmiaru stresu i stosowania leków<sup>333</sup>.

Należy zauważyć, że także mężczyźni o zmniejszonej koncentracji plemników w płynie nasiennym mają możliwość zapłodnienia. Hilgers ukuł pojęcie Effective Sperm Count (liczba plemników zdolnych do zapłodnienia), według którego do poczęcia dziecka wystarczy obecność w płynie nasiennym 30–70 tysięcy zdrowych plemników, zakładając oczywiście pełną płodność kobiety<sup>334</sup>.

<sup>330</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 305.

<sup>331</sup> Hilgers podkreśla, że jeśli liczba plemników przekracza 20 milionów, ruchliwość jest większa niż 60% i również morfologia przekracza 60%. Por. T.W. Hilgers, *NaProTECHNOLOGY in Infertility: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 636; P.M. Zavos – J.C. Goodpasture, *Clinical Improvements of Specific Seminal Deficiencies Via Intercourse with Seminal Collection Device Versus Masturbation*, *Fertil Steril* 1 (1989), s. 190–193; B. Bassa, *NaProTechnology – nadzieją dla nieplodnych małżonków...*, dz. cyt., s. 190–196.

<sup>332</sup> Por. T.W. Hilgers, *NaProTECHNOLOGY in Infertility: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 637.

<sup>333</sup> Por. G. Piediferro, *Fattori di rischio*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – Principi e pratica...*, dz. cyt., s. 190–196.

<sup>334</sup> Por. T.W. Hilgers, *NaProTECHNOLOGY in Infertility: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 636–641; E. Lichtenberg-Kokoszka, *Biomedyczne aspekty nieplodności*, w: *Nieplodność. Zagadnienia interdyscyplinarne...*, dz. cyt., s. 12–13.

Algorytm diagnostyczny niepłodności męskiej proponowany przez lekarzy NPT obejmuje: 1) analizę nasienia; 2) analizę poziomu leukocytów w spermie; 3) analizę nasienia ukierunkowaną na wykluczenie obecności bakterii; 4) test laboratoryjny (badanie krwi i moczu, weryfikacja czynności wątrobowych i nerkowych); 5) badania hormonalne (poziom gonadotropiny, prolaktyny i testosteronu); 6) konsultację urologiczną i badanie obrazowe (w celu zweryfikowania możliwości zablokowania nasieniowodów)<sup>335</sup>.

Po przeprowadzeniu podstawowej fazy diagnostycznej i znalezieniu ewentualnych anomalii należy przejść do dalszych analiz, aby poszerzyć diagnostykę przyczyn niepłodności i dokonać oceny możliwości leczenia. Badanie lekarskie powinno wykluczyć choroby, które wpływają negatywnie na parametry spermy (np. nowotwór przysadki mózgowej albo nowotwór jąder). Większość badań powinien przeprowadzić androlog, ale oczywiście pomocą mogą służyć również inni specjaliści, jak endokrynolog czy urolog. Niepłodność jest zjawiskiem, które warunkuje życie pary, dlatego ważna jest współpraca między andrologiem a ginekologiem<sup>336</sup>.

### 3.1.3. Faza diagnostyczna – kobieca

Kobięcy algorytm diagnostyczny zaczyna się od rozpoznania cyklu menstruacyjnego pacjentki, który może być regularny, długi, krótki, nieregularny lub też może występować brak miesiączki (amenorea).

Ogólnie rzecz biorąc, najczęstsze formy niepłodności zauważa się u kobiet z regularnymi cyklami menstruacyjnymi. Kiedy para przystępuje do programu i następuje rejestracja pacjentki, wówczas przeprowadza się najpierw wywiad, czyli gromadzi się jej historię kliniczną, a następnie kieruje badaną na sesję wprowadzającą CrMS. Po obserwacji dwóch cykli pacjentka wraca, aby poddać się obiektywnej kontroli i różnym testom (o profilu hormonalnym z seriami pobrań w cyklu menstruacyjnym, badania obejmujące monitorowanie USG

---

<sup>335</sup> Por. M. Barczentewicz, *Niepłodność jako wieloczynnikowy problem choroby przewlekłej. Metody leczenia zachowawczego w NaProTECHNOLOGY™*, w: *NaProTECHNOLOGY™ w diagnozowaniu i leczeniu niepłodności. Szanse – wyzwania – efekty*, Wrocław 2012, s. 20.

<sup>336</sup> Por. M. Barczentewicz, *Niepłodność jako wieloczynnikowy problem choroby przewlekłej. Metody leczenia zachowawczego w NaProTECHNOLOGY™*, w: *NaProTECHNOLOGY™ w diagnozowaniu i leczeniu niepłodności. Szanse – wyzwania – efekty...*, dz. cyt.

folikularne i laparoskopię diagnostyczną<sup>337</sup>, histeroskopię<sup>338</sup> i histerosalpingografię selektywną<sup>339</sup>)<sup>340</sup>.

Po zakończeniu testów przystępuje się do uważnej oceny wszystkich zgromadzonych danych, aby znaleźć rozwiązania przy użyciu NPT. W trakcie analizy tabel CrMS, które pacjentka wypełnia przez dwa miesiące, zwraca się szczególną uwagę na biomarkery (typ i intensywność cyklu śluzu; czas trwania i stałość fazy poszczytowej; czas trwania fazy przedszczytowej; kompleksowy czas trwania cyklu; obecność *spottingu* przedmiesiączkowego i obecność krwawień koloru brązowego po zakończeniu menstruacji). Wszystko to są zewnętrzne znaki podstawowej patofizjologii<sup>341</sup>.

Ograniczony cykl śluzu może wskazywać na odbiegające od normy funkcjonowanie hormonów rozrodczych i zwiększone ryzyko deficytu owulacyjnego. Długa faza poszczytowa może wskazywać na trwałą obecność niepękniętego pęcherzyka. *Spotting* przedmiesiączkowy lub/i krwawienia koloru brązowego mogą sugerować niski poziom progesteronu i/lub mogą się wiązać z przewlekłym zapaleniem błony śluzowej macicy (infekcja endometrium)<sup>342</sup>.

Na ogół przy długich i nieregularnych cyklach trudniej jest wykonać skuteczną serię badań USG, aby monitorować wzrost folikularny z powodu nieprzewidywalności owulacji. Początkowe fazy protokołu są identyczne z tymi, które dotyczą kobiet z cyklami regularnymi, ale w trakcie analiz zaleca się przeprowadzenie testu na amenoreę i zwyczajne USG miednicy. Najczęstszym pro-

---

<sup>337</sup> „Chodzi o badanie, w którym narzędzie światłowodowe (laparoskop) zostaje wprowadzone do jamy brzusznej, na ogół za pomocą małego nacięcia pod pępkiem. Pozwala ono dokładniej zbadać macicę, jajowody i jajniki. Uważa się, że dzięki laparoskopii można precyzyjnie zdiagnozować takie stany, jak: endometriozę, zrosty w miednicy mniejszej i zespół wielotorbielowatych jajników”. T.W. Hilgers, *Reproductive Anatomy and Physiology...*, dz. cyt., s. 168.

<sup>338</sup> „Jest to technika endoskopowa, która używając wziernika z bardzo małą kamerą i odpowiednich narzędzi, pozwala zdiagnozować i leczyć różne stany patologiczne zdrowia reprodukcyjnego”. T.W. Hilgers, *Reproductive Anatomy and Physiology...*, dz. cyt., s. 168.

<sup>339</sup> „Procedura, którą wykonuje się przez wprowadzenie małego kateteru przez szyjkę maciczną do wewnętrznego ujścia jajowodu z lewej i prawej strony. Następnie wstrzykuje się bezpośrednio płyn kolorujący do każdego jajowodu oddzielnie i mierzy się ciśnienie jajowodów. Procedura ta dostarcza więcej informacji o drożności jajowodów niż normalna histerosalpingografia”. T.W. Hilgers, *Reproductive Anatomy and Physiology...*, dz. cyt., s. 168.

<sup>340</sup> Por. M. Wojacek, *Naprotechnologia wyrazem troski o zdrowie*, w: *Niepłodność – zagadnienia interdyscyplinarne...*, dz. cyt., s. 46.

<sup>341</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 237.

<sup>342</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 238.

blemem leżącym u podstaw tego rodzaju cyklu jest zespół wielotorbielowatych jajników i dzięki tym dwóm badaniom można się o tym upewnić. Należy podkreślić, że stosowne byłoby również zaplanowanie testu (dwugodzinnego) tolerancji na glukozę w celu zbadania poziomu glukozy i insuliny oraz sprawdzenia, czy pacjentka nie jest insulinooporna. Po zbadaniu na czczo poziomów glukozy i insuliny podaje się pacjentce roztwór zawierający 75g glukozy. Oprócz tych badań zaleca się także laparoskopię diagnostyczną, histeroskopię diagnostyczną i histerosalpingografię selektywną. Zważywszy, że wiele kobiet (ponad 50%) z wielotorbielowatymi jajnikami jest dotkniętych także endometriozą, laparoscopia diagnostyczna jest w stanie potwierdzić tę diagnozę, a lekarz będzie mógł w trakcie badania dokonać bezpośrednio zabiegu laserem. Ponadto dzięki bezpośredniej obserwacji jajników będzie w stanie potwierdzić diagnozę, a następnie rozważyć ewentualną klinową resekcję jajnika<sup>343</sup>.

Trzeba podkreślić, że fundamentalne znaczenie ma zaplanowanie różnych testów na płodność w sposób dokładny i precyzyjny, a wykorzystanie CrMS pozwoli pacjentce z łatwością wskazać lekarzowi i laboratorium, w jakiej fazie aktualnie się znajduje. Nabiera to ogromnego znaczenia w ocenie funkcji wewnątrzwydzielniczej dzięki wykonaniu analiz. Chodzi o praktykę bardzo rozpowszechnioną w kręgu NPT<sup>344</sup>.

Test postkoitalny jest badaniem, które nie dostarczy dokładnych informacji, jeśli nie zostanie wykonane w momencie, gdy jest obecny śluz szczytowy. W przypadku laparoskopii diagnostycznej najlepszym momentem do jej wykonania jest faza przedowulacyjna cyklu, tak aby nie wywołać przerwania ciąży, natomiast histerosalpingogram selektywny najlepiej wykonać między czwartym, ósmym a dziesiątym dniem cyklu, ponieważ endometrium jest wówczas jeszcze cienkie, a dostęp do jajowodów łatwiejszy<sup>345</sup>.

Wiadomo już, że przyczyna niepłodności jest często wieloczynnikowa, toteż NPT ze swoją metodą diagnostyczną dąży do odkrycia wszystkich przyczyn i połączenia tych rozlicznych czynników, oferując całościowe i wielowymiarowe podejście terapeutyczne. Wszystko to, wraz z CrMS, stanowi o jej sukcesie w leczeniu niepłodności<sup>346</sup>.

---

<sup>343</sup> Por. T.W. Hilgers, *NaProTECHNOLOGY in Infertility: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 528–529; T.W. Hilgers, *Reproductive Anatomy and Physiology...*, dz. cyt., s. 163–164.

<sup>344</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 240.

<sup>345</sup> Por. P. Boyle – J. Stanford, *Natural Procreative Technology – a Multifactorial Approach to the Chronic Problem of Infertility*, SMHS 3 (2011), s. 42.

<sup>346</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 244.

Profesor Hilgers przytacza rezultaty rozpoznania przeprowadzonego za pomocą szeregu protokołów NPT na licznej grupie pacjentek z niepłodnością, stwierdzając, że czterema głównymi połączonymi przyczynami niepłodności są: endometrioza (77,4%), dysfunkcja określonego narządu (68,2%), zaburzenia owulacji (56,5%) i deficyt fazy lutealnej (53,7%). Spośród przyczyn, które stanowią mniejszy odsetek odnotowanych przypadków, należy wymienić: zespół zrostów w miednicy mniejszej z endometriozą lub bez niej (38,9%), defekty jajowodów (23,9%), zespół wielotorbielowatych jajników (15,6%) i niepłodność anowulacyjna (0,9%). Całość przekracza 100%, ponieważ u wielu pacjentek obecnych jest równocześnie wiele przyczyn. W przypadku diagnozy u mężczyźni normospermia została zaobserwowana u zaledwie 45,5% pacjentów, oligospermia ciężka u 8,1%, a azospermia u 1,7%<sup>347</sup>.

W programie NPT leczenie ma na celu usunięcie różnych wykrytych przyczyn. Jeśli na przykład odkrywa się dysfunkcję hormonów, to oddziałuje się na tę właśnie dysfunkcję; jeśli śluz jest suchy lub w znikomej ilości, wówczas trzeba użyć czynników pobudzających wydzielanie śluzu; jeśli jest jakaś anomalia organiczna w rodzaju endometriozy, zespołu zrostów w miednicy mniejszej, zablokowania jajowodów czy jakiejś innej patologii, wówczas należy podjąć czynności chirurgiczne.

Po wykonaniu procedur diagnostyczno-terapeutycznych NPT stosuje leczenie zachowawcze w rozwiązywaniu problemów niepłodności.

## 3.2. Leczenie zachowawcze

Przedstawmy zatem wkład farmakologiczny (zwłaszcza hormonalny), a także dietetyczny w leczenie głównych przyczyn niepłodności.

### 3.2.1. Rozpoznanie endokrynologiczne i leczenie

Hormony cyklu menstruacyjnego zmieniają się codziennie w trakcie cyklu, jednak jednym z braków – podkreśla Hilgers – współczesnej medycyny reprodukcyjnej jest to, że lekarze nie potrafią oceniać tych hormonów w sposób ciągły. Trudność bierze się z braku klinicznie istotnego markera dla określenia dnia owulacji w codziennej praktyce klinicznej. Dzięki powstaniu CrMS i związanym z nim badaniom problem ten został rozwiązany<sup>348</sup>.

Klinicznie istotne hormony, czyli estradiol i progesteron, są wytwarzane cyklicznie. Przedowulacyjna produkcja estradiolu zwiększa się w miarę zbli-

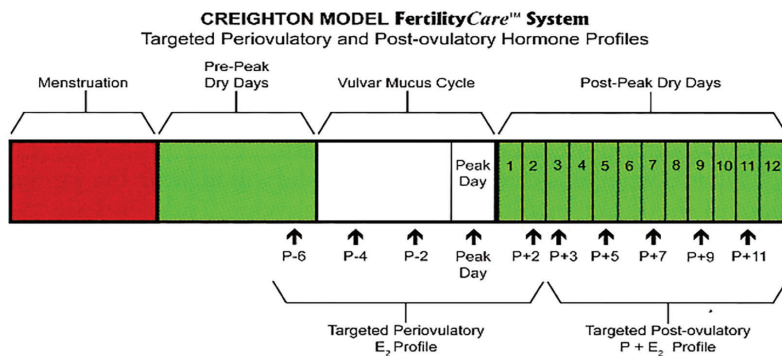
<sup>347</sup> Por. T.W. Hilgers, *NaProTECHNOLOGY in Infertility: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 535.

<sup>348</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 103.

zania się owulacji, zmniejsza się natomiast po niej. W fazie poowulacyjnej i wraz z rozwojem ciała żółtego zwiększa się produkcja progesteronu, a jego poziom znacząco się podnosi. Obydwa hormony w tej fazie zwiększają swą ilość i osiągają najwyższy punkt w tydzień po owulacji, aby następnie powoli się obniżyć do swoich poziomów w tygodniu poprzedzającym pojawienie się menstruacji. Naturalna nieregularność cyklu menstruacyjnego oraz niezdolność współczesnej medycyny do zastosowania podejścia opartego na współpracy sprawiły, że jeszcze trudniejsza stała się ocena tych dwóch ważnych hormonów. Zamiast poprawnej ich oceny zwykle bada się poziom progesteronu w 21 lub 22 dniu, jednak – jak twierdzi Hilgers – jest to mało wartościowa praktyka, ponieważ zakłada się, że wszystkie cykle mają 28 dni, tymczasem taka sytuacja zachodzi jedynie w 5–10% przypadków. Stosując NPT, można pozyskać ważne informacje z oceny tych profili<sup>349</sup>.

Aby dokonać ukierunkowanej oceny poziomu estradiolu w fazie przedowulacyjnej, trzeba zbadać wcześniejsze cykle naniesione na table CrMS i wskazać pierwsze pojawienie się dnia Szczytu. W laboratorium lub w gabinecie lekarskim bada się poziom estradiolu pacjentki, począwszy od piątego lub szóstego dnia przedszczytowego (P-5 lub P-6). Poziomy te sprawdza się również w kolejnych dniach aż do P-2, jak wynika z Ilustracji 10–3<sup>350</sup>.

### Schemat 8



[Ilustracja 10–3 z podręcznika T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt. Ten schematyczny rysunek CrMS pokazuje, w jaki sposób ocenia się wydzielanie omawianych hormonów w przed- i poowulacyjnej fazie profili].

<sup>349</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 40–41.

<sup>350</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 106.



Aby wskazać poowulacyjne poziomy estradiolu i progesteronu, kobieta musi określić dzień Szczytu (P) za pomocą tabeli CrMS i od dnia P+3 dokonywać pobrań krwi co 2 dni – łącznie 5 pobrań (P+3, P+5, P+7, P+9 i P+11)<sup>351</sup>.

Najbardziej rozpowszechnioną wśród kobiet w wieku płodnym anomalią hormonalną jest dysfunkcja fazy lutealnej (poowulacyjnej), która wiąże się z suboptymalnym poziomem progesteronu lub estradiolu ( $E_2$ ) albo ich obu. We współczesnej medycynie – zauważa Hilgers – umyka fakt, że obydwie te hormony mogą zostać włączone jako czynniki terapeutyczne w czasie cyklu menstruacyjnego i nie być szkodliwe, poprawiając zdrowie kobiety i zwiększając jej płodność, a także nie wpływając negatywnie na rozwój embrionu, jeśli pojawi się ciąża<sup>352</sup>.

Aby tak się stało, trzeba wykorzystać te hormony w sposób całkowicie kooperacyjny. Wprowadza to do środowiska medycznego nowatorskie pojęcie, które NPT definiuje jako kooperacyjna terapia zastępcza progesteronowa (*Cooperative Progesterone Replacement Therapy*, CPRT) i kooperacyjna terapia zastępcza estrogenowa (*Cooperative Estrogen Replacement Therapy*, CERT). W tym planie terapeutycznym kluczowe są następujące założenia: 1) progesteron i estradiol są wydzielane cyklicznie; estradiol jest dominującym hormonem przedowulacyjnym, natomiast progesteron i estradiol są wydzielane podczas fazy poowulacyjnej cyklu; 2) skuteczna terapia zastępcza może być stosowana tylko w trakcie fazy poowulacyjnej cyklu; 3) faza przedowulacyjna cyklu ma zmienny czas trwania; 4) konieczne jest zatem użycie prostego, ale wiarygodnego narzędzia, aby określić fazę poowulacyjną cyklu u pacjentki; 5) dzięki CrMS dzień Szczytu może stanowić wiarygodny i powtarzalny znak pojawienia się owulacji i wskazać kobiecie moment, w którym wchodzi w fazę poowulacyjną cyklu<sup>353</sup>.

Podawanie jednego z tych hormonów albo ich obu, z uwzględnieniem wytycznych, oznacza współpracę z hormonami cyklicznymi cyklu menstruacyjnego oraz ustalenie CPRT i CERT. CPRT w jakiegokolwiek postaci może pomóc uregulować cykl menstruacyjny i unormować okres płodności u pacjentek, których cykle śluzu są długie, dni Szczytu opóźnione, a cykle menstruacyjne dłuższe. Może być również przydatna u kobiet, które wykazują skłonności do

<sup>351</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 106.

<sup>352</sup> Por. *Book II...*, dz. cyt., s. 242–243.

<sup>353</sup> Por. T.W. Hilgers, *Cooperative Progesterone and Estrogen Replacement Therapy*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 335–336.

dwóch Szczytów<sup>354</sup>. Natomiast odnośnie do CERT, zważywszy, że także estradiol jest wydzielany w fazie poszczytowej cyklu, lekarz może zalecić pacjentce jego podanie w sposób kooperacyjny. Jednak podanie estradiolu przed owulacją spowodowałoby jej powstrzymanie, a więc uzyskano by skutek przeciwny do oczekiwanego. Główną podstawą do rozpoczęcia terapii są obserwacje CrMS, które pozwalają w każdym cyklu (nawet jeśli jest nieregularny) rozpoznać odpowiedni dzień na rozpoczęcie terapii w fazie poszczytowej w celu uzyskania pożądanych skutków terapeutycznych<sup>355</sup>.

### 3.2.2. Odbiegająca od normy praca jajników

W przypadku kobiet z problemami niepłodności, samoistnym poronieniem, zespołem napięcia przedmiesiączkowego i nawracającymi torbielami jajników dokładne rozpoznanie pracy jajników staje się jeszcze bardziej konieczne.

CrMS, dzięki wypełnianiu proponowanych przez niego tabel, oferuje metodę pozwalającą przeprowadzić ukierunkowane rozpoznanie cyklu i regulujących go hormonów. Pacjentka uczestniczy w terapii, obserwując biomarkery systemu, co pozwala lekarzowi na drodze interpretacji rezultatów zmierzyć poziomy hormonów jajnikowych, a dzięki pomocy NPT wskazać najbardziej odpowiednie leczenie. Jednym z filarów NPT bowiem jest studium pracy jajników z punktu widzenia zarówno anatomicznego, jak i funkcjonalnego<sup>356</sup>.

Jak wiadomo, jajniki dostarczają dwóch głównych hormonów, progesteronu i estradiolu. Wytwarzanie estradiolu obserwuje się w okresie zbliżania się owulacji i w fazie poowulacyjnej cyklu. Z kolei poziom progesteronu jest oceniany w fazie poowulacyjnej tylko dlatego, że jest to moment jego największej produkcji<sup>357</sup>.

---

<sup>354</sup> Wspomaganie progesteronowe może być udzielane w następujący sposób: kapsułki z mikronizowanym progesteronem podawane doustnie; czopki dopochwowe z mikronizowanym progesteronem; iniekcje progesteronu; ludzka gonadotropina kosmówkowa (HCG). Por. T.W. Hilgers, *Cooperative Progesterone and Estrogen Replacement Therapy*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 336–338.

<sup>355</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 110; P. Marzec, *NaProtechnologia – nowoczesna troska o zdrowie*, Mistyk, Tarnów 2015, s. 141.

<sup>356</sup> Por. M. Barczeniewicz, *Niepłodność jako wieloczynnikowy problem choroby przewlekłej. Metody leczenia zachowawczego w NaProTECHNOLOGY™*, w: *NaProTECHNOLOGY™ w diagnostowaniu i leczeniu niepłodności. Szanse – wyzwania – efekty...*, dz. cyt., s. 20.

<sup>357</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 40–41.

W fazie poowulacyjnej zaobserwowano różne typy anomalii, lepiej znane jako deficyt fazy lutealnej, gdyż implikują one niewystarczającą czynność ciała żółtego. Istnieje pięć rodzajów deficytu tej fazy: cztery zależą od anomalii w wytwarzaniu progesteronu, a jeden od anomalii w wytwarzaniu estradiolu. Deficyt fazy lutealnej typu I wynika z anomalii w produkcji progesteronu przez ciało żółte i często występuje u kobiet z nawracającymi samoistnymi poronieniami oraz problemami niepłodności. Deficyt fazy lutealnej typu II implikuje zmniejszenie ilości progesteronu w przeciągu całej fazy poowulacyjnej cyklu, co jednak nie wpływa na czas jego trwania ani na czas trwania fazy poszczytowej, który okazuje się normalny. Stan taki jest typowy u kobiet z cyklami nieregularnymi i problemami niepłodności. Również deficyt fazy lutealnej typu III, znany jako defekt fazy lutealnej opóźnionej, wiąże się ze zmniejszeniem produkcji progesteronu. Stan ten jest kojarzony z kobietami z problemami niepłodności i z poronieniami<sup>358</sup>. Deficyt fazy lutealnej typu IV jest dość rzadki i polega na zmniejszeniu wytwarzania progesteronu w dniach P+3 i P+5, co jednak się normalizuje w P+7. W deficycie fazy lutealnej typu V natomiast nie jest jeszcze jasny związek między charakterystycznym zmniejszeniem ilości estradiolu w fazie poowulacyjnej cyklu a jego wpływem na cykl płodności. Według badania opisanego w podręczniku NPT ten typ V wydaje się być obecny u kobiet ze zmniejszoną gęstością mineralną kości, co sygnalizuje przyszlą osteoporozę<sup>359</sup>.

Kiedy bada się fazę poowulacyjną cyklu, równie ważne jest przeanalizowanie poziomów estradiolu w okresie zbliżania się owulacji. Ponieważ wraz ze swoim rozwojem pęcherzyk wytwarza estradiol w okresie przeowulacyjnym, następnie ta sama tkanka stanie się ciałkiem żółtym w fazie poowulacyjnej cyklu. Stąd anomalia w wytwarzaniu progesteronu podczas fazy poowulacyjnej cyklu często pociąga za sobą anomalię w funkcjonowaniu pęcherzyka w fazie rozwoju. Zgodnie z jedną z podstawowych zasad biologii reprodukcyjnej – dodaje Hilgers – funkcjonowanie pęcherzyka w fazie rozwoju jest ściśle związane z funkcjonowaniem ciała żółtego i jest to, uwzględniając wyjątki, twierdzenie poprawne<sup>360</sup>.

Dzięki ocenie wzrostu i rozwoju pęcherzyka przy zastosowaniu technologii ultradźwiękowej można obserwować rozwój pęcherzyka aż do jego pęknięcia, wykonując badania USG w fazie przedowulacyjnej i owulacyjnej. Koniecz-

<sup>358</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 118.

<sup>359</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 119.

<sup>360</sup> Por. *Book II...*, dz. cyt., s. 243–244.

ne jest od czterech do siedmiu badań USG w tym okresie, aby zdiagnozować ewentualny deficyt owulacyjny<sup>361</sup>.

Stworzony został więc system klasyfikacji odnośnie do różnych wydarzeń związanych z anormalną owulacją: 1) pęcherzyk dojrzały (MF); 2) luteinizacja niepękniętego pęcherzyka (LUF); 3) pęcherzyk niedojrzały (IFS); 4) częściowe pęknięcie (PRS); 5) pęknięcie opóźnione (DR); 6) brak dominującego pęcherzyka<sup>362</sup>.

Profesor Hilgers przytacza jako przykład brak pęknięcia pęcherzyka, odpowiadający cyklowi anowulacyjnemu, to znaczy kiedy jajeczko pozostaje zamknięte w pęcherzyku i nie zostaje wydalone. Hilgers wyjaśnia, że podczas wielu lat badań nigdy nie doszło do zapłodnienia u kobiety, u której został zaobserwowany niepęknięty pęcherzyk. Wszystko to wiąże się z problemem niepłodności, takie sytuacje, jak małe lub niedojrzałe pęcherzyki dotyczą problemu samoistnego poronienia<sup>363</sup>.

Ponadto rozmaite anomalie owulacyjne są również związane z deficytami hormonalnymi. W swoim studium Hilgers przedstawia wykaz poziomów estradiolu w fazie przedowulacyjnej w bliskości owulacji, łączonych z sześcioma wspomnianymi wyżej różnymi anomaliami owulacyjnymi. Kolejną ciekawą rzeczą, jaką przytacza, jest profil progesteronowy poowulacyjny z bardzo niskimi poziomami, kojarzony z tymi samymi sześcioma anomaliami. W rozważaniu terapii dostosowanej do jednej z sześciu anomali owulacyjnych trzeba będzie także przewidzieć formę stymulacji jajnika, aby zredukować deficyty hormonalne i owulacyjne, która to stymulacja w wielu przypadkach okazuje się skuteczna<sup>364</sup>.

### 3.2.3. Skutki stresu

Stres ma ogromny wpływ na owulację i cykl menstruacyjny. Może on być natury fizycznej (choroba, intensywna praca fizyczna, podróże) lub emocjonalnej (zmiana pracy, żałoba, ważne decyzje, wakacje, ślub, egzaminy), a także może być ostry (pojawia się nagle i jest krótkotrwały) lub chroniczny (pojawia się powoli i jest długotrwały)<sup>365</sup>.

<sup>361</sup> Por. *Book II...*, dz. cyt., s. 244.

<sup>362</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 120.

<sup>363</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 120.

<sup>364</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 120.

<sup>365</sup> Por. R. Visigalli, *Sterilità e infertilità di coppia...*, dz. cyt., s. 51–52.

Stres może wywoływać zmiany w systemie tabel CrMS. Typowym przykładem jest „podwójny” szczyt<sup>366</sup>, w którym stres wywołuje opóźnienie owulacji, a „drugi” szczyt następuje po ustąpieniu stresu<sup>367</sup>. Niektóre kobiety doświadczają dłuższej obecności śluzu szczytowego, natomiast inne – opóźnienia w dniu szczytu i owulacji. W innych przytoczonych jeszcze przypadkach w tabeli występują dni całkowicie suche lub cykle o zredukowanej ilości śluzu. W swoim podręczniku profesor Hilgers ilustruje i analizuje różne skutki stresu (np. kobiety, która poddała się zabiegowi chirurgicznemu, albo innej, która doświadczyła straty ojca, albo jeszcze innej, która rozpoczęła program ćwiczeń treningowych). Uważa on, że to stres powiązany z różnymi wydarzeniami w życiu tych kobiet spowodował opóźnienie owulacji<sup>368</sup>.

Według Hilgersa nie znamy dogłębnie przyczyn, dla których stres wywołuje takie skutki. Wiadomo – podkreśla autor – że wpływa on na funkcjonowanie hormonów, ale nie jest jasny jego związek z układem rozrodczym. Jedną z hipotez głosi, że beta-endorfina pełni jakąś rolę przy hamowaniu pulsacyjnej produkcji FSH i LH przez przysadkę mózgową. Chociaż to nie uniemożliwia zupełnie ich wytwarzania, to jednak wystarczy, by spowodować dysfunkcję jajników, która z kolei opóźnia owulację i wydłuża cykle<sup>369</sup>.

### 3.2.4. Nawracające torbiele jajników

W przeszłości dysfunkcyjne torbiele jajników często leczono za pomocą zabiegów chirurgicznych albo doustnych środków antykoncepcyjnych. Rando-mizowane badania naukowe wykazały nieskuteczność zapobiegania i leczenia

---

<sup>366</sup> „Podwójny” szczyt można zdefiniować jako dwukrotne pojawienie się śluzu szczytowego w ramach tego samego cyklu menstruacyjnego. Aby mówić o dwóch wystąpieniach szczytu, musi minąć ponad 4 dni od dnia szczytu do początku wystąpienia śluzu szczytu następnego. Kiedy kobieta jest pod wpływem stresu, zwłaszcza w okresie, gdy wytwarza się śluz i wzrasta jego ilość, proces owulacji może zostać chwilowo przerwany. Podobnie w takiej sytuacji może wystąpić tworzenie się śluzu aż po śluz szczytowy bez owulacji. Po jakimś czasie (zwykle po paru dniach) nastąpi powtórne wytwarzanie się śluzu aż do „drugiego” szczytu. Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 58–59.

<sup>367</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 169.

<sup>368</sup> Por. T.W. Hilgers, *Effects of Stress*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 342–344.

<sup>369</sup> Por. T.W. Hilgers, *Effects of Stress*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 344.





Na ogół obecność torbieli może być potwierdzona za pomocą USG miednicy w dniu Szczytu +16 lub 17 z badaniem miednicy. Ten rodzaj torbieli często znika w piątym dniu następnego cyklu menstruacyjnego i USG lub badanie miednicy *follow-up* wykonane w tym dniu mogą to potwierdzić. W przypadku bólu łązonego z tego rodzaju torbielami skuteczne może być podanie progesteronu i na ogół w przeciągu godziny od jego podania ból powinien złągodnieć<sup>375</sup>.

### 3.2.5. Zespół napięcia przedmiesiączkowego

Dla zdiagnozowania zespołu napięcia przedmiesiączkowego (*Premenstrual Syndrome*, PMS) Instytut Naukowy Papieża Pawła VI wylicza następujące objawy: drażliwość, ból piersi, wzdęcia w brzuchu, wzrost wagi, kompulsywne pragnienie spożywania węglowodanów, łatwość płaczu, depresja, ból głowy, zmęczenie i bezsenność<sup>376</sup>.

Średni czas trwania objawów, które znikają przed pierwszym cyklem menstruacyjnym, wynosił 9,4 dnia. U ponad 50% pacjentek objawy zaczynały się dziesięć (lub więcej) dni przed menstruacjami, a u ponad 90% – siedem (lub więcej) dni. Zatem ogół objawów i moment ich wystąpienia pokrywają się z poważniejszym przedmiesiączkowym zaburzeniem dysforycznym (*Premenstrual Dysphoric Disorder*, PMDD)<sup>377</sup>.

W NPT protokół oceny przewiduje, aby przystępując do programu, pacjentki najpierw wskazały swoje główne objawy (spośród wyliczonych wyżej). Następnie zaczyna się korzystać z CrMS, aby nakreślić odpowiednio ukierunkowany profil hormonalny poszczytowy. Po nakreśleniu dwóch cykli pacjentki

<sup>375</sup> Por. T.W. Hilgers, *Ovarian Cysts: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 384.

<sup>376</sup> Jednak warunkiem koniecznym jest, aby te objawy wystąpiły przynajmniej cztery dni przed cyklem menstruacyjnym. Dane te opierają się na badaniu przeprowadzonym na grupie 174 pacjentek, które zwróciły się do Instytutu w związku z PMS, oraz na leczeniu pierwszych 88. Oprócz wyliczonych wyżej objawów zaobserwowano u tych pacjentek: gwałtowne zachowania, samookaleczenie, myśli samobójcze, nerwowość, niepokój, ataki paniki, zamęt, paranoję, anoreksję lub bulimię, zachowania obsesyjno-kompulsywne, konwulsje i zapalenie zatok przynosowych – to były najczęstsze objawy. Por. T.W. Hilgers, *Premenstrual Syndrome: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 346–347; T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 190.

<sup>377</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 191.



zostaną poddane badaniu lekarskiemu i przygotowują się do stosownych analiz krwi, aby można było głębiej rozpoznać ich stan. Po uzyskaniu i zinterpretowaniu wyników zapadnie decyzja o najbardziej właściwym leczeniu. Od momentu przystąpienia pacjentki do programu potrzeba trzech cykli, zanim przejdzie się do leczenia, które zostanie zastosowane dopiero w czwartym cyklu<sup>378</sup>.

Według danych uzyskanych przez Hilgersa na temat poziomu estradiolu i progesteronu u pacjentek z PMS poziomy hormonów były znacząco obniżone (progesteronu w dniu Szczytu +7, +9, +11, a estradiolu w dniu Szczytu +9, +11) w porównaniu z pacjentkami bez PMS. Również poziom beta-endorfin był bardzo obniżony. Należy zauważyć, że podczas gdy u normalnej pacjentki beta-endorfiny na ogół zwiększają swą ilość przed pojawieniem się menstruacji, u pacjentek z PMS to nie zachodzi. Na podstawie tych danych rozwinął się program terapeutyczny dla pacjentek z niskim poziomem beta-endorfin, wykorzystujący ukierunkowane wspomaganie fazy lutealnej (HCG<sup>379</sup> lub progesteron) oraz zastosowanie naltreksonu<sup>380</sup>, antagonisty receptorów opioidowych, jako kolejne leczenie wspomagające<sup>381</sup>.

W 86,5% przypadków pacjentki, które otrzymały wspomaganie HCG, odnotowały wyraźną lub umiarkowaną poprawę, a 78% pacjentek, które otrzymały tylko wspomaganie progesteronem, odnotowały taki sam sukces. Następnie porównano dane opublikowane na temat stosowania fluoksetyny<sup>382</sup>

---

<sup>378</sup> Por. T.W. Hilgers, *Premenstrual Syndrome: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 356.

<sup>379</sup> „Ludzka gonadotropina kosmówkowa jest hormonem bardzo podobnym do hormonu LH i pobudza wytwarzanie progesteronu i estradiolu przez ciało żółte. Jeżeli więc jest odpowiednio podawany w czasie fazy lutealnej cyklu menstruacyjnego, może być wykorzystany jako wspomaganie luteinowe”. T.W. Hilgers, *Reproductive Anatomy and Physiology...*, dz. cyt., s. 169.

<sup>380</sup> „Lek, który łączy się z receptorami opioidowymi mózgu. Pierwotnie był wykorzystywany w leczeniu uzależnienia od heroiny, ale używano go również w leczeniu zespołu przedmiesiączkowego, biorąc pod uwagę rolę beta-endorfin (które są naturalnymi opioidami wytwarzanymi przez mózg”. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 414.

<sup>381</sup> Por. T.W. Hilgers, *Premenstrual Syndrome: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 357–360; N. Brown – J. Panksepp, *Low-dose Naltrexone for Disease Prevention and Quality of Life*, „Medical Hypotheses” 2 (2009), s. 333–337.

<sup>382</sup> „Jest to lek antydepresyjny, którego handlowa nazwa brzmi Prozac. Został on dopuszczony do obrotu także pod nazwą Sarafem”. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 409.

w postaci chlorowodoru (Prozac) 20 mg. Tylko 43% pacjentek przyjmujących fluoksetynę odnotowało wyraźną lub umiarkowaną korzystną zmianę, co stanowi bardzo niski odsetek w porównaniu z wynikiem osiągniętym dzięki ukierunkowanemu wspomaganiu hormonalnemu. Dzięki dodaniu naltreksonu odsetek ten zwiększył się (90,4% z wyraźną poprawą i 95,2% z poprawą wyraźną lub umiarkowaną)<sup>383</sup>.

Kolejną ważną obserwacją jest relacja objawów przedmiesiączkowych u pacjentek z problemami niepłodności lub wcześniejszą historią poronień samoistnych. Choć w przypadkach niepłodności objawy nie są tak wyraźne, jak to się dzieje u kobiet z PMS, to jednak profil jest bardzo podobny. Ogólnie około 75% pacjentek z problemami niepłodności będzie miało wyraźne objawy przedmiesiączkowe, co stanowi poziom bardzo podobny do wpływu na zmianę nastroju u 74,6% pacjentek z niepłodnością. Wszystko to zwiększa możliwość, że w jakiś sposób istnieje wspólna przyczyna leżąca u podstaw anomalii hormonalnych i innych zmian zachodzących w kobietach z problemami niepłodności, samoistnymi poronieniami i PMS<sup>384</sup>.

### 3.2.6. Depresja poporodowa

Depresja poporodowa (*Postpartum Depression*, PPD) jest określana jako większy epizod depresyjny zaczynający się w okresie poporodowym, na ogół nie później niż cztery tygodnie po porodzie. Istnieją bezpośrednie dowody potwierdzające udział hormonów rozrodczych (estrogenu i progesteronu) w rozwoju PPD<sup>385</sup>. Badania naukowe wykazały, że nastrój matki zaraz po porodzie wiąże się z zaprzestaniem produkcji progesteronu<sup>386</sup>.

W ocenie poziomów progesteronu surowiczego w doświadczeniu NPT kobiety z PPD miały wyższe poziomy progesteronu podczas ciąży niż w grupie kontrolnej. Toteż jeśli progesteron jest wyższy w trakcie ciąży, to zmniejszenie ilości tego hormonu, podobnie jak metabolitów po porodzie, może być

<sup>383</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 192–193.

<sup>384</sup> Por. T.W. Hilgers, *Premenstrual Syndrome: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 365.

<sup>385</sup> Por. T.W. Hilgers, *Postpartum Depression: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 369.

<sup>386</sup> Por. B. Harris et al., *Maternity Blues and Major Endocrine Changes: Cardiff Puerperal Mood and Hormone Study II*, *BMJ* 6934 (1994), s. 949–953.

czynnikiem powodującym powstanie PPD<sup>387</sup>. Należy również podkreślić, że pewną rolę odgrywają także anomalie pracy gruczołu nadnerczowego<sup>388</sup>.

Najbardziej powszechnymi objawami wskazywanymi przez pacjentki z PPD w ośrodkach opieki nad płodnością są: depresja, niepokój/panika, niepohamowany płacz, zmęczenie, bezsenność, brak apetytu, wrażenie drżenia i myśli samobójcze. Inne symptomy obejmują: poczucie bezsilności, nerwowość, dziwne myśli, uderzenia gorąca, nocne pocenie, tachykardia i mdłości<sup>389</sup>.

W podejściu NPT do leczenia PPD wykorzystywano różne programy terapeutyczne, aby podawany progesteron był jak najbardziej skuteczny. Ponieważ nie znano optymalnych dozowań i najlepszych sposobów jego dawkowania, stąd stale otwarty pozostawał program badawczy. Niektórym pacjentkom podawano progesteron w czasie ciąży i w okresie poporodowym. Progesteron drogą wewnątrzmięśniową, ustną i/lub dopochwowo (progesteron bioidentyczny) był podawany w różnych dawkach<sup>390</sup>.

Przy badaniu poszczególnych objawów PPD można wyróżnić rozmaite efekty związane z prowadzoną terapią. Przede wszystkim wyniki uzyskane przy podawaniu progesteronu w leczeniu PPD i niepokoju były znakomite, zwłaszcza kiedy terapia została zapoczątkowana wystarczająco wcześnie. Jeszcze bardziej zaskakujące były wyniki uzyskane przy podawaniu progesteronu drogą domięśniową. W niektórych przypadkach także progesteron podawany drogą ustną lub dopochwowo odniósł zamierzony skutek, ale chodziło przede wszystkim o przyswojenie progesteronu podawanego domięśniowo<sup>391</sup>.

Na podstawie obserwacji pierwszej fazy badań nad wspomaganiami progesteronowym rozwinął się potencjalny program badawczy i terapeutyczny, który zapoczątkował fazę drugą. Do tej drugiej fazy – Hilgers przytacza przy-

<sup>387</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 200.

<sup>388</sup> Por. K.L. Wisner – Z.N. Stowe, *Psychobiology of Postpartum Mood Disorders*, SRE 1 (1997), s. 77–89.

<sup>389</sup> Por. T.W. Hilgers, *Postpartum Depression: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 370.

<sup>390</sup> W jednym z badań prowadzonych przez profesora Hilgersa 20 pacjentek na 23 (86,9%) uzyskało wyniki znakomite (73,7%) lub bardzo dobre (13%), w trzech przypadkach rezultaty były znikome (w 13% przypadków), ponieważ pacjentki wcześniej doświadczyły poważnych epizodów PPD i/lub użycie progesteronu nastąpiło w różnych tygodniach lub różnych miesiącach po wystąpieniu objawów. Por. T.W. Hilgers, *Postpartum Depression: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 373–374.

<sup>391</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 202–203.

padki ze swoich badań – zostało włączonych 30 pacjentek z PPD i zastosowano takie same metody badawcze jak poprzednio. Dane zostały zebrane w sposób perspektywiczny przez pielęgniarzy, którzy współpracowali z pacjentkami i sporządzili obiektywny wykaz objawów zarówno przed leczeniem, jak i po nim. Można było ponadto wskazać dokładne dawki i daty leczenia. Wyraźną poprawę odnotowano u 26 pacjentek na 30 (86,7%), umiarkowaną – u 3 pacjentek (10%), a tylko u jednej pacjentki (3,3%) nie zarejestrowano żadnej poprawy. U wszystkich 30 pacjentek został przeanalizowany ogół symptomów przed leczeniem i po nim. Wśród najbardziej powszechnych objawów zwerfikowano: depresję, zmęczenie, płacz, niepokój, uczucie niemocy, dziwne myśli, brak apetytu i nocne pocenie. Ze statystycznego punktu widzenia terapia na bazie progesteronu doprowadziła do znacznej poprawy w przypadku wszystkich tych objawów<sup>392</sup>.

### 3.2.7. Samoistne poronienie

Przez samoistne poronienie rozumie się „mimowolne przerwanie ciąży przed dwudziestym tygodniem, które na ogół zachodzi w przypadku 15% ciąży”<sup>393</sup>.

W minionych latach – zauważa Hilgers – w ocenie lekarzy i opinii publicznej samoistne poronienie traktowano jako coś „normalnego” lub uważano za sposób, w jaki natura kładzie kres ciąży, która i tak skazana byłaby na niepowodzenie. W ostatnich 10–15 latach rozwinęło się bardziej agresywne podejście do rozpoznania i prowadzenia kobiet z tym problemem<sup>394</sup>.

Powszechnie już wiadomo, że definicja poronień nawykowych obejmuje dwa lub więcej kolejnych poronień samoistnych, a zatem wymaga pogłębionej oceny. Ponadto – jak podkreślają wielorakie badania – coraz wyraźniejszy jest związek między nieplodnością a samoistnym poronieniem<sup>395</sup>. Istnieje wiele czynników u źródeł samoistnego poronienia, między innymi zmiany genetyczne, hormonalne, immunologiczne i mikrobiologiczne<sup>396</sup>.

<sup>392</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 203.

<sup>393</sup> T.W. Hilgers, *Recurrent Spontaneous Abortion: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 775.

<sup>394</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 256.

<sup>395</sup> Por. M. Joffe – Z. Li, *Association Time to Pregnancy and the Outcome of Pregnancy*, *Fertil Steril* 1 (1994), s. 71–75.

<sup>396</sup> Por. T.W. Hilgers, *Recurrent Spontaneous Abortion: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 775.

Program NPT prezentuje następujące podejście do tej sytuacji: samoistne poronienie traktowane jest jako anomalia, a nie normalne wydarzenie reprodukcyjne, które zachodzi często; u podstaw każdego tego rodzaju wydarzenia leżą przyczyny nie zawsze łatwe do rozpoznania; wreszcie uznaje się silne poczucie straty przeżywane przez oboje małżonków w następstwie tego wydarzenia. Dlatego – podaje Hilgers – samoistne poronienie jako wydarzenie medyczne nie powinno być lekceważone. W programie NPT kobiety zaczęły monitorować swoją płodność, wyróżniając z perspektywy czasu pewne wydarzenia, które można wiązać z samoistnym poronieniem, takie jak: krótkie fazy poszczytowe, zmienny czas trwania fazy poszczytowej i skrócone cykle służu<sup>397</sup>.

W tym samym programie w przypadku pacjentek ze znaczącymi objawami przedmiesiączkowymi lub *spottingiem* przedmiesiączkowym istnieje większe prawdopodobieństwo, że nastąpi deficyt progesteronu w fazie lutealnej, a więc konieczne może być podjęcie interwencji. W przypadku krótkiej fazy poszczytowej interwencja będzie na pewno konieczna. Z obserwacji klinicznej wynika, że samoistne poronienie następuje na ogół w tego rodzaju sytuacjach. W ramach terapii wystarczające jest podanie 2000 jednostek HCG drogą domięśniową lub podskórną w dniu Szczytu +3, +5, +7 i +9, aby odpowiednio przedłużyć fazę poszczytową i podtrzymać wytwarzanie progesteronu i estrogeneru w fazie lutealnej; w ten sposób zwiększa się znacząco prawdopodobieństwo ciąży – a po jej pojawieniu się należałoby monitorować poziom progesteronu i zacząć go integrować<sup>398</sup>.

Warto również zwrócić uwagę, że u pacjentek ze skróconym cyklem służu, zmiennymi fazami poszczytowymi, *spottingiem* przedmiesiączkowym i/lub objawami przedmiesiączkowymi sytuacja jest bardziej złożona i trzeba monitorować fazę lutealną (zakładając, że nie nastąpiły samoistne poronienia) razem z poziomami progesteronu i estradiolu w Szczycie +7. Jeśli poziomy są niskie, stosowne byłoby wspomaganie hormonalne HCG w fazie poszczytowej. Celem terapeutycznym jest wyeliminowanie lub zmniejszenie możliwości samoistnego poronienia, co aktualnie nie zawsze jest możliwe<sup>399</sup>.

W podręczniku NPT podkreśla się, że w przypadku pacjentek, które miały dwa lub więcej poronień samoistnych, nie wystarczy posłużyć się tabelami CrMS i obserwować wyliczone wcześniej biomarkery, ale trzeba wykonać głę-

---

<sup>397</sup> Por. T.W. Hilgers, *Recurrent Spontaneous Abortion: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 791.

<sup>398</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 268.

<sup>399</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 43–44.

sze rozpoznanie, poczynając od historii klinicznej pacjentki, wykazania z jej strony płodności przez dwa kolejne cykle, a następnie dokonać badania medycznego. W dalszej kolejności przystępuje się do sporządzenia pełnego profilu hormonalnego cyklu menstruacyjnego, monitorowania folikularnego i USG, a także laparoskopii diagnostycznej. Takie podejście umożliwi uzyskanie pełnego obrazu parametrów hormonalnych deficytu fazy folikularnej i lutealnej wraz z wszelkiego rodzaju anomaliami związanymi z owulacją. Będzie można ponadto zidentyfikować endometriozę, która może być odpowiednio leczona. Po zaistnieniu ciąży przystępuje się do podawania progesteronu oprócz przyjmowania 500 UI HCG dwa razy w tygodniu aż do szesnastego tygodnia ciąży<sup>400</sup>.

Kolejnym czynnikiem, jaki należy wziąć pod uwagę, jest obecność infekcji endometrium, która może być rozpoznana za pomocą hodowli komórek endometrialnych lub przez stwierdzenie trwania krwawienia brązowego aż do końca cyklu menstruacyjnego i/lub obecności plamienia przedmiesiączkowego u kobiet, u których te oznaki nie ustają nawet pomimo obecności normalnych poziomów hormonalnych. Aby można było mówić o sukcesie terapeutycznym, trzeba wyleczyć tego typu infekcje<sup>401</sup>.

Rezultaty terapeutyczne mogą być oceniane na różne sposoby, nade wszystko na podstawie danych CrMS, które wykazują, że leczenie endometriozy ogranicza ryzyko samoistnego poronienia. W odniesieniu do programu NPT Hilgers przywołuje doświadczenia przeprowadzone w Instytucie Pawła VI, związane właśnie z ograniczeniem tego ryzyka przy kolejnej ciąży. Odsetek ciąż u pacjentek, które wcześniej miały dwa lub trzy samoistne poronienia, wynosi około 80% w przeciągu 24 miesięcy, w obu sytuacjach. Przyczyna większości tego rodzaju poronień wiąże się z wydarzeniami istniejącym przed poczęciem. Toteż dla zmniejszenia ryzyka kolejnych samoistnych poronień trzeba wskazać wszystkie wcześniejsze przyczyny i rozwiązać je, zanim podejmie się próbę zajścia w nową ciążę<sup>402</sup>.

### 3.2.8. Zespół wielotorbielowatych jajników

Istnienie zespołu wielotorbielowatych jajników można zakładać wówczas, gdy występują następujące objawy kliniczne: kliniczne potwierdzenie wysokich poziomów hormonów androgenowych i związanych z nimi objawów

<sup>400</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 296.

<sup>401</sup> Por. T.W. Hilgers, *Recurrent Spontaneous Abortion: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 791–792.

<sup>402</sup> Por. T.W. Hilgers, *Recurrent Spontaneous Abortion: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 792–794.

(np. hirsutyzm, trądzik i łysienie androgenowe) i/lub testosteronu wolnego lub całkowitego; nieregularne trwanie cyklu menstruacyjnego (czas trwania przekraczający 35 dni lub mniej niż osiem cykli w roku); wykluczenie innych zaburzeń z nimi związanych (wysoki poziom prolaktyny, dysfunkcje tarczycy i nowotwór wydzielający androgeny)<sup>403</sup>.

Technologia ultradźwiękowa pozwala dokonać najlepszej wizualizacji jajników, których objętość jest na ogół powiększona, a kształt wydaje się bardziej kolisty niż jajowaty. Najbardziej przekonujące dowody istnienia wielotorbielowatych jajników można uzyskać dzięki zmierzeniu relacji między hormonami przysadkowymi LH i FSH (na ogół wytwarzanie FSH jest większe niż LH, ale w przypadku zespołu wielotorbielowatych jajników zachodzi odwrotna sytuacja), profilu hormonów, takich jak: testosteron, testosteron wolny, androstendion, dehydroepiandrosteron lub DHEA (których poziom często jest podwyższony, ale nie zawsze), a także przez wykonanie USG przezpochwowego w celu wykrycia typowej wielotorbielowatej morfologii jajników oraz wykonanie laparoskopii diagnostycznej, które ujawnią klasyczny schemat tego stanu<sup>404</sup>.

W trakcie laparoskopii jajniki będą widoczne jako powiększone<sup>405</sup>, ich powierzchnia bardzo gładka i na ogół biała, z małymi szarymi plamami widocznymi na powierzchni jajnika, tworzącymi małe pęcherzyki torbielowe w obrębie torebki jajnika. Badanie USG wykaże klasyczny obraz niedojrzałych pęcherzyków tworzących jakby „sznur pereł”. Również badanie USG 3D może przynieść znakomite rezultaty<sup>406</sup>.

Główną cechą – zauważa Hilgers – u pacjentki dotkniętej tym zespołem, obserwującej swój cykl menstruacyjny i płodności za pomocą CrMS, są długie i nieregularne cykle (ponad 38 dni). Również cykle o długości 32–38 dni często są kojarzone z tym zespołem, ale trzeba wówczas pogłębić badanie. Średni czas trwania cyklu wynosi 44,6 dni, faza poszczytowa trwa średnio

<sup>403</sup> Por. S. Palomba – G.B. la Sala, *PCO/PCOS*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – principi e pratica...*, dz. cyt., s. 96–97.

<sup>404</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 287.

<sup>405</sup> Jest to dobrze udokumentowane w: T.W. Hilgers, *Polycystic Ovarian Disease: Medical Effects and Effects on Fertility*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 575 (Ilustracja 43–1; 43–2; 43–3).

<sup>406</sup> Por. T.W. Hilgers, *Polycystic Ovarian Disease: Medical Effects and Effects on Fertility*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 575–576 z przykładowymi obrazami niedojrzałych pęcherzyków (Ilustracja 43–5; 43–6).

15 dni (ale może się to zmieniać), zaś oznaczenie cyklu śluzu – 4,82 (wartość dużo niższa w porównaniu z normalną)<sup>407</sup>.

Przez użycie CrMS i perspektywiczne wykazywanie biomarkerów (dokonywanemu przez pacjentkę) można ponadto monitorować skutki leczenia przez klinową resekcję jajników, które wyraźnie będą się pojawiać w tabelach, podobnie jak przy użyciu stymulacji jajczkowania clomidem<sup>408</sup>, jeśli ten lek jest podawany dla pobudzenia owulacji. Natomiast poziomy progesteronu w fazie poszczytowej będą służyły do monitorowania skuteczności działania samego clomidu<sup>409</sup>.

Należy podkreślić, że związek między zespołem wielotorbielowatych jajników a niepłodnością jest dość powszechny z następujących powodów: 1) owulacja zachodzi w sposób nieregularny i nie tak częsty z powodu długich i nieregularnych cykli, co zmniejsza płodność; 2) owulacja, jeśli zachodzi, jest często anormalna i nierzadko wykazuje defekty; 3) również endometrioza jest bardzo powszechna u tego rodzaju pacjentek; 4) skrócone cykle śluzu wskazują na dysfunkcję właściwego narządu (szyjka macicy nie pracuje regularnie); 5) profile hormonalne wskazują na anomalie w funkcjonowaniu pęcherzyka dojrzewającego i w konsekwencji także ciała żółtego.

Kolejnym czynnikiem, jaki może się przyczynić do niepłodności u dużej części pacjentek, jest insulinooporność<sup>410</sup>. Rozpoznanie tego syndromu zaczyna się od zgromadzenia historii klinicznej i wykazania cykli płodności za pomocą tabel CrMS przez okres dwóch miesięcy, po których zakończeniu przystępuje się do ponownej analizy tabel i przeprowadzania badania lekar-

---

<sup>407</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 293; *Book II...*, dz. cyt., s. 21–23.

<sup>408</sup> „Clomid jest lekiem na bazie cytrynianu klomifenu, używanym od wielu lat w leczeniu zaburzeń związanych z owulacją i dopuszczonym do sprzedaży w połowie lat sześćdziesiątych. Z technicznego punktu widzenia jest to słaby estrogen, zdolny wywołać dość głębokie skutki antyestrogenne. Clomid pobudza wytwarzanie FSH przez przysadkę mózgową, wzrost i rozwój pęcherzyka jajnikowego oraz owulację. Zarazem lek ten hamuje pewne skutki związane z estrogenami, jak na przykład wytwarzanie śluzu szyjkowego, który jest jednym z najgłębszych skutków jego działania”. T.W. Hilgers, *Reproductive Anatomy and Physiology...*, dz. cyt., s. 168–169.

<sup>409</sup> Por. T.W. Hilgers, *Polycystic Ovarian Disease: Medical Effects and Effects on Fertility*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 583.

<sup>410</sup> Por. T.W. Hilgers, *Polycystic Ovarian Disease: Medical Effects and Effects on Fertility*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 294–295.



skiego. Stosownie do sytuacji wykona się takie badania, jak: analizę płynu nasiennego, USG miednicy mniejszej, laparoskopię diagnostyczną, histeroskopię i wreszcie histerosalpingografię selektywną. Profil hormonalny obejmuje także pełne rozpoznanie tych hormonów, które mogłyby przyczynić się do dysfunkcji hipotalamicznej obecnej w cyklach długich i nieregularnych, to znaczy chodzi o kontrolę poziomu FSH i LH (który z nich przeważa, to znaczy czy większa jest produkcja LH), prolaktyny (na ogół na normalnym poziomie), beta-endorfin (niski poziom), profilu androgennego (którego poziom może być także niewysoki) i kompletnego profilu tarczycy (z którego może również nie wynikać żadna dysfunkcja)<sup>411</sup>.

W ramach badania USG miednicy mniejszej należałoby szukać wspomnianych wcześniej zmian. Wskazane byłoby, aby konsultant medyczny NPT był w kontakcie z radiologiem i specjalistą od USG odnośnie do rodzaju rozpoznania, jaki jest potrzebny, a także zestawienia kliniczne, nad którymi pracuje. Badaniem, które może definitywnie potwierdzić diagnozę wielotorbielowatych jajników, jest laparoscopia diagnostyczna, umożliwiająca ponadto rozpoznanie endometriozy (obecnej u 50% kobiet dotkniętych tym zespołem) i bezpośrednio przeprowadzenie zabiegu laserem. Użyteczne mogą też okazać się histeroscopia i histerosalpingografia, które pozwalają lepiej ocenić wnętrze macicy i drożność jajowodów<sup>412</sup>.

Po zakończeniu diagnostyki pacjentka wraca w celu oceny rezultatów przeprowadzonych badań i dopiero wtedy można naszkicować plan terapeutyczny. Na ogół będzie trzeba wspomagać owulację za pomocą klomifenu przez sześć cykli (przewidując odsetek ciąż na poziomie 30%), z czym należałoby połączyć jakiś lek zwiększający wydzielanie śluzu ze względu na antyestrogenny skutek, jaki klomifen wywiera na wytwarzanie śluzu. W przypadku pacjentek opornych na ten lek jedną z możliwości leczenia jest resekcja klinowa jajników<sup>413</sup>.

### 3.2.9. Skurcze menstruacyjne i bóle w miednicy mniejszej

Z medycznego punktu widzenia chroniczny ból w miednicy mniejszej jest określany jako nawracający ból w okolicach miednicy mniejszej poza cyklem menstruacyjnym, trwający przynajmniej trzy miesiące i/lub ból menstruacyj-

<sup>411</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 295.

<sup>412</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 296.

<sup>413</sup> Por. T.W. Hilgers, *Polycystic Ovarian Disease: Medical Effects and Effects on Fertility*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 587.

ny trwający przynajmniej sześć miesięcy<sup>414</sup>. Skoncentrujemy się na chronicznym bólu w miednicy mniejszej, który występuje przeważnie jako menstruacyjny, ale któremu często towarzyszy ból w miednicy także przez cały cykl menstruacyjny. Zajmując się takim stanem, warto zgromadzić wyczerpującą historię kliniczną (za pomocą specjalnego formularza Instytutu Naukowego Papieża Pawła VI uzyskuje się ważne informacje o ostrości i umiejscowieniu bólu w miednicy mniejszej oraz ustala się, czy w przeszłości była prowadzona terapia farmakologiczna na bazie na przykład niesterydowych środków przeciwzapalnych lub doustnych środków antykoncepcyjnych)<sup>415</sup>.

Większość pacjentek, przystępując do terapii, korzysta z niesterydowych leków przeciwzapalnych (jak ibuprofen), które zatrzymują syntezę prostaglandyn obecnych na wysokim poziomie u kobiet ze skurczami menstruacyjnymi, albo używa doustnych środków antykoncepcyjnych bądź leków antagonistycznych wobec hormonu wydzielającego gonadotropiny. Niestety, takie działania przynoszą ulgę w bólu tylko chwilowo i zatrzymują objawy, jednak pomijają patologię będącą u ich podstaw. Należy także badać objawy przedmiesiączkowe, ponieważ kobiety dotknięte ciężkim bólem miesiączkowym (dysmencoria, skurcze menstruacyjne) i bólami w miednicy mniejszej doświadczają również dość znaczących objawów przedmiesiączkowych. Dość powszechne jest, że w wykazaniu cyklu menstruacyjnego za pomocą CrMS pojawią się cykle bardzo skrócone, fazy poszczytowe o zmiennym czasie trwania i wreszcie – jeśli jest mierzona – zmniejszona produkcja progesteronu. Zakłada się, że pochodzenie tych objawów wiąże się z chronicznym stresem spowodowanym obecnością przewlekłego bólu<sup>416</sup>. Ponadto warto dopytać, czy istnieje jakaś wcześniejsza historia nadużyć seksualnych w dzieciństwie lub obecność powstrząsowego zaburzenia wywołanego stresem<sup>417</sup>.

Drugim i równie ważnym krokiem jest przystąpienie do szeregu badań lekarskich, obejmujących badanie miednicy mniejszej w celu zidentyfikowania obecności patologii przydatków (np. torbiele jajników) i jednocześnie stwier-

---

<sup>414</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 313; S. Palomba – G.B. la Sala, *Malattia infiammatoria pelvica*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Infertilità umana – principi e pratica...*, dz. cyt., s. 107–108.

<sup>415</sup> Por. T.W. Hilgers, *Chronic Pelvic Pain and Dysmenorrhea*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 1075–1076.

<sup>416</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 315.

<sup>417</sup> Por. C. Heim et al., *Abuse-Related Post-Traumatic Stress Disorder and Alterations of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Women with Chronic Pelvic Pain*, „Psychosomatic Medicine” 2 (1998), s. 309.

dzenia różnego rodzaju bolesności za pomocą dotyku w okolicach miednicy, takich jak: ból jajników, ból lub guzki za macicą, ból w następstwie jakiegos zabiegu w rejonie miednicy mniejszej czy ból pęcherza<sup>418</sup>.

### 3.2.10. Nietypowe krwawienie

W CrMS obecność różnych krwawień w porównaniu z normalnymi menstruacyjnymi jest określana jako „krwawienie nietypowe”. Są to na ogół utraty krwi koloru jasnego, bardzo jasnego lub brązowego (ciemnego), posiadające zawsze te same właściwości. Podstawowe przyczyny mogą być natury hormonalnej (jak dysfunkcyjna utrata krwi macicznej, krwawienie „jajnikowe” i krwawienie u kobiet anowulacyjnych lub oligo-owulacyjnych) oraz natury organicznej<sup>419</sup>.

Krwawienia nietypowe można sklasyfikować na podstawie CrMS według dwóch kategorii: krwawienie perimenstruacyjne (w okresie okołomiesiączkowym) i krwawienie intermenstruacyjne (między jedną a drugą miesiączką). Wspomniane wcześniej przedmiesiączkowa i pomiesiączkowa utrata krwi koloru brązowego oraz zbyt obfite krwawienie mieszczą się w pierwszej kategorii. Druga kategoria natomiast obejmuje epizody krwawienia, które pojawiają się w następujący sposób: krwawienie w początkowej fazie tworzenia się śluzu, krwawienie w pobliżu dnia Szczytu, przedłużone krwawienie przedmiesiączkowe, przedłużone krwawienie brązowe pomiesiączkowe lub zmienny nawrót krwawienia nietypowego w długich cyklach (anowulacyjnych lub rzadko owulacyjnych)<sup>420</sup>.

Hilgers przedstawia swoje badanie, w którym zostały przeanalizowane diagnozy histologiczne 148 pacjentek CrMS, które miały różne epizody krwawienia i poddały się procedurze dylatacji i łyżeczkowania (często także histeroskopii). U 63 pacjentek (42,6%) nie wykryto żadnej patologii organicznej w odróżnieniu od innych 85 (57,4%), u których była ona obecna<sup>421</sup>.

Przytoczymy teraz kilka przypadków, które odnoszą się do wspomagania farmakologicznego. Zilustrujemy dwa przypadki pacjentek, u których zapalenie błony śluzowej macicy jest przyczyną krwawienia nietypowego. W pierwszym przypadku było ono obfite i nie wykazywało cech krwawienia nietypowe-

<sup>418</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 315.

<sup>419</sup> Por. *Book II...*, dz. cyt., s. 26; T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 44.

<sup>420</sup> Por. *Book II...*, dz. cyt., s. 27.

<sup>421</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 336.

go. Analizując szyjkę macicy i endometrium za pomocą badania hodowlanego bakterii, stwierdzono obecność *Escherichia Coli* i po zastosowaniu leczenia na bazie cefalosporyn (Keflex<sup>422</sup>) i progesteronu podawanego drogą domięśniową rezultat okazał się znakomity<sup>423</sup>.

Tabela 6

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35			
VL GAD	L GAD	H	H	H	M	VL GAD	CAD	VL x3	VL xR	VL x1 GAD	CAD	CAD	CAD	S6C x1	OCCL x1	VL GAD	VL GAD	S6C x3	S6C x2	S4x3	GAD	CAD	CAD	CAD	CAD	CAD	CAD										
VL GAD	L GAD	H	H	H	M	VL GAD	CAD	VL x3	VL xR	H	H	M	M	L GAD	L GAD	VL GAD	H	M	M	M	M	L	CAD	CAD	CAD	CAD	CAD	CAD	CAD	CAD							

[Ilustracja 32-7, s. 394 podręcznika T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt.].

W drugim przypadku pacjentka zaobserwowała przedłużone krwawienie poszczytowe. W następstwie procedury dylatacji i łyżeczkowania zostało u niej zdiagnozowane chroniczne zapalenie błony śluzowej macicy. Badanie endometrium dało wynik pozytywny na *Enterococcus faecalis*. Po zastosowaniu leczenia na bazie ampicyliny jej stan znacząco się poprawił, a cykl stał się znów normalny<sup>424</sup>.

<sup>422</sup> „Jest to handlowe określenie antybiotyku na bazie cefalosporyn”. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 412.

<sup>423</sup> Por. T.W. Hilgers, *Unusual Bleeding: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 393; T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 336.

<sup>424</sup> Por. T.W. Hilgers, *Unusual Bleeding: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 395; T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 337.



Przytoczyliśmy zaledwie kilka przypadków, które wywołują nietypowe krwawienie. W podręczniku NPT rozpatruje się wiele innych z użyciem różnych technik (procedura Hyfrecator, histeroskopia lub histerektomia), które stosuje się w leczeniu omawianej dysfunkcji<sup>426</sup>.

### 3.2.11. Męska niepłodność

Niektóre przyczyny męskiej niepłodności można objąć leczeniem zachowawczym, w tym także farmakologicznym<sup>427</sup>. Ogólnie rzecz biorąc, terapia poprawiająca wynik spermogramu opiera się na wzmocnieniu witaminowym i wspomagananiu produktami antyoksydacyjnymi, które zmniejszają stres oksydacyjny komórek. Mogą też być prowadzone inne terapie męskie z zastosowaniem antyestrogenów i gonadotropin<sup>428</sup>.

Najczęściej – podkreśla Hilgers – kiedy zostaje zdiagnozowana niepłodność męska (a ściśle kryteria błędnie zachęcają do stawiania takiej diagnozy), medycyna konwencjonalna sugeruje rozwiązanie polegające na inseminacji wewnątrzmacicznej, a w przypadku niepowodzenia – zapłodnienie *in vitro* z iniekcją intracytoplazmatyczną plemników (ICSI). Niewiele robi się w celu głębszej analizy wcześniejszych przyczyn lub dla rozpoczęcia leczenia pacjentów za pomocą terapii farmakologicznej, nie dopinguje się jednocześnie par w dążeniu do uzyskania ciąży metodami naturalnymi<sup>429</sup>.

W przypadku azoospermii (całkowitej nieobecności plemników) nie istnieją odpowiednie terapie, chyba że chodzi o stan będący następstwem zablokowania drożności i wówczas interwencja chirurgiczna może się okazać skuteczna. Pacjentów dotkniętych azoospermią należałoby ukierunkowywać i zachęcać do adopcji, które to podejście jest częścią NPT. Natomiast w przypadku pacjentów z oligospermią (obniżonym poziomem plemników, mniej niż 20 mln/ml w nasieniu) najczęściej stosowanym lekiem dla pobudzenia wzrostu liczby plemników jest cytrynian klomifenu w dawkach 25 mg na dzień przez 25 dni, po czym zaleca się pięć- lub sześciodniową przerwę. Jednak w programie

<sup>426</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 396–406.

<sup>427</sup> Por. M. Barczentewicz, *Niepłodność jako wieloczynnikowy problem choroby przewlekłej. Metody leczenia zachowawczego w NaProTECHNOLOGY™*, w: *NaProTECHNOLOGY™ w diagnozowaniu i leczeniu niepłodności. Szanse – wyzwania – efekty...*, dz. cyt.

<sup>428</sup> Por. R.I. McLachlan, *When Is Azoospermic Infertility Treatable without Intracytoplasmic Sperm Injection?*, „*Clinical Endocrinology*” 2 (2013), s. 176–180.

<sup>429</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 308; T.W. Hilgers, *Reproductive Anatomy and Physiology...*, dz. cyt., s. 170.

NPT lekarze stwierdzili na bazie empirycznej, że również w mniejszych dawkach (dwa razy dziennie tabletki doustne po 5 mg) lek przynosi znakomite rezultaty. Wykazano także, że ludzka gonadotropina kosmówkowa (HCG) daje wysokie prawdopodobieństwo przywrócenia płodności, choć nie gwarantuje stuprocentowej skuteczności, i okazuje się skuteczna w przypadku pacjentów z uporczywie niską ruchliwością plemników. Podawana drogą domięśniową ma długi okres półtrwania w krążeniu (od 30 do 40 godzin), znacząco zwiększając poziomy testosteronu w przeciagu 24 godzin od zaaplikowania<sup>430</sup>.

CrMS pełni specyficzną rolę u par z trudnościami w uzyskaniu ciąży, kiedy parametry płynu nasiennego odbiegają od normy. W takich przypadkach precyzyjne wskazanie okresu płodnego może pomóc osiągnąć zapłodnienie parom, u których strona męska ma ciężką oligospermię<sup>431</sup>. Na dwóch ilustracjach poniżej ukazujemy przykłady zaistniałych ciąż.

Tabela 9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35				
									X																													
L	M	H	M	L	VL	GC x1	GC x1	4x1	4x1	GC x1	GC x1	GC x1	4x2	4x1	4x2	GC x2	GC x2	GC x2	GC x1	GC x1	GC x1	GC x1	GC x1	GC x1	GC x1	GC x1	GC x1	GC x1	GC x1	GC x1	GC x1	GC x1	GC x1	GC x1	GC x1			
						ESC											I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I			
									⊕ Pregnancy Test																													
4x2	3x2	4x2	GC x1	GC x1	4x2	ESC																																

[Ilustracja 47-1, s. 640 podręcznika T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt.]

Na ilustracji 47-1 mąż pacjentki wykonał badanie plemników pod kątem liczebności w dziesiątym dniu cyklu ciąży i ich rzeczywista wartość wyniosła

<sup>430</sup> Por. T.W. Hilgers, *Male Infertility: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 639; T.W. Hilgers, *Reproductive Anatomy and Physiology...*, dz. cyt., s. 168-169.

<sup>431</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 310.





stosowaniu selektywnych stosunków seksualnych i zapłodnienia naturalnego. Ponadto w cyklu ciąży B dzień Szczytu pacjentki nastąpił w trzydziestym dniu cyklu z obserwacją typu „lepki i przejrzysty”, która była jedyną obserwacją śluzu szczytowego w całym cyklu. Para wykorzystała ten dzień i kobiecie udało się zająć w ciążę. Późniejsze badanie USG, wykonane po około czterech tygodniach od domniemanego momentu poczęcia, potwierdziło jego datę. Data porodu, oszacowana na podstawie USG, i data oparta na dniu Szczytu pokrywały się. W ciągu lat lekarze z Instytutu Papieża Pawła VI, zajmując się leczeniem niepłodności, często byli świadkami pozytywnych rezultatów odnotowanych przez pacjentów dotkniętych ciężką oligospermią<sup>433</sup>. Wyniki te – stwierdza Hilgers – „dorównują wskaźnikom pozytywnych rezultatów wszystkich technik sztucznej reprodukcji lub nawet je przewyższają”<sup>434</sup>.

### 3.2.12. Interwencje dietetyczne

Choroby związane z żywieniem stanowią coraz większy problem epidemiologiczny. Dietoterapia może być częścią leczenia wielu chorób, między innymi alergii i nietolerancji pokarmowej, cukrzycy, otyłości, hipercholesterolemii, osteoporozy, patologii nerek, autyzmu i innych. Najnowsze badania wykazują, że interwencje dietetyczne mogą się okazać przydatne także w leczeniu pewnych zaburzeń układu rozrodczego, w tym niepłodności<sup>435</sup>.

W dalszej części przedstawimy panoramę literatury medycznej na temat systematycznych skutków alergii żywieniowych, wrażliwości na gluten, działania egzorfin i lektyn oraz bioaktywnych peptydów pochodzących z żywności i mających udział w regulacji opioidowej fizjologii rozrodczej na mechanizmy płodności. Zbadamy także zwyczaje żywieniowe i style życia, które prowadzą do zmiany masy ciała, to znaczy niedowagę lub nadwagę i dysregulację metaboliczną powodującą niepłodność.

<sup>433</sup> Por. T.W. Hilgers, *Male Infertility: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 161.

<sup>434</sup> T.W. Hilgers, *Male Infertility: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 161.

<sup>435</sup> Por. J. Wasilewska – M. Kaczmarski – T. Wasilewski, *Immunological and Non-Immunological Approaches to Dietetic Interventions in Infertility Treatment*, SMHS 3 (2011), s. 40–44; A. Baryła, *Czy odpowiednie odżywianie może poprawić płodność?*, w: *NaProTECHNOLOGY™ w diagnozowaniu i leczeniu niepłodności. Szanse – wyzwania – efekty...*, dz. cyt., s. 15.

### 3.2.12.1. Alergia pokarmowa i choroby alergiczne

Alergia pokarmowa jest szkodliwym oddziaływaniem na zdrowie wywołanym szczególnie reakcją immunologiczną, która zachodzi w powtarzalny sposób przy każdym kontakcie z określonym pokarmem. Natomiast alergeny pokarmowe to te specyficzne komponenty danego pokarmu lub jego składników (zwykle protein, ale czasami także haptenu chemicznych), które zostają uznane przez komórki odpornościowe za alergenowo-specyficzne i wywołują szczególne reakcje immunologiczne z charakterystycznymi objawami<sup>436</sup>.

Wśród różnych objawów alergicznych reakcji pokarmowych są także skurcze macicy, jeśli te reakcje są usytuowane w mięśniu macicy. Obecnie nie ma terapii przeciwko alergiom pokarmowym, a choroba jest leczona jedynie metodą unikania alergenów lub oddziaływania na objawy. Diagnostyka obejmuje: PRIK testy (testy skórne), RAST testy (testy na alergenowo-specyficzne IgE surowicze) i ATOPY PATCH TEST (testy naskórne z alergenami pokarmowymi lub wziewnymi), które wraz z wyeliminowaniem pokarmu z diety pozwalają wskazać pokarmy odpowiedzialne za reakcje<sup>437</sup>.

Alergie pokarmowe zależne od IgE (nadwrażliwość typu I) wchodzą w zakres odpowiedzi atopowej. Atopia jest predyspozycją genetyczną do produkowania IgE w odpowiedzi na powszechne proteiny środowiskowe, takie jak roztocza kurzu domowego, pyłki traw i alergeny pokarmowe. Typowe choroby alergiczne obejmują tak zwaną triadę atopową: atopowe zapalenie skóry, alergiczny nieżyt nosa (katar sienny) i astmę. Wzrost czynności komórek Th2 jest cechą charakterystyczną chorób atopowych i ciąży fizjologicznej, natomiast wzrost odpowiedzi odpornościowej Th1 i/lub nadczynność Th2 są łączone z nawracającym samoistnym poronieniem i niepłodnością. Istnieją także terapie zdolne modulować relację Th1/Th2 u kobiet z problemami niepłodności oraz poprawiać rezultaty reprodukcyjne<sup>438</sup>. Według przeprowadzonych badań nie ma obecnie wystarczających dowodów na potwierdzenie związku między atopią a niepłodnością, niemniej zauważono na przykład, że

---

<sup>436</sup> Por. R. Ronchetti et al., *Food Allergies, Cross-reactions and Agroalimentary Biotechnologies*, „Advances in Medical Sciences” 52 (2007), s. 98.

<sup>437</sup> Por. J.A. Boice et al., *Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States: Summary of the NIAID-Sponsored Expert Panel Report*, „Nutrition Research” 31 (2011), s. 64.

<sup>438</sup> Por. J. Wasilewska – M. Kaczmarek – T. Wasilewski, *Immunological and Non-Immunological Approaches to Dietetic Interventions in Infertility Treatment...*, dz. cyt., s. 40–41.

alergie i astma są powszechniejsze u kobiet z endometriozą<sup>439</sup>. Większość badań dotyczących relacji między alergią a niepłodnością koncentrowała się na reakcjach IgE, które wprawdzie stanowią 50% immunologicznych reakcji pokarmowych, jednak często nie są rozpoznawane (zwłaszcza te dotyczące glutenu)<sup>440</sup>.

### 3.2.12.2. Działalność opioidowa peptydów pochodzących z pokarmów

Układ opioidowy jest systemem komunikacji, którego działanie odbywa się za pośrednictwem tak zwanych endogennych peptydów opioidowych, obejmujących trzy zasadnicze grupy: enkefaliny, endorfiny i dynorfiny. Działa on jak w komputerze system do obsługi wielu komunikatorów i uczestniczy w regulacji fizjologii reprodukcyjnej męskiej i żeńskiej na wielu poziomach: na poziomie centralnym (powstrzymując wydzielanie GnRH, *Gonadotropin Releasing Hormone* – hormon uwalniający gonadotropiny) i na poziomie peryferyjnym (np. na poziomie jąder i spermy). System opioidowy uczestniczy w kontroli wydzielania GnRH, a więc hormonów płciowych FSH i LH<sup>441</sup>.

U kobiet dotkniętych PCOS czynność opioidowa okazuje się zmieniona zarówno na poziomie centralnym, jak i peryferyjnym, a ponieważ pacjentki te mają wysoki poziom 6-endorfiny peryferyjnej, ta dysregulacja wydaje się przynajmniej częściowo odpowiedzialna za hiperinsulinemię i insulinooporność obserwowaną w PCOS. W leczeniu niepłodności związanej z PCOS wykorzystywano antagonistów opioidów (naltrekson, nalokson). U mężczyzn tacy antagoniści jak naltrekson mogą przynieść poprawę w objawach hipogonadyzmu i w zaburzeniach erekcji, choć nie zwiększają poziomów testosteronu lub LH. Dlatego oznacza to, że regulacja zachodzi bardziej na poziomie centralnym niż peryferyjnym<sup>442</sup>. Czynność opioidowa może być wykazana przez peptydy po-

---

<sup>439</sup> Por. N. Sinaii et al., *High Rates of Autoimmune and Endocrine Disorders, Fibromyalgia, Chronic Fatigue Syndrome and Atopic Diseases Among Women with Endometriosis: a Survey Analysis*, *Hum Reprod* 10 (2002), s. 2715–2724.

<sup>440</sup> Por. J. Wasilewska – M. Kaczmarek – T. Wasilewski, *Immunological and Non-Immunological Approaches to Dietetic Interventions in Infertility Treatment...*, dz. cyt., s. 41.

<sup>441</sup> Por. J. Wasilewska – M. Kaczmarek – T. Wasilewski, *Immunological and Non-Immunological Approaches to Dietetic Interventions in Infertility Treatment...*, dz. cyt., s. 41–42.

<sup>442</sup> Por. A.D. Eyvazzadeh et al., *The Role of the Endogenous Opioid System in Polycystic Ovary Syndrome*, *Fertil Steril* 1 (2009), s. 12.

chodzące z pokarmów (mleka, glutenu, ryżu, szpinaku), nazywane egzorfinami z racji egzogenego pochodzenia i działania typu opioidowego<sup>443</sup>.

### 3.2.12.3. Niedowaga, nadwaga i otyłość

W odniesieniu do niedowagi i nadwagi, według wcześniejszych badań, dla zachowania cyklu menstruacyjnego kobieta potrzebuje przynajmniej 17% tłuszczu w masie ciała, natomiast dla zdolności rozrodczej optymalnym poziomem jest 22%<sup>444</sup>. Z *Nurses' Health Study II*, uwzględniającego dane zebrane perspektywnie w odniesieniu do otyłości w 830 przypadkach niepłodności owulacyjnej i w 26 przypadkach ciąży, wynika, że przy indeksie masy ciała (IMC) poniżej 20 lub powyżej 24,0 kg/m<sup>2</sup> zwiększa się ryzyko niepłodności owulacyjnej. Rezultaty te pokazują związek w formie litery U między IMC a ryzykiem kobiecej niepłodności<sup>445</sup>.

W odniesieniu do niedowagi i nadwagi opracowanie wykonane przez J. Wasilewską i współpracowników podaje klasyfikację IMC według ośrodków zapobiegania i kontroli chorób: waga w normie (IMC < 25 kg/m<sup>2</sup>), nadwaga (IMC między 25 a 30 kg/m<sup>2</sup>) i otyłość (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>)<sup>446</sup>. Skutki żywienia i otyłości uważa się za odpowiedzialne za zaburzenia kobiecej funkcji rozrodczej. Otyłość łączy się z dysfunkcjami menstruacyjnymi, ograniczoną niepłodnością, większym ryzykiem samoistnego poronienia i wadami wrodzonymi. U kobiet otyłych nieregularność menstruacji jest skorelowana ze wzrostem IMC, a niepłodność wynika nade wszystko z dysfunkcji jajników. Otyłość i nieregularność menstruacji są wspólnymi objawami PCOS, choć niekoniecznie wszystkie kobiety dotknięte tym syndromem są otyłe. U kobiet otyłych utrata wagi rzędu 10–15% może przywrócić równowagę na osi reprodukcyjnej i uregulować owulację, umożliwiając zapłodnienie i uzyskanie ciąży. Strategia

<sup>443</sup> Por. J. Wasilewska et al., *The Exogenous Opioid Peptides and DPPIV Serum Activity in Infants with Apnoea Expressed as Apparent Life Threatening Events (ALTE)*, "Neuropeptides" 9 (2011), s. 190.

<sup>444</sup> Por. R.E. Frisch, *Body Fat, Menarche, Fitness and Fertility*, *Hum Reprod* 6 (1987), s. 521.

<sup>445</sup> Por. J.W. Rich-Edwards et al., *Physical Activity, Body Mass Index, and Ovulatory Disorder Infertility*, "Epidemiology" 2 (2002), s. 189–190.

<sup>446</sup> Por. J. Wasilewska – M. Kaczmarski – T. Wasilewski, *Immunological and Non-Immunological Approaches to Dietetic Interventions in Infertility Treatment...*, dz. cyt., s. 42.

terapeutyczna oparta na diecie połączonej z ćwiczeniami fizycznymi przynosi znakomite rezultaty u kobiet dotkniętych PCOS<sup>447</sup>.

Choć nie są jeszcze jasne mechanizmy odpowiedzialne za ograniczenie płodności u kobiet otyłych<sup>448</sup>, to jednak chcemy zwrócić uwagę na możliwe negatywne skutki wysokich poziomów insuliny, które u kobiet dotkniętych PCOS są jeszcze wyższe. U tego rodzaju pacjentek bowiem insulina stymuluje produkcję androgenów w jajnikach zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio za sprawą SHBG (*Sex Hormone Binding Globuline* – globulia wiążąca hormony płciowe), powodując hiperandrogenizm i anomalie cyklu menstruacyjnego. Wraz z umiarkowaną utratą wagi, dzięki długoterminowej terapii dietetycznej (ograniczenie kalorii do 1000 kcal na dzień), można uzyskać obniżenie stężenia insuliny i poziomu SHBG, a wraz z tym poprawę płodności<sup>449</sup>.

Jest już potwierdzonym faktem, że otyłość wiąże się ze zmniejszeniem wydzielania gonadotropin zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. U adolescentów otyłość jest skorelowana z wystąpieniem przedwczesnego dojrzewania płciowego, większym ryzykiem chronicznej anowulacji z nieregularnościami menstruacji oraz większym prawdopodobieństwem PCOS w wieku dorosłym<sup>450</sup>. Wyniki niektórych badań doświadczalnych pokazują, że wpływ diety i otyłości na płodność jest związany z mechanizmem hipotalamicznym, który hamuje rozwój folikularny jajnika i steroidogenezę, a także może być łączony z anomaliami reprodukcjami<sup>451</sup>.

---

<sup>447</sup> Por. J. Wasilewska – M. Kaczmarski – T. Wasilewski, *Immunological and Non-Immunological Approaches to Dietetic Interventions in Infertility Treatment...*, dz. cyt., s. 42–43; A. Lanzone, *Infertilità. Parte medica 2. Sterilità della coppia*, w: EBSG, t. VII..., dz. cyt., s. 459; L. Sevaggi – D. Martinez – A. Lanzone, *Patologia disfunzionale ovarica...*, dz. cyt., s. 27; C. Flaminigi, *Il primo libro della sterilità...*, dz. cyt., s. 114–121.

<sup>448</sup> A. Lanzone, *Infertilità. Parte medica 2. Sterilità della coppia*, w: EBSG, t. VII..., dz. cyt., s. 459.

<sup>449</sup> Por. D.S. Kiddy et al., *Improvement in Endocrine and Ovarian Function During Dietary Treatment of Obese Women with Polycystic Ovary Syndrome*, "Clinical Endocrinology" 1 (1992), s. 111.

<sup>450</sup> Por. J. Wasilewska – M. Kaczmarski – T. Wasilewski, *Immunological and Non-Immunological Approaches to Dietetic Interventions in Infertility Treatment...*, dz. cyt., s. 42.

<sup>451</sup> Por. D.V. Tortoriello et al., *Increased Expression of Hypothalamic Leptin Receptor and Adiponectin Accompany Resistance to Dietary-induced Obesity and Infertility in Female C57BL/6J Mice*, "International Journal of Obesity" 3 (2007), s. 395–402; I.G. Wang – D.V. Tortoriello, *Subfertility Associated with Dietary-induced Obesity in Female DbA/2j Mice Can Be Reversed by Diet Modification*, *Fertil Steril* 84/suppl. 1 (2005), s. S382.

Otyłość wpływa negatywnie również na płodność męską, choć podstawowymi przyczynami są w tym przypadku wady anatomiczne, choroby genetyczne, okaleczenia, dysfunkcje i alteracje hormonalne. Otyłość jest łączona z odbiegającymi od normy parametrami nasienia: większy wpływ zmniejszonej liczby i ruchliwości plemników, mniejszy przy ruchliwości progresywnej. Otyłość może powodować męską niepłodność z powodu zmian w spermatogenezie, wynikających z hipoandrogenizmu (zmniejszenie poziomów surowiczych testosteronu wolnego i całkowitego) oraz ze skutków zwiększonych poziomów surowiczych E<sub>2</sub>, insuliny i leptyny<sup>452</sup>. Na podstawie tych obserwacji leczenie niepłodności u par otyłych powinno uwzględniać także leczenie otyłości obojga partnerów.

W NPT świadomość wpływu żywienia na różne aspekty zdrowia ludzkiego i zdolności reprodukcyjnej mocno wzrasta i nieprzerwanie się rozwija<sup>453</sup>.

W przypadku niezbyt pozytywnych wyników badań płynu nasiennego pierwszym krokiem w kierunku leczenia męskiej niepłodności jest zmiana diety, zmniejszenie otyłości, zaprzestanie używania nikotyny, alkoholu itp. Ważna jest zróżnicowana dieta, następnie przyjmowanie karnityny, kwasu foliowego, cynku lub antagonistów opioidów, na przykład naltreksonu<sup>454</sup>.

W odniesieniu do niepłodności kobiecej konsultanci medyczni NPT podkreślają, że u kobiet ze zdiagnozowaną celiakią i u pacjentek z objawami wywołanymi peptydami pochodzącymi z glutenu (gluteomorfiny) z działaniem opioidowym dieta bezglutenowa może sprzyjać poczęciu dziecka i dobremu przebiegowi ciąży. Oprócz tego można jednocześnie zredukować również działanie opioidowe pochodzące od kazeiny (kazomorfiny) dzięki diecie pozbawionej kazeiny. Ponieważ także inne pokarmy są potencjalnym źródłem protein, obostrzenia żywieniowe mogą być wzmocnione farmakologicznie przez stosowanie antagonisty receptora opioidowego (naltrekson)<sup>455</sup>.

W podejściu NPT do interwencji dietetycznych, z uwzględnieniem szkodliwego oddziaływania nadwagi i otyłości na płodność i ciążę zarówno dla

---

<sup>452</sup> Por. A.O. Hammoud et al., *Male Obesity and Alteration in Sperm Parameters*, *Fertil Steril* 6 (2008), s. 2222–2225; G. Piediferro, *Fattori di rischio*, w: G.B. la Sala et al. (ed.), *Inferilità umana – principi e pratica...*, dz. cyt., s. 193.

<sup>453</sup> Por. P. Marzec, *Naprotechnologia – nowoczesna troska o zdrowie...*, dz. cyt., s. 135.

<sup>454</sup> Por. P. Marzec, *Naprotechnologia – nowoczesna troska o zdrowie...*, dz. cyt., s. 137; P. Jędrzejczak – O. Bogacka, *Jakość życia a stan nasienia u mężczyzn*, *Ginekol Pol* 2 (2008), s. 115–119.

<sup>455</sup> Por. J. Wasilewska – M. Kaczmarek – T. Wasilewski, *Immunological and Non-Immunological Approaches to Dietetic Interventions in Infertility Treatment...*, dz. cyt., s. 43.

matki, jak i dla dziecka, usilnie zaleca się wszystkim kobietom z nadwagą i otyłym w wieku reprodukcyjnym, aby podjęły ścieżkę *counselingu* przed ciążą i w trakcie ciąży odnośnie do żywienia i aktywności fizycznej, w celu poprawy zdrowia reprodukcyjnego<sup>456</sup>.

W świetle przeprowadzonych dotąd rozważań stwierdzamy, że w farmakologii stosowanej w NPT fundamentalną rolę pełnią hormony endogenne – zwłaszcza progesteron i estradiol, które są wykorzystywane w innowacyjny sposób. Ich skuteczność opiera się na pogłębionej znajomości cyklu menstruacyjnego, dostarczonej dzięki CrMS. Filarem NPT jest bowiem badanie pracy jajników z punktu widzenia zarówno anatomicznego, jak i funkcjonalnego.

W poszukiwaniu nowych rozwiązań wspomagających płodność interwencje dietetyczne mogą być bardzo użyteczne w leczeniu pewnych zaburzeń układu rozrodczego, w tym niepłodności.

Jak wykazaliśmy, przy wielu przyczynach niepłodności stosuje się leczenie zachowawcze, ale istnieją również patologie wymagające interwencji chirurgicznej, co będzie tematem następnego paragrafu.

### 3.3. NPT chirurgiczna

W NPT korzysta się z chirurgii konwencjonalnej, która wzbogaca się o nowe i lepsze techniki, stosowane w sposób innowacyjny, przywracając naturalne zdolności prokreacyjne ciała.

NPT chirurgiczna jest specjalizacją chirurgii ginekologicznej, której pierwszym celem jest wykonywanie zabiegów chirurgicznych koniecznych dla zapobiegania zrostom. Tego rodzaju terapię można zastosować do różnych stanów, takich jak: niepłodność, nawracające samoistne poronienia, silne skurcze menstruacyjne, bóle w miednicy mniejszej, nawracające torbiele jajników, obfity cykl menstruacyjny i ciąża pozamaciczna. Jest to podejście użyteczne zwłaszcza w leczeniu endometriozy, zrostów w miednicy mniejszej, wielotorbielowatych jajników, włókniaków macicy i zatorów jajowodów<sup>457</sup>. NPT chirurgiczna jest stosowana także w niepłodności męskiej, na przykład w celu przywró-

---

<sup>456</sup> Por. J. Wasilewska – M. Kaczmarski – T. Wasilewski, *Immunological and Non-Immunological Approaches to Dietetic Interventions in Infertility Treatment...*, dz. cyt., s. 43.

<sup>457</sup> Por. T.W. Hilgers, *What is Surgical NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 839–840; P. Klimas, *Chirurgia w NaProTECHNOLOGY™*, w: *Zdrowie prokreacyjne. NaProTECHNOLOGY™ w diagnozowaniu i leczeniu bezpłodności...*, dz. cyt., s. 63–64.

cenia drożności nasieniowodów, poprawienia pracy jąder albo przy żyłkach powrózka nasiennego<sup>458</sup>.

Lekarzami uprawnionymi do stosowania NPT chirurgicznej są ginekolog-dzy-położnicy oraz wykwalifikowani chirurdzy ogólni wykazujący szczególne zainteresowanie tego typu zabiegami chirurgicznymi i mający odpowiednie doświadczenie w używaniu lasera oraz w stosowaniu mikrochirurgii<sup>459</sup>.

Wśród różnych interwencji wspomagających zdrowie reprodukcyjne zwrócimy teraz szczególną uwagę na niektóre chirurgiczne procedury i metody antyzrostowe.

### 3.3.1. Procedury chirurgiczne

Odnosząc się do selekcji pacjentów, którzy mogą korzystać z procedur chirurgicznych Instytutu Pawła VI, profesor Hilgers podaje, że około 60% pacjentek z endometriozą<sup>460</sup> może być poddawana zabiegom korekcyjnym

<sup>458</sup> Por. P. Marzec, *Naprotechnologia – nowoczesna troska o zdrowie...*, dz. cyt., s. 149.

<sup>459</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 159. Instytut Naukowy Papieża Pawła VI we współpracy z Wydziałem Medycyny Uniwersytetu w Creighton oferuje jednoroczne stypendium dla formacji w tej dziedzinie. W związku z tym zob. [www.popepaulvi.com](http://www.popepaulvi.com) (dostęp: 4 marca 2020).

<sup>460</sup> Endometrioza jest patologią charakteryzującą się obecnością błony śluzowej macicy (endometrium) w innych miejscach poza jamą macicy, z czym łączą się takie objawy, jak: bóle menstruacyjne (dysmenorrhoea), bóle w miednicy, dyspareunia (ból podczas stosunków seksualnych), niepłodność, obfite bądź nieregularne krwawienie, mdłości podczas menstruacji, biegunka i/lub bolesne ruchy perystaltyczne jelit, zawroty głowy, bóle głowy wraz z pojawieniem się menstruacji, zmęczenie, lekka gorączka i niska odporność na infekcje.

W stawianiu diagnozy notorycznie zawodne okazują się: historia kliniczna, badanie fizyczne oraz inne metody diagnostyczne. Diagnostycznym „gold standard” jest laparoscopia diagnostyczna – opisana w dalszej części – oraz potwierdzenie histologiczne (badanie tkanki pod mikroskopem), które należy wykonać w pierwszej połowie cyklu menstruacyjnego (w fazie przedszczytowej), ponieważ często jest połączone z leczeniem laparoskopowym, które przed menstruacjami wiąże się z większą częstotliwością nawrotów i krótszą przerwą bez nawrotów. Wymaga ona techniki „kontaktowej”, która zostanie opisana w dalszej części, oraz pogłębionej znajomości różnych aspektów endometriozy.

Profesor Hilgers rozróżnia trzy główne objawy łączone z endometriozą: ból w miednicy mniejszej, bóle menstruacyjne (dysmenorrhoea) i dyspareunia. Wśród pacjentek z niepłodnością dość powszechne są: brak ciężkiej dysmenorrhoei i normalne wyniki badania miednicy. Laparoscopia diagnostyczna, zdaniem Hilgersa, jest zatem jedynym badaniem, dzięki któremu możliwe jest zdiagnozowanie tej patologii. Trzeba podkreślić, że endome-



przy użyciu lasera w ramach laparoskopii diagnostycznej<sup>461</sup>. Rodzaj zastosowanej techniki chirurgicznej będzie zależeć od stopnia zaangażowania miednicy mniejszej w endometriozę i w zrosty. I tak według badań w przypadkach lekkiej endometriozy 85,6% pacjentek zostało poddanych laparoskopii przy użyciu lasera<sup>462</sup>, natomiast w przypadkach endometriozy ciężkiej zastosowano laparotomię laserową<sup>463</sup>, która według Hilgersa jest „właściwą procedurą chirurgiczną”<sup>464</sup>.

W praktyce NPT podczas jednej wizyty trwającej około 45–60 minut zostaje podjęty i dogłębnie zbadany jeden przypadek konkretnej pacjentki – podejmuje się wtedy decyzję co do najbardziej właściwego leczenia. Ocenia się, czy konieczne jest zastosowanie zabiegu chirurgicznego, a jeżeli tak, to jaki jego rodzaj byłby najlepszy (bierze się pod uwagę ewentualne komplikacje). Ponadto pokazuje się pacjentce nagranie wideo z laparoskopii, analizuje się ponownie tabele CrMS odnośnie do pewnych biomarkerów, które pozwalają zidentyfikować problemy niepłodności lub przyczyny samoistnych poronień, a także dokonuje się całościowej oceny hormonalnej, badania USG owulacji, wyników ewentualnych biopsji i analizy płynu nasiennego. Wizyta ta pozwa-

---

trioza jest patologią wymagającą interwencji chirurgicznej. Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 275–284.

<sup>461</sup> Zob. punkt 3.1.3 obecnego rozdziału.

<sup>462</sup> Przez laparoskopię laserową rozumie się „terapię laserem, która za pomocą laparoskopu waporyzuje zmiany w błonie śluzowej macicy. Jeśli stosuje się ją właściwie, pozwala przeprowadzić waporyzację endometriozy w sposób bardzo podobny do usunięcia chirurgicznego. Jednak waporyzacja laserem może być wykonywana tylko w przypadkach endometriozy niewielkich rozmiarów. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 169.

<sup>463</sup> „Pozwala ona leczyć także te pacjentki, które są dotknięte endometriozą dużych rozmiarów [...]. Przy endometriozie zaawansowanej trzeba wykonać w części brzusznej nacięcie, które zostanie później zszyte, tak by móc dostać się do jamy miednicy mniejszej i usunąć całą endometriozę. Zabieg ten powinni wykonywać tylko lekarze specjaliści od tej procedury. Jedną z obaw dotyczących laparotomii jest utworzenie się tkanki bliznowatej w następstwie samej procedury chirurgicznej, ale dzieje się to wówczas, gdy wykonują ją lekarze bez specjalizacji w tych technikach (NPT chirurgicznej); w laparotomii prawdopodobieństwo pojawienia się ciężkich zrostów jest znikome”. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 169–170.

<sup>464</sup> T.W. Hilgers, *What is Surgical NaProTECHNOLOGY*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 840.

la zatem omówić szczegółowo podejście czy też strategię terapeutyczną, która jest analizowana i dyskutowana z pacjentką<sup>465</sup>.

Głównym celem NPT chirurgicznej po dokładnym zdiagnozowaniu jest przystąpienie do skutecznej terapii z wykorzystaniem technik operacyjnych, które dają większe możliwości usunięcia patologii z mniejszym powstawaniem zrostów. Hilgers podkreśla, że nie zawsze jest lepiej łączyć z laparoskopią jakąś bardziej badawczą procedurę chirurgiczną. Jedyne wyjątki mogłyby dotyczyć pacjentek wymagających klinowej resekcji jajników, czyli przypadków z jedną obecną patologią, lub gdzie istnieje lekka postać endometriozy, którą można poddać waporyzacji laserem<sup>466</sup> w trakcie laparoskopii. Choć połączenie obu procedur chirurgicznych w jednej interwencji nie jest zbyt trudne i można je odpowiednio zaplanować, to jednak pozostają trudności dotyczące czasu trwania zabiegu. Te połączone procedury mogą wymagać od trzech do czterech godzin (o ile nie więcej), co czyni cały zabieg zbyt długim<sup>467</sup>. Wykazano ponadto, że użycie laparoskopu do bliższego wglądu może ułatwić wskazanie różnych patologii powodujących niepłodność. W tym kontekście Hilgers odwołuje się do doktora Redwine'a, który wprowadził określenie laparoskopii „kontaktowej”<sup>468</sup>, gdzie laparoskop jest umiejscowiony w pobliżu badanych tkanek (w „kontakcie” z nimi), w przeciwieństwie do tradycyjnego podejścia, w którym aparat pozostaje w pewnej odległości. Technika ta, wyjaśnia Hilgers, pozwala na znacznie lepsze zdiagnozowanie, a laparoskop, ponieważ jest używany w nieco inny sposób, będzie w stanie ocenić powierzchnię tkanek miednicy mniejszej<sup>469</sup>.

Jednym z najtrudniejszych aspektów w ocenie płodności jest bowiem zbadanie anatomicznej i funkcjonalnej integralności jajowodów. Standardową procedurą, zastosowaną najwcześniej, jest histerosalpingografia (*Hysterosal-*

<sup>465</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 160.

<sup>466</sup> Terminem tym „określa się użycie lasera i skutki jego działania na tkankę. Tworzy on środowisko, w którym tkanka przekształca się w parę wodną i odpadki komórkowe (*laser plume*). Na ogół kiedy się mówi o energii laserowej, ma się na myśli waporyzację, która powoduje chirurgiczne usunięcie tkanki”. T.W. Hilgers, *Reproductive Anatomy and Physiology...*, dz. cyt., s. 421.

<sup>467</sup> Por. T.W. Hilgers, *What is Surgical NaProTECHNOLOGY*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 840.

<sup>468</sup> Zob. np. pogłębioną prezentację tego pojęcia w: D.B. Redwine, *Distribution of Endometriosis in the Pelvis by Age Groups and Fertility*, *Fertil Steril* 1 (1987), s. 173–175.

<sup>469</sup> Por. T.W. Hilgers, *Diagnostic Laparoscopy: „Near Contact” Approach*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 845–854.

*pingography*, HSG): badanie radiologiczne, w którym wstrzykuje się środek kontrastujący do macicy, a następnie do jajowodów. Kolejna wykorzystywana technika, mniej inwazyjny sposób badania, to histerosalpingografia selektywna (*Selective Hysterosalpingography*, SHSG)<sup>470</sup>: wstrzykuje się płyn do każdego z jajowodów oddzielnie, mierząc ciśnienie w ich wnętrzu. SHSG powstała już w 1966 roku, ale ugruntowała się dopiero niedawno dzięki pracom badawczym, które włączyły do procedury różne aspekty katetyzacji transzyjkowej jajowodów (*Transcervical Catheterization of the Fallopian Tubes*, TCFT)<sup>471</sup>. W 1999 roku doktorzy Hilgers i Yeung przeprowadzili badanie na grupie pacjentek, którym zmierzono ciśnienie wewnątrz jajowodów (*Intratubal Pressure*, ITP) podczas SHSG, zarówno przed, jak i po TCFT<sup>472</sup>.

Na ogół średnie ciśnienie w całkowicie wolnych jajowodach wynosi 0,53 atm (atmosfer), w jajowodach częściowo zablokowanych 1,23 atm, w jajowodach całkowicie zablokowanych – 2,79 atm. Dzięki TCFT można przywrócić ciśnienie do normalnych wartości u kobiet z częściowo zablokowanymi jajowodami, natomiast w przypadku całkowitego zablokowania ciśnienie pozostanie niezmienione (lub tylko lekko obniżone) i potrzebna będzie interwencja chirurgiczna. Jednocześnie należy stwierdzić, że odpowiednia ocena jajowodów u pacjentek z problemami niepłodności jest zawsze trudna, ponieważ nie są one łatwo dostępne. Dzięki metodzie SHSG jednak jest obecnie możliwe dokonanie dokładniejszej oceny. Dzięki NPT, jak twierdzi Hilgers, SHSG zastąpiło tradycyjną HSG jako podejście diagnostyczne<sup>473</sup>.

### 3.3.2. Techniki antyzrostowe

U pacjentek poddanych interwencjom z objawami zrostów w miednicy mniejszej przy użyciu podstawowych technik antyzrostowych NPT w latach 1985–1993 kompleksowy wynik zrostów – w okresie początkowej interwencji

---

<sup>470</sup> „Chodzi o badanie radiograficzne endometrium i obu jajowodów, polegające na wprowadzeniu kateteru do ujścia jajowodu i wstrzyknięciu płynu do każdego z jajowodów, aby mogły być one oceniane oddzielnie”. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 418.

<sup>471</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 162.

<sup>472</sup> Por. T.W. Hilgers – P. Yeung, *Intratubal Pressure Before and After Transcervical Catheterization of the Fallopian Tubes*, *Fertil Steril* 1 (1999), s. 174–178.

<sup>473</sup> Por. T.W. Hilgers, *Selective Hysterosalpingography and Transcervical Catheterization of the Fallopian Tubes*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 902–904.

– wynosił 33,8. Dzięki późniejszej laparoskopii zaobserwowano, że wynik zrostów znacząco się zmniejszył, osiągając poziom 18,1. W latach dziewięćdziesiątych w programie NPT przewidziano większy udział Gore-Texu (teflon) i CoSealu jako bariery antyzrostowej<sup>474</sup>.

W drugim badaniu *follow-up*, przeprowadzonym w latach 1994–2005 na grupie pacjentek, które w momencie początkowej interwencji miały wynik 33,3 (zatem ze statystycznego punktu widzenia niewiele różniący się od poprzedniej grupy), późniejsza laparoscopia wykazała względny wynik zrostów 6,0. Porównując wyniki obu grup, w późniejszej laparoskopii odnotowano kolejne zmniejszenie powstawania zrostów i wynik 6,0, który zgodnie z tym systemem klasyfikacji należy uznać za wynik niski (wobec średniej wynoszącej 3,0). Niedawno – dodaje Hilgers – zostały wprowadzone nowe techniki i wynik względny zrostów obniżył się jeszcze bardziej do poziomu 2,5<sup>475</sup>.

Standardowe metody chirurgicznego leczenia endometriozy, zespołu wielotorbielowatego jajnika i zespołu zrostów w miednicy mniejszej, co oczywiste, wywołują zrosty w znacznie większej liczbie, niż byśmy sobie tego życzyli. Zostało rzeczywiście udowodnione, że laparoscopia chirurgiczna nie zmniejsza zrostów w procedurach ginekologicznych. NPT, która koncentruje się na zapobieganiu zrostom chirurgicznym, pozwala z ufnością podchodzić do głównych procedur chirurgicznych, tak by usunąć nie tylko zrosty obecne, ale także zredukować ryzyko ich nawrotu. Aby tak się stało, potrzeba technik chirurgicznych antyzrostowych, które – jeśli są przeprowadzone poprawnie – dają znakomite rezultaty<sup>476</sup>.

W przeciwieństwie do klasycznej chirurgii chirurgia NPT zwraca szczególną uwagę na cel, czyli przywrócenie naturalnej zdolności ciała. Wszystko to zachodzi dzięki użyciu laparoskopu, SHSG lub nowoczesnych technik laserowych, np. waporyzacji. Równie ważne są podstawowe techniki antyzrostowe z racji ich nowatorskiego sposobu użycia.

---

<sup>474</sup> Por. T.W. Hilgers, *Fundamental Anti-adhesion Surgical Techniques*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 917; T.W. Hilgers, *Near Adhesion-Free Reconstructive Pelvic Surgery: Three Distinct Phases of Progress Over 23 Years*, "Journal of Gynecologic Surgery" 1 (2010), s. 31–40; T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 164; A. Bassa, *NaProTechnology – nadzieją dla niepełnych małżonków...*, dz. cyt., s. 66; T.P. Terlikowski, *Nadzieja na dziecko, czyli cała prawda o naprotechnologii...*, dz. cyt., s. 127.

<sup>475</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 164.

<sup>476</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 164–165.

Powyższy paragraf ukazuje wyraźną różnicę między NPT a innymi metodami naturalnymi. Te ostatnie pozwalają zidentyfikować fazę płodną w cyklu kobiety w celu ukierunkowania stosunków seksualnych, które prawdopodobnie doprowadzą do zapłodnienia w płodnych dniach cyklu. Do metod naturalnych NPT dołącza leczenie farmakologiczne, ale nade wszystko chirurgiczne, aby usunąć przyczyny uniemożliwiające naturalne poczęcie.

### 3.4. Skuteczność NPT

Przejdziemy teraz do przedstawienia rezultatów nowej nauki medycznej o zdrowiu reprodukcyjnym w leczeniu niepłodności. W niniejszym paragrafie pokrótce przytoczymy główne owoce badań, opublikowane w czasopismach naukowych, a przeprowadzonych w różnych częściach świata<sup>477</sup>.

#### 3.4.1. Wyniki uzyskane w USA

W niniejszym rozdziale przedstawiliśmy już niektóre rezultaty, opisując system tabel CrMS w aspekcie skuteczności planowania rodziny (paragraf 3.3.5) lub omawiając we wcześniejszych paragrafach obecnego rozdziału: zespół przedmiesiączkowy (par. 3.2.5); depresję poporodową (par. 3.2.6); nawracające samoistne poronienie (par. 3.2.7); zespół wielotorbielowatych jajników (par. 3.2.8); nietypowe krwawienie (par. 3.2.10); niepłodność męską (par. 3.2.11); interwencje dietetyczne (par. 3.2.12) i interwencje chirurgiczne (punkt 3.3). W tej części natomiast zajmiemy się całościowymi wynikami badań przeprowadzanych w Instytucie Papieża Pawła VI w Omaha.

Odnosnie do oceny sukcesów w leczeniu niepłodności Hilgers przytacza kompleksowe wyniki uzyskanych ciąż, podając odsetek poczęcia dziecka wśród tych par, które kontynuowały leczenie, w relacji do czasu trwania podejmowanych prób. W pierwszym roku procedury terapeutycznej 44% par uzyskało poczęcie; w przeciągu 24 miesięcy było to 62%; wreszcie w okresie czterech lat leczenia – 71%<sup>478</sup>.

---

<sup>477</sup> Istnieją nowsze wyniki badań nad skutecznością NPT, ale zostały opublikowane wyłącznie w Internecie, np. R. Pingitore ([www.libertaepersona.org](http://www.libertaepersona.org), dostęp: 5 marca 2018) lub M. Barczentewicz ([www.restorative-reproductive-medicine.com](http://www.restorative-reproductive-medicine.com), dostęp: 28 lutego 2018).

<sup>478</sup> Por. T.W. Hilgers, *Effectiveness of NaProTECHNOLOGY in Treatment of Infertility*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 681.

Odnośnie do głównych przyczyn niepłodności stwierdzono następujące rezultaty: endometrioza – 45% urodzin w ciągu 12 miesięcy, 65% w ciągu 24 miesięcy, 78% w ciągu 36 miesięcy; PCOS – 40% urodzin w ciągu 12 miesięcy, 65% w ciągu 24 miesięcy, 90% po czterech latach leczenia<sup>479</sup>.

Odnośnie do skuteczności leczenia niepłodności w relacji do diagnozy badanych kobiet Hilgers przytacza następujące wyniki: 81,8% poczęć w przypadku anowulacji (9 na 11); 62,5% wśród kobiet, które miały PCOS (30 na 48 kobiet po resekcji jajników); 56,7% poczęć po leczeniu endometriozy (359 na 633); 38,4% poczęć w przypadku zablokowania jajowodów (brak danych). Ponadto 74,6% par, które nie zdołały doprowadzić do poczęcia, w konsekwencji zdecydowało się adoptować dziecko (brak danych)<sup>480</sup>.

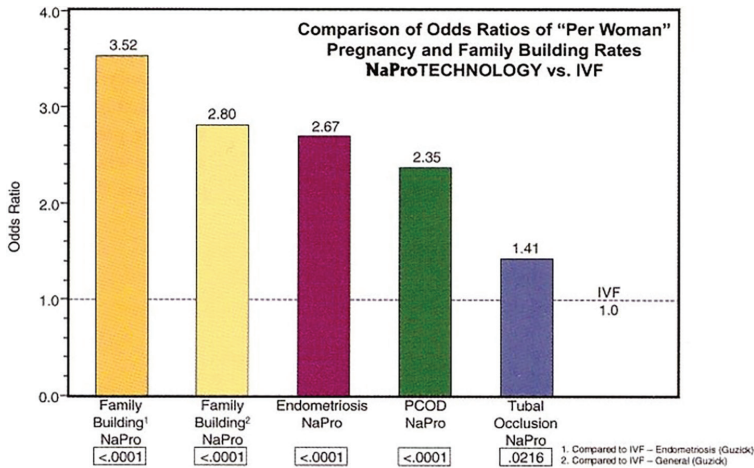
Bardzo interesująco prezentuje się badanie skuteczności NPT w porównaniu z zapłodnieniem *in vitro*. W zestawieniu z badaniami uważanymi w przeszłości za „gold standard” NPT przekroczyła wskaźniki ciąż u pacjentek cierpiących na endometriozę i wielotorbielowate jajniki. Na poniższej ilustracji przedstawiamy zestawienie *odd ratio* między wskaźnikami ciąż „na kobietę”, budowania rodziny za pomocą NPT i zapłodnienia *in vitro*. Pozytywne wyniki przy stosowaniu NPT we wszystkich przypadkach przewyższają te uzyskane przez zapłodnienie *in vitro*, a ponadto zostały zbadane i następnie wyleczone wszystkie patologie, zarówno endokrynologiczne, jak i organiczne<sup>481</sup>.

<sup>479</sup> Por. T.W. Hilgers, *Effectiveness of NaProTECHNOLOGY in Treatment of Infertility*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 682; T.W. Hilgers, *NaProTECHNOLOGY™ nella valutazione e nel trattamento dell'infertilità*, w: Pontificia Accademia per la Vita, *La dignità della procreazione umana e le tecnologie riproduttive. Aspetti etici ed antropologici* (Atti della X Assemblea generale della Pontificia Accademia per la Vita, 20–22 febbraio 2004), LEV, Città del Vaticano 2011, s. 166.

<sup>480</sup> Por. T.W. Hilgers, *Effectiveness of NaProTECHNOLOGY in the Treatment of Infertility*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 691. W okresie prowadzonych badań poradę początkową odnośnie do NPT otrzymało łącznie 1045 par. Wśród tych par zostały zdiagnozowane następujące przyczyny niepłodności: 643 – endometrioza; 158 – zablokowanie jajowodów; 107 – PCOS; 34 – zrosty w miednicy mniejszej; 11 – anowulacja; 82 – przyczyny nieznanne; 10 – azoospermia. Por. T.W. Hilgers, *Effectiveness of NaProTECHNOLOGY in the Treatment of Infertility*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 679.

<sup>481</sup> Por. T.W. Hilgers, *The New Women's Health Science of NaProTECHNOLOGY*, „Archives of Perinatal Medicine” 4 (2011), s. 197.

Schemat 9



[Ilustracja 51-39, s. 691 podręcznika T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt.].

### 3.4.2. Wyniki uzyskane w Irlandii

Pierwszym krajem europejskim, w którym rozpowszechniła się NPT, jest Irlandia. Pierwsze odnotowane poza Ameryką dane na temat skuteczności NPT zostały podane przez lekarzy: J. Stanforda, T. Parnella i P. Boyle'a<sup>482</sup>.

Przeprowadzone przez nich badanie obejmowało 1072 pary, które rozpoczęły leczenie między lutym 1998 roku a styczniem 2002 roku (włącznie), z rezultatami obserwowanymi do 1 lutego. Średni wiek pacjentek wynosił 35,8 lat (przekrój wiekowy między 25 a 48 rokiem życia), mniej więcej jedna trzecia spośród nich (33%) korzystała wcześniej z technik medycznie wspomaganego zapłodnienia i poczęcia. Średni czas prób poczęcia podejmowanych przez pary przed leczeniem NPT wynosił 5,6 roku. Kobiety nauczono zaznaczania biomarkerów płodności za pomocą instrukcji CrMS. Na ich podstawie pary, które poddały się terapii, otrzymały najpierw diagnozę, a następnie rozpoznanie NPT. Z tego rozpoznania wynikało, że ponad połowa kobiet miała suboptymalny poziom surowiczy progesteronu i estradiolu w fazie lutealnej,

<sup>482</sup> Ginekolog i położny, jest konsultantem NPT i jednym ze specjalistów płodności i zdrowia kobiecego w Irlandii. Jest ponadto założycielem Ośrodka Płodności w Galway i uczniem doktora Hilgersa.

około jedna czwarta miała niedostateczną produkcję śluzu szyjkowego, a 10% cierpiało na PCOS<sup>483</sup>.

Najczęściej stosowane terapie obejmowały: klomifen (75,3%), wspomaganie produkcji hormonalnej w czasie fazy lutealnej za pomocą HCG (67%) lub progesteronu (18%) i leków zwiększających produkcję śluzu (71%). Pięćdziesiąt cztery kobiety (5%) poczęły bez interwencji medycznej, wykorzystując jedynie CrMS i ukierunkowane stosunki seksualne, zaplanowane na najbardziej optymalny moment<sup>484</sup>.

Uzyskano 354 klinicznie uznane poczęcia w przeciągu 24 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, co daje następujące skumulowane i surowe wartości procentowe żywych urodzeń: 19,1% na 100 par w przeciągu 12 miesięcy i 25,5% w przeciągu 24 miesięcy. Na koniec *follow-up* skumulowany odsetek pierwszych żywych urodzeń wynosił 27,1% w ciągu 12 miesięcy i 52,8% w ciągu 24 miesięcy. Proporcje dotyczące poczęć (nie uwzględniając ich końcowego rezultatu) były jeszcze wyższe: surowa – 25,9%, zaś 35,5% w odniesieniu do 12 miesięcy; następnie surowa – 33,0%, a 64,8% w odniesieniu do 24 miesięcy. Spośród poczęć uzyskanych w przeciągu dwóch lat i mających jako wynik żywe urodzenia aż 75% (205 na 273) nastąpiło w przeciągu 12 miesięcy, zaś 93% (255 na 273) w przeciągu 18 miesięcy<sup>485</sup>.

Niektóre cechy charakterystyczne par zostały połączone z prawdopodobieństwem żywych urodzeń: proporcja skumulowana żywych urodzeń zmniejszała się wraz ze wzrostem wieku kobiet. U kobiet w wieku ponad 40 lat surowy odsetek wynosił 13,9%. Surowy odsetek skumulowany żywych urodzeń zmniejszał się także wraz ze wzrostem ilości prób poczęcia podejmowanych w przeszłości (36,6% przez czas między 1 rokiem a 3 latami; 11,9% przez czas powyżej 9 lat) i w zależności od ilości wcześniejszych prób urodzeń technikami medycznie wspomaganego zapłodnienia i poczęcia (30,8% – żadnej próby, 10,3% – trzy próby lub więcej). Kobiety z wcześniejszymi urodzeniami odnotowały surowy odsetek skumulowany żywych urodzeń wyższy niż te bez wcześniejszych urodzeń (35,8% wobec 23,1%). Odsetki skorygowane potwierdzają tę samą tendencję, ale nie są wiarygodne jako precyzyjne szacunki, ponieważ

<sup>483</sup> Por. J.B. Stanford – T.A. Parnell – P.C. Boyle, *Outcomes From Treatment of Infertility with Natural Procreative Technology in an Irish General Practice...*, dz. cyt., s. 377.

<sup>484</sup> Por. J.B. Stanford – T.A. Parnell – P.C. Boyle, *Outcomes From Treatment of Infertility with Natural Procreative Technology in an Irish General Practice...*, dz. cyt., s. 378; R. Pignitore – M. Barbato (ed.), *Infertilità non è detta l'ultima parola...*, dz. cyt., s. 129–130.

<sup>485</sup> Por. J.B. Stanford – T.A. Parnell – P.C. Boyle, *Outcomes From Treatment of Infertility with Natural Procreative Technology in an Irish General Practice...*, dz. cyt., s. 378.



większość analiz przeżycia podgrupy obejmuje niewielką liczbę kobiet, które kontynuowały leczenie do 24 miesięcy (mniej niż 25 kobiet). Odsetek par, które porzuciły leczenie, wyniósł 44,6% na 100 par w przeciągu 12 miesięcy i 62,7% w przeciągu 24 miesięcy. Spośród par z żywymi urodzeniami 51 przedłużyło leczenie NPT, uzyskując jako rezultat 47 żywych urodzeń w okresie badania. Jednak przytoczone tutaj rezultaty dotyczą tylko pierwszych poczęć lub pierwszych żywych urodzeń<sup>486</sup>.

### 3.4.3. Wyniki uzyskane w Kanadzie

Po doświadczeniu amerykańskim pierwszym krajem, gdzie utrwaliła się myśl NPT, była Kanada, gdzie w 2012 roku E. Tham wraz ze swymi współpracownikami opublikował analizę swojego doświadczenia.

Badanie zostało przeprowadzone przez zespół lekarzy między sierpniem 2000 roku a lipcem 2006 roku. Dotyczyło 108 par, z których 99 (92%) spełniało kryteria przystąpienia do programu w związku z niepłodnością, natomiast pozostałych 9 (8%) miało wcześniejszą historię dwóch lub więcej samoistnych poronień. Średni wiek uczestniczek wynosił 35,4 lat. Średni czas, w którym pary starały się o poczęcie dziecka przed rozpoznaniem NPT, wynosił 3,2 roku (3,7%), natomiast aż 81 par (75%) próbowało poczęcia przez ponad rok, zanim przystąpiły do leczenia NPT<sup>487</sup>.

Wysoki odsetek kobiet wskazywał na niewytłumaczalną niepłodność (40%) i przynajmniej jedno samoistne poronienie (29%) przed rozpoczęciem NPT. Po rozpoznaniu okazało się, że tylko 1% rzeczywiście był dotknięty niewytłumaczalną niepłodnością, a 2% – niewytłumaczalnymi samoistnymi poronieniami, natomiast 62% kobiet miało niedobór progesteronu, 50% niedobór estrogenów w fazie lutealnej, 50% niedobór estrogenów w fazie folikularnej, a 9% zmniejszoną produkcję śluzu. U wielu kobiet stwierdzono ponadto stan anowulacji i PCOS<sup>488</sup>.

Wśród głównych zastosowanych terapii były: kwas foliowy i witaminy (67%), leki (witamina B6, gwajafenezyna, amoksycyлина, erytromycyna lub klarytromy-

<sup>486</sup> Por. J.B. Stanford – T.A. Parnell – P.C. Boyle, *Outcomes From Treatment of Infertility with Natural Procreative Technology in an Irish General Practice...*, dz. cyt., s. 378–379.

<sup>487</sup> Por. E. Tham – K. Schliep – J.B. Stanford, *Natural Procreative Technology for Infertility and Recurrent Miscarriage: Outcomes in a Canadian Family Practice*, "Canadian Family Physician" 5 (2012), s. 270.

<sup>488</sup> Por. E. Tham – K. Schliep – J.B. Stanford, *Natural Procreative Technology for Infertility and Recurrent Miscarriage: Outcomes in a Canadian Family Practice...*, dz. cyt., s. 270–271.

cyna dla zwiększenia produkcji śluzu szyjkowego (49%), progesteron w fazie lutealnej (49%), gonadotropina kosmówkowa (47%) i klomifen (37%); a wśród interwencji chirurgicznych: laparoscopia (7%) i inne procedury (5%). Wśród par, które poczęły (n=51), 12 (24%) skorzystało wyłącznie z systemu tabel CrMS i odbyło stosunki seksualne w optymalnym czasie, 35 (69%) połączyło CrMS z leczeniem medycznym NPT, a 4 (8%) poczęły z pomocą leczenia chirurgicznego. Odnośnie do poczęć wyniki były następujące: 24 poczęcia klinicznie rozpoznane w ciągu 24 miesięcy od rozpoczęcia leczenia NPT, co daje skumulowany skorygowany odsetek żywych urodzeń (obejmujący porzucenie leczenia, utratę na *follow-up* i kontynuację leczenia do końca okresu *follow-up* badania) w wysokości 66 na 100 par w przeciągu 24 miesięcy<sup>489</sup>.

Odnośnie do pierwszych poczęć, niezależnie od rezultatów, całościowy odsetek skorygowany wynosił 73 na 100 par w przeciągu 24 miesięcy. Na 41 żywych urodzeń w ciągu 24 miesięcy 17 poczęć (41%) nastąpiło w przeciągu 3 miesięcy, 26 w pierwszych 6 miesiącach (63%) i 35 w pierwszych 12 miesiącach (85%). Średni czas poczęcia, które doprowadziło do żywego urodzenia, wynosił 4 miesiące i nie odnotowano urodzeń bliźniaczych lub wielobliźniaczych. 54% urodzeń nastąpiło w 37. tygodniu ciąży lub później, a waga urodzonych dzieci wynosiła 2500 g lub więcej w przypadku 78% noworodków. 57 par nie poczęło po 24 miesiącach, a 56 – po 36 miesiącach<sup>490</sup>.

### 3.4.4. Wyniki uzyskane w Polsce

W odniesieniu do wyników uzyskanych w Polsce przytoczymy badania przeprowadzone przez doktora T. Wasilewskiego<sup>491</sup> i współpracowników, obejmujące ogółem 412 par niepłodnych, które przeszły drogę diagnostyczną i terapeutyczną od stycznia 2009 roku do listopada 2010 roku w Klinice Leczenia Niepłodności NAPROMEDICA w Białymstoku.

Średni wiek pacjentek wynosił 33,7 ( $\pm$  4,3) lat, natomiast kobiety w wieku między 30 a 35 rokiem życia tworzyły najliczniejszą podgrupę objętą

<sup>489</sup> Por. E. Tham – K. Schliep – J.B. Stanford, *Natural Procreative Technology for Infertility and Recurrent Miscarriage: Outcomes in a Canadian Family Practice...*, dz. cyt., s. 271.

<sup>490</sup> Por. E. Tham – K. Schliep – J.B. Stanford, *Natural Procreative Technology for Infertility and Recurrent Miscarriage: Outcomes in a Canadian Family Practice...*, dz. cyt., s. 272.

<sup>491</sup> Jeden z pierwszych w Polsce konsultantów medycznych NPT. Specjalista z dziedziny położnictwa, w szczególności płodności i zdrowia kobiecego. W 2007 roku postanowił zaprzestać stosowania metody zapłodnienia *in vitro*, a w 2009 roku założył ośrodek leczenia niepłodności w Białymstoku.

badaniem, liczącą łącznie 216 pacjentek. Średni czas wcześniejszych prób poczęcia dziecka wynosił 4,9 ( $\pm$  3,3) roku. W całej badanej grupie odsetek poczęć wyniósł 16,99% (70 poczęć na 412 pacjentek), w podgrupie najmłodszych kobiet (25–29 lat) wyniósł on 23,88%, a wśród mniej młodych pacjentek (40–47 lat) – 6,52%. Ogólnie 64% poczęć nastąpiło u par, które wcześniej podejmowały próby w przeciągu 2–5 lat, 24% – w okresie krótszym niż dwa lata, 12% – ponad 6 lat<sup>492</sup>.

W całej grupie 11,7% (n=46) próbowało wcześniej bez powodzenia zapłodnienia *in vitro*, a 29,4% (n=118) – inseminacji wewnątrzmacicznej (IUI). W podgrupie par z pozytywnymi testami ciążowymi 14 par na 70 (20%) próbowało wcześniej różnych technik medycznie wspomaganego zapłodnienia i poczęcia, 5 par – zapłodnienia *in vitro*, a 9 – inseminacji wewnątrzmacicznej (IUI)<sup>493</sup>.

W całej grupie objętej badaniem średni czas trwania leczenia NPT wynosił 8,5 ( $\pm$  6,3) miesiąca. W podgrupie par z poczęciem średni czas między rozpoczęciem leczenia a pozytywnym testem ciążowym wyniósł 6,6 ( $\pm$  5,3) miesiąca – okres znacząco krótszy niż czas podgrupy par bez poczęcia, który wynosił 8,9 ( $\pm$  6,4) miesiąca. W grupie 70 par (1,43%), które uczestniczyły w leczeniu przez okres 23 miesięcy, zaobserwowano jedną ciążę bliźniaczą<sup>494</sup>.

Z tego badania wynika, że średni czas leczenia NPT wynosił 6,6 miesiąca; 17% kobiet w grupie podejmującej próby poczęcia dziecka w średnim okresie 4,9 ( $\pm$  3,3) lat uzyskało ciążę. W interpretacji tych danych należy zauważyć, że w średniej statystycznej 6,6 miesiąca ujęte są 3 miesiące procedur diagnostycznych i obserwacji CrMS oraz 3,6 miesiąca rzeczywistej interwencji medycznej ze wspomaganiami farmakologicznymi i zmianami stylu życia. Kolejnym aspektem godnym uwagi jest to, że poczęcie nie gwarantuje urodzenia żywych dzieci, zatem w związku z brakiem dostępnych danych z racji krótkiego okresu obserwacji powyższe wyniki są przedstawiane jako wstępne. Ponadto optymalne byłoby przypisanie wszystkich tych poczęć leczeniu, jednak

<sup>492</sup> Por. T. Wasilewski et al., *Results of Treatment of 412 Infertile Couples. Two Years of Experience with Natural Procreative Technology Therapy, Preliminary Data*, SMHS 3 (2011), s. 50.

<sup>493</sup> Por. T. Wasilewski et al., *Results of Treatment of 412 Infertile Couples. Two Years of Experience with Natural Procreative Technology Therapy, Preliminary Data...*, dz. cyt.

<sup>494</sup> Por. T. Wasilewski et al., *Results of Treatment of 412 Infertile Couples. Two Years of Experience with Natural Procreative Technology Therapy, Preliminary Data...*, dz. cyt., s. 52.

naależy wziąć pod uwagę możliwość samoistnego wyzdrowienia, jak to zresztą dzieje się we wszystkich terapiach niepłodności<sup>495</sup>.

W warunkach naturalnych większość ciąży – twierdzi doktor Wasilewski – następowała w pierwszych sześciu cyklach dzięki stosunkom seksualnym w dniach płodnych (80%). Jednak u jednej pary na dwie trzeba zakładać, że nadal istnieje niepłodność, choć po 12 cyklach z negatywnym wynikiem odsetek urodzeń żywych dzieci bez żadnego leczenia będzie wynosił około 55% w przeciągu 36 miesięcy. Zaobserwowano możliwość poczęcia także po niepowodzeniu prób podejmowanych technikami medycznie wspomaganego zapłodnienia i poczęcia, przy zastosowaniu między innymi zapłodnienia *in vitro* i IUI (czyli 20% par leczonych NPT). Jak stwierdza Wasilewski, wskazuje to, że potencjał rozrodczy nie został zoptymalizowany przed zastosowaniem technik medycznie wspomaganego zapłodnienia i poczęcia<sup>496</sup>.

W odniesieniu do wszystkich statystyk, wyników, analiz trzeba mieć na uwadze – dodaje Hilgers – że dla oceny odsetka sukcesów NPT można użyć analizy krzywej przeżycia, odsetka ciąży i płodności „na kobietę”, a także odsetka ciąży na cykl (zwoleńnicy technik medycznie wspomaganego zapłodnienia i poczęcia stosowali niemal wyłącznie te dane). Tym, co często bywa przemilczane, jest obniżony odsetek niepłodności na cykl i wysoki odsetek przerwania tych ciąży, co znacząco obniża całościowy odsetek ciąży „na kobietę”<sup>497</sup>.

W świetle przytoczonych wyżej analiz badań możemy wyciągnąć kilka wniosków. Nade wszystko liczba kobiet, które ostatecznie uzyskuje ciążę dzięki NPT, przekracza liczbę tych, które ją uzyskują za pomocą jednej z technik medycznie wspomaganego zapłodnienia i poczęcia. Choć czas na osiągnięcie tego rezultatu może być długi, to jednak realny cel w postaci uzyskania ciąży jest częściej realizowany dzięki NPT.

Ponadto przewiduje się, że wyliczone wyżej odsetki sukcesów NPT mogą się jeszcze poprawić w przyszłości, ponieważ będzie następował postęp w technikach chirurgicznych. W ten sposób stopniowo zwiększy się także zdolność leczenia różnych dysfunkcji zdrowia reprodukcyjnego.

Podsumowując to, co zostało powiedziane w obecnym rozdziale, możemy stwierdzić, że NPT jest gałęzią medycyny ginekologiczno-endokrynologicz-

<sup>495</sup> Por. T. Wasilewski et al., *Results of Treatment of 412 Infertile Couples. Two Years of Experience with Natural Procreative Technology Therapy, Preliminary Data...*, dz. cyt., s. 52–53.

<sup>496</sup> Por. T. Wasilewski et al., *Results of Treatment of 412 Infertile Couples. Two Years of Experience with Natural Procreative Technology Therapy, Preliminary Data...*, dz. cyt., s. 53.

<sup>497</sup> Por. T.W. Hilgers, *Effectiveness of NaProTECHNOLOGY in the Treatment of Infertility*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 692.

no-chirurgicznej, która starannie kontroluje stan zdrowia kobiet. Opiera się przede wszystkim na poszukiwaniach przyczyn, które oddziałują na normalną płodność, tak aby przywrócić naturalną fizjologię rozrodczą, która z różnych racji została zaburzona.

NPT, choć we wspomaganiu płodności bierze za punkt wyjścia pogłębione poznanie cyklu menstruacyjnego dostarczone przez CrMS, nie pomija diagnozy i leczenia niepłodności męskiej, stanowiąc połączenie różnych aktualnych metod.

W celu leczenia niepłodności NPT wykorzystuje ginekologię, stosując terapie farmakologiczne lub uciekając się do chirurgii. Środowisko takiego poznania definiuje godność osoby i powinności wynikające z etyki, co będzie stanowić temat następnego rozdziału.



# Rozdział IV

## Ku ocenie etycznej

Ostatnim celem naszego studium będzie omówienie *NaProEthics*<sup>498</sup>. Jest to „nauczanie Kościoła katolickiego i odniesienie go do medycyny prokreacyjnej, do kwestii rozrodczości”<sup>499</sup>.

Prezentację implikacji moralnych NPT wynikających z personalistycznej wizji człowieka zaczniemy od opisu podstawowego kryterium przekazywania życia, czyli godności. Na tym kryterium opierają się podstawowe prawa wszystkich osób działających w tej dziedzinie. Następnie uwypuklimy elementy opisujące wartości ludzkiej płciowości oraz ukażemy, w jaki sposób nowy styl życia proponowany przez NPT kształtuje więź małżeńską. Przedstawimy również kulturę NPT, która przyczynia się do kształtowania sumień, stwarzając cywilizację miłości i życia.

### 4.1. Godność prokreacji

Panowanie człowieka nad światem stworzonym dąży do integralnego rozwoju każdej istoty ludzkiej i całej ludzkiej wspólnoty. Panowanie to powinno opierać się nie tyle na ustanawianiu prawodawstwa, ile raczej na rozpoznawaniu praw natury, zwłaszcza naturalnego prawa moralnego. Jednak w ostatnich dekadach, jak słusznie zauważył już Paweł VI w *Humanae vitae*, dokumencie stanowiącym podstawę dla proponowanej tu przez nas oceny etycznej, „[...] człowiek dokonał tak zdumiewającego postępu w opanowaniu i racjonalnym

---

<sup>498</sup> Za projekt *NaProEthics* w Instytucie Papieża Pawła VI odpowiada siostra Renée Mirkes.

<sup>499</sup> Por. T.P. Terlikowski, *Nadzieja na dziecko, czyli cała prawda o naprotechnologii...*, dz. cyt., s. 145.

wykorzystaniu sił przyrody, że usiłuje rozszerzyć to panowanie na całe swoje życie, a więc na swój organizm, na swe duchowe uzdolnienia, na życie społeczne, wreszcie na same prawa, rządzące przekazywaniem życia<sup>500</sup>.

Niemniej panowanie nad ciałem i zdolnością prokreacyjną człowieka wciąż ma swoje granice. Kwestie te podjął już Paweł VI, kiedy stwierdził: „[...] trzeba koniecznie uznać pewne nieprzekraczalne granice władzy człowieka nad własnym ciałem i jego naturalnymi funkcjami, granice, których nikt nie ma prawa przekraczać: ani osoba prywatna, ani władza publiczna”<sup>501</sup>. W tym samym dokumencie papież oświadczył ponadto: „Jak bowiem człowiek, ogólnie biorąc, nie posiada nieograniczonej władzy nad swoim ciałem, tak również – i to w zgoła szczególniejszy sposób, nie ma on jej nad zdolnością rozrodczą, ponieważ z natury swojej odnosi się ona do przekazywania życia ludzkiego, którego początkiem jest sam Bóg”<sup>502</sup>. Dlatego Kościół broni niezmiennych norm moralnych. Tylko w posłuszeństwie uniwersalnym normom moralnym człowiek znajduje pełne potwierdzenie swej jedyności jako osoby, swej pełnej godności oraz możliwości prawdziwego wzrostu moralnego<sup>503</sup>. Właśnie dlatego posługa, jaką pełni Kościół w poszukiwaniu prawa naturalnego, jest adresowana do wszystkich ludzi.

Szczególnego znaczenia nabierają normy moralne w dziedzinie przekazywania życia, zwłaszcza w odniesieniu do metod wspomagających prokreację. Z punktu widzenia teologii moralnej podstawowym kryterium zawsze pozostaje godność<sup>504</sup> i świętość każdej istoty ludzkiej, uznawane integralnie we wszystkich wymiarach jej egzystencji<sup>505</sup>.

<sup>500</sup> HV, nr 2.

<sup>501</sup> HV, nr 17.

<sup>502</sup> HV, nr 13.

<sup>503</sup> Por. Jan Paweł II, *Veritatis splendor* (6 sierpnia 1993), Encyklika o niektórych podstawowych problemach nauczania moralnego Kościoła, nr 96.

<sup>504</sup> Znając różne rozumienia godności, warto podkreślić, że w naszej pracy mówimy o godności *istotowej*, czyli wartości, którą istota ludzka ma w sobie po prostu jako człowiek, a nie dopiero za sprawą cnót czy przynależności do warstwy społecznej itd. Godność rozumiana w takim sensie jest ściśle związana z człowiekiem, przynależy do niego z natury, a człowiek jest nią obdarzony na mocy samej swej „gołej” egzystencji. Godność (podobnie jak wynikające z niej prawa) pozostaje więc niezmienną bez względu na stan, w jakim dana osoba konkretnie się znajduje. Ma ona zatem wymiar uniwersalny i żadna istota ludzka jako taka nie jest ani nie może być jej pozbawiona. Por. D.P. Sulmasy, *Dignity and Bioethics: History, Theory and Selected Applications*, w: *Human Dignity and Bioethics*, ed. President's Council on Bioethics, Washington D.C., 2008, s. 469–504.

<sup>505</sup> Por. Kongregacja Nauki Wiary, *Dignitas personae* (8 września 2008), Instrukcja dotycząca niektórych problemów bioetycznych, nr 7.



W instrukcji *Donum vitae* o niektórych zagadnieniach bioetyki, wydanej w 1987 roku przez Kongregację Nauki Wiary, znajduje się naglący apel, „[...] aby w interwencjach dotyczących przekazywania życia zostały zachowane prawa i wartości osoby ludzkiej”<sup>506</sup>. Prawa człowieka, bezpośrednio wypływające z samej jego natury, konstytuują i pozwalają zachować godność, która jest kluczowym pojęciem w przekazywaniu życia. Rozważymy to z punktu widzenia osób zaangażowanych w przekazywanie życia: nieletnich<sup>507</sup>, rodziców i personelu medycznego.

#### 4.1.1. Godność nieletnich

Z centralnego pojęcia godności i świętości istoty ludzkiej w procesie przekazywania życia wynikają liczne i bardzo ważne „postulaty”. Podstawowe spośród nich omówimy poniżej.

##### 4.1.1.1. Prawo do bycia poczętym w małżeństwie

Kiedy mówimy o prawach embrionu, jako pierwsze i podstawowe przychodzi na myśl prawo do życia. Niewątpliwie jest tak, że każdy ma prawo do „ludzkiego” poczęcia. Chodzi w pewnym sensie o prawo, które rzutuje na przyszłość jego egzystencji – prawo, które nie dotyka tego, kto jest jego podmiotem aktualnie, ale kto dopiero stanie się jego podmiotem, już przez samą intencję kładąc podwaliny pod jego status człowieczeństwa. Mówiąc inaczej: każda istota ludzka ma prawo do bycia poczętą przez „prawdziwego” ojca i „prawdziwą” matkę, to znaczy w zespoleńiu dwojga osób, w ich wzajemnym darze<sup>508</sup>. Dlatego w *Donum vitae* czytamy: „Dziecko ma prawo do tego, by zostać poczętym, by być noszonym w łonie, narodzonym i wychowywanym w małżeństwie. Przez bezpieczne i uznane odniesienie do własnych rodziców może ono odkryć własną tożsamość i czynić dojrzałą swoją ludzką formację”<sup>509</sup>. Nieco dalej ten sam tekst, potwierdzając naukę zawartą w *Familiaris consortio*, do-

<sup>506</sup> DV Wstęp, nr 1.

<sup>507</sup> Definicja statusu nieletniego obejmuje życie prenatalne, sięgając aż do momentu poczęcia. Dzięki temu uściśleniu w zakres kategorii „nieletnich” wchodzi: embriony, płody, noworodki, dzieci i małeoltni. Por. L. Palazzini, *L'interesse del minore tra bioetica e biodiritto*, Edizioni Studium, Roma 2010, s. 9.

<sup>508</sup> Por. S. Leone, *Diritti dell'embrione*, w: *Bioetica fondamentale e generale*, ed. G. Russo, SEI, Torino 1995, s. 571–572.

<sup>509</sup> DV II, A, nr 1.

daje: „Rodzice znajdują w dziecku potwierdzenie i uzupełnienie ich wzajemnego oddania”<sup>510</sup>.

Prawda ta jest respektowana przez personel CrMS, kiedy do procedury NPT w celu uzyskania ciąży przystępuje para niepołączona węzłem małżeńskim. Wyjaśnimy teraz tę podstawową zasadę podejścia NPT, której program rozpoznania i leczenia jest skierowany do par małżeńskich. Prawo naturalne uczy – a potwierdzają to badania psychologiczne i socjologiczne, że dzieci znajdują tak bardzo im potrzebne poczucie bezpieczeństwa przede wszystkim w świadomości, że zostały poczęte dzięki aktom seksualnym swoich rodziców. Po drugie, poczęcie, ciąża oraz bycie włączonym do rodziny i bycie częścią rodziny jest ważne nie tylko dla dobrego samopoczucia dzieci, ale również dla zdrowego i dobrze funkcjonującego ładu społecznego i rodzinnego. Po trzecie, dla trwałości społeczeństwa istotne jest, aby rodzice poczynali swoje dzieci w ramach trwałego małżeństwa monogamicznego oraz aby byli również wspierani przez prawo publiczne, które nakreśla zakres odpowiedzialności rodziców w stosunku do dzieci<sup>511</sup>.

NPT, respektując zasadę, że dziecko – jak zostało przypomniane – ma prawo „być owocem właściwego aktu miłości małżeńskiej swoich rodziców”<sup>512</sup>, nie jest nigdy środkiem do zaspokojenia pragnienia dorosłych, ale należy je traktować jako dar<sup>513</sup>. Instrukcja *Donum vitae* potwierdza tę prawdę, odwołując się do *Gaudium et spes* (nr 50): „Prawdziwe i właściwe prawo do dziecka sprzeciwiałoby się jego godności i naturze. Dziecko nie jest jakąś rzeczą, która należałaby się małżonkom i nie może być uważane za przedmiot posiadania.

---

<sup>510</sup> DV II, A, nr 1. Por. FC, nr 14; Franciszek, *Amoris laetitia* (19 marca 2016), Posynodalna adhortacja apostolska o miłości w rodzinie, nr 80 [dalej: AL].

<sup>511</sup> Por. *Book II...*, dz. cyt., s. 182; T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 232–233; C.E. Keefe – R. Mirkes – P. Yeung, *The Evaluation and Treatment of Cervical Factor Infertility. A Medical-Moral Analysis*, “The Linacre Quarterly” 4 (2012), s. 416. Istnieją sytuacje, w których pary niezwiązane węzłem małżeńskim przystępują do NPT, aby uzyskać poczęcie dziecka. Ponieważ w NPT nie można oddzielić NaProEthics od całego podejścia medycznego, para zostaje od samego początku zachęcana do uregulowania własnego życia małżeńskiego, aby – gdy rezultatem leczenia będą narodziny dziecka – mogło ono liczyć na matkę i ojca związanych węzłem małżeńskim. W innych sytuacjach (bardziej skomplikowanych) personel NPT stara się mierzyć z tymi okolicznościami w sposób zindywidualizowany, tak aby móc zaoferować skuteczne rozwiązanie.

<sup>512</sup> DV II, B, nr 8.

<sup>513</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 233.

Jest raczej darem, i to «największym»<sup>514</sup>. W związku z tym przywołajmy ważną uwagę Barcentewicza, który dzieli się swoim doświadczeniem: „W czasie dwuletniej formacji, prowadzonej za pomocą diagnozy i leczenia, 75% par niepłodnych, które z różnych racji nie mogły uzyskać ciąży, zdecydowało się realizować swoją płodność przez adopcję»<sup>515</sup>. Należy ponadto podkreślić, że w przekazywaniu życia rodzice stają się współpracownikami Boga-Stwórcy. Człowiek uczestniczy tylko w *procreatio*, natomiast stwarza sam Bóg<sup>516</sup>. Z tych racji należy uznać za niemoralne wszystkie techniki wspomagające, zarówno odbywające się wewnątrz ciała, jak i na zewnątrz. Te same powody wykluczają dostęp do technik kobietom niezamężnym i parom homoseksualnym, jak również kobietom zamężnym, które są w okresie menopauzy. Zakazane są również macierzyństwo zastępcze oraz inseminacja *post mortem*<sup>517</sup>.

#### 4.1.1.2. Prawo do życia oraz do integralności fizycznej i genetycznej

Na bazie godności ludzkiej każda osoba ma prawo do życia. Jest to podstawowe prawo każdej istoty ludzkiej od samego jej początku<sup>518</sup>. Tylko człowiek może być podmiotem innych i bardziej szczegółowych praw.

Jeśli refleksja biologiczna i filozoficzna prowadzi nas do uznania embrionu ludzkiego za jednostkę gatunku ludzkiego i – z ontologicznego punktu widzenia – za osobę ludzką<sup>519</sup>, to w konsekwencji należy uznać, że przysługują mu podstawowe prawa, nade wszystko „prawo do życia i do integralności fi-

<sup>514</sup> DV II, B, nr 8. Por. N. Ejtmowicz, *Etyczna ocena NaProTECHNOLOGY™ na tle sztucznych technik prokreacyjnych*, ŻiP 3 (2011), s. 98.

<sup>515</sup> M. Barcentewicz, *NaProTECHNOLOGY™ – nowa wizja NPR w Polsce: diagnostyka i leczenie niepłodności...*, dz. cyt., s. 88.

<sup>516</sup> Współpraca ludzka implikuje pewną transcendentną nowość – istotny element, który pochodzi nie od mężczyzny lub kobiety, lecz od Boga Stwórcy, i jest określany mianem duszy. Bez duszy nie ma człowieka, ponieważ dusza jest formą, która daje istnienie i tworzy jedność elementów. Rodzice przekazują w spadku ludzki genom jednostki, ale nie mogą dać duszy. Ona bowiem, obecna w każdej jednostce, może pochodzić wyłącznie od samego Boga. Por. Papieska Rada ds. Rodziny, *Rodzina a ludzka prokreacja*, tłum. K. Lubowicki, Fundacja Vita Familiae, Warszawa 2008, nr 14.

<sup>517</sup> M.P. Faggioni, *La vita nelle nostre mani...*, dz. cyt., s. 330.

<sup>518</sup> Por. Jan Paweł II, *Evangelium vitae* (25 marca 1995), Encyklika o wartości i nie-naruszalności życia ludzkiego, nr 60; AL, nr 83.

<sup>519</sup> Prawda ta jest uznawana i akceptowana przez NPT. Por. T.W. Hilgers, *Reproductive Anatomy and Physiology...*, dz. cyt., s. 85–92.

zycznej każdej istoty ludzkiej od poczęcia aż do naturalnej śmierci”<sup>520</sup>. Należy zatem rozciągnąć ochronę przyznaną dzieciom, chorym, upośledzonym fizycznie i psychicznie również na embrion ludzki. Życie zarodka i płodu trzeba chronić przed wszystkim, co może mu szkodzić lub go niszczyć. Należy go otoczyć opieką jak każdą inną istotą ludzką<sup>521</sup>. Chodzi nie tyle o stworzenie jakiegoś szczególnego prawa, lecz o dostosowanie prawa już istniejącego do szczególnych przypadków, to znaczy należy je przyznać zarodkowi i płodowi ludzkiemu, respektując jego prawo do życia i zdrowia, jak również zakazując wszelkich interwencji, które nie byłyby podjęte wyłącznie dla jego dobra. W związku z tym słuszna jest uwaga S. Leonego (lekarza i znakomitego teologa moralisty), który dodaje: „Życie embrionu ludzkiego, tak jak życie człowieka już urodzonego, powinno być uznane za nienaruszalne i wolne od jakiegokolwiek wykorzystania do celów zewnętrznych, również do naukowych czy medycznych poszukiwań eksperymentalnych, dostarczania komórek czy tkanek dla celów farmakologicznych lub związanych z przeszczepami, bądź dla wytwarzania (klonowania i tworzenia chimer) innych istot ludzkich”<sup>522</sup>.

Aby ocenić wszystkie kwestie moralne związane z interwencjami na ludzkim embrionie, trzeba odwołać się do podstawowego kryterium etycznego wyrażonego w instrukcji *Donum vitae*: „Owoc przekazywania życia ludzkiego od pierwszej chwili swojego istnienia, a więc od utworzenia się zygoty, wymaga bezwarunkowego szacunku, który moralnie należy się każdej istocie ludzkiej w jej integralności cielesnej i duchowej. Istota ludzka powinna być szanowana i traktowana jako osoba od chwili swojego poczęcia i dlatego od tej samej chwili należy jej przyznać prawa osoby, a wśród nich nade wszystko nienaruszalne prawo każdej niewinnej istoty ludzkiej do życia”<sup>523</sup>.

Szanując te prawa, NPT zupełnie różni się od tego, co dzieje się w przypadku zapłodnienia *in vitro*. Pierwsza kwestia dotyczy samoistnych poronień

---

<sup>520</sup> DP, nr 12.

<sup>521</sup> Por. F. Alberca, *Bioetica oltre i confini della scienza*, Edizioni Scientifiche Italiane, Roma 2015, s. 168.

<sup>522</sup> S. Leone, *Diritti dell'embrione*, w: *Bioetica fondamentale...*, dz. cyt., s. 573. Por. American Academy of FertilityCare, *Code of Ethics. Principles and Standards of Professional Conduct for the FertilityCare Provider*, St. Louis 2001, nr 2.1. [Kodeks Etyczny obowiązuje również personel NPT. Został przyjęty przez członków *American Academy of Natural Family Planning* w 1983 roku, a następnie w 1989 roku uzyskał zatwierdzenie ze strony arcybiskupa St. Louis, J.L. Maya. Po przekształceniu organizacji w *American Academy of FertilityCare Professionals* uzyskał ponownie zatwierdzenie ze strony arcybiskupa St. Louis, J. Rigalego w 2003 roku]. Zob. Apendyks B.

<sup>523</sup> DV I, nr 1.

i niszczenia embrionów. Profesor Faggioni, specjalista na polu bioetyki, podkreśla, że dziś jedną z nowych form aborcji jest wynikające z przesłanek eugenicznych świadome niszczenie embrionów wytworzonych za pomocą technik zapłodnienia *in vitro*. W tego rodzaju praktykach chodzi bowiem o pozbawianie życia niewinnych istot ludzkich<sup>524</sup>. Do tego tematu należy dodać także bulwersującą praktykę redukcji embrionów w przypadku implantów mnogich. Po selekcji przeprowadza się tylko dwa lub trzy na cykl, aby uniknąć ciąży mnogich, ryzykownych dla matki i potomstwa. Jeśli implantowane embriony są zbyt liczne, stosuje się „redukcję”, która w rzeczywistości jest aborcją jednego lub więcej embrionów<sup>525</sup>.

Druą kwestia dotyczy losu embrionów nadliczbowych. Również z tej racji pozostaje utrzymana dezaprobata dla technik zapłodnienia *in vitro*. Pojawia się pytanie, co należy zrobić z nadliczbowymi i zamrożonymi embrionami, których matka nie chce więcej przyjąć. Do tej pory nie znaleziono zadowalającego rozwiązania tego problemu, a wyklucza się jako rodzaj „terapii niepłodności” wszelką formę komercjalizacji bądź adopcji ze strony pary, w której kobieta miałaby donosić ciążę adoptowanego zarodka utworzonego techniką *in vitro*. Ponadto zapłodnienie heterologiczne stwarza coraz większe problemy moralne, ponieważ albo jedno, albo żadne z dwojga przyszłych rodziców nie uczestniczyłoby w poczęciu, w sensie dania do dyspozycji własnego materiału genetycznego (plemnik i komórki jajowej). Także matka adopcyjna mogłaby być porównywana z matką zastępczą (surogatką), chociaż po zakończeniu ciąży dziecko pozostawałoby dzieckiem matki, która ciążę nosiła<sup>526</sup>.

Oceniając różne propozycje rozwiązania tego problemu, *Dignitas personae* stwierdza, że choć taka forma jest „godna pochwały co do intencji uszanowania i obrony życia ludzkiego, niesie ze sobą wiele problemów”<sup>527</sup>.

W leczeniu niepłodności NPT wykorzystuje się podejścia diagnostyczne i terapeutyczne, które opierają się na całkowicie odmiennej filozofii niż te stosowane we współczesnej medycynie reprodukcyjnej. W NPT prawo do życia i integralność dziecka (które nigdy nie może być traktowane jako środek, lecz zawsze jako cel) są podstawowymi zasadami<sup>528</sup>.

<sup>524</sup> Por. M.P. Faggioni, *La vita nelle nostre mani...*, dz. cyt., s. 327–328.

<sup>525</sup> Por. A. Bompiani et al., *La cosiddetta riduzione embrionale sotto il profilo assistenziale ed etico*, *MedMor* 45 (1995), s. 223–258.

<sup>526</sup> Por. M.P. Faggioni, *La vita nelle nostre mani...*, dz. cyt., s. 329.

<sup>527</sup> DP, nr 19 [kursywa w dokumencie].

<sup>528</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., rozdz. 20; American Academy of FertilityCare, *Code of Ethics...*, dz. cyt., nr 1 (zob. Apendyks B); N. Ejtymowicz, *Etyczna ocena NaProTECHNOLOGY™ na tle sztucznych technik prokreacyj-*

## 4.1.2. Godność rodziców

### 4.1.2.1. Podejście holistyczne

Naturalna regulacja wypracowana przez profesora Hilgersa nie tylko respektuje rytm biologiczny, ale – stosując się do zasad bioetyki personalistycznej oraz nauczania Magisterium Kościoła o przekazywaniu życia – stara się odpowiedzieć na prawdę osoby w jej intymnej jedności psychiczno-cieleśnej<sup>529</sup>. Jedność ta, jak zauważa Jan Paweł II, nigdy nie daje się sprowadzić jedynie do zespołu mechanizmów biologicznych. Jego zdaniem, tylko w kontekście wzajemnej i całkowitej miłości małżonków można przeżywać wydarzenie zrodzenia w całej jego godności<sup>530</sup>.

Głównym elementem Kodeksu Etycznego osób zaangażowanych w NPT jest traktowanie każdej osoby jako rzeczywistości integralnej. Dlatego każda interwencja wobec osób cierpiących z powodu niepłodności ma taki charakter, by przyczynić się do całościowego dobra człowieka. Ostatecznym celem poszukiwań naukowych w NPT jest cały człowiek, jego duch i ciało<sup>531</sup>.

W tej wizji osoby płciowość ma swoje szczególne znaczenie. Stosowanie CrMS rzeczywiście wymaga, aby przyjąć określony rodzaj postępowania. Na przykład para, która zamierza uniknąć ciąży, musi okresowo powstrzymać się od aktu seksualnego. Postawa ta nie jest traktowana jako „skutek uboczny” lub „komplikacja systemu”, lecz jako główny składnik postępowania, aby odkryć pełnię płciowości i poznać jej „głęboką duszę”<sup>532</sup>.

---

*nich...*, dz. cyt., s. 96. W tym miejscu mówiliśmy o prawach nieletnich, ale istnieją też prawa odnoszące się do rodziców. Podkreślimy tutaj dwa z nich, które są ważne w świetle nauczania Kościoła: prawo do przekazywania życia ludzkiego (por. HV, nr 3) i prawo do wychowania potomstwa (por. GE, nr 3; FC, nr 28).

<sup>529</sup> Por. T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 23.

<sup>530</sup> Por. Giovanni Paolo II, *Messaggio ai partecipanti al convegno internazionale sulla regolazione naturale della fertilità e cultura della vita* (28 gennaio 2004), nr 2, w: *InsegnGPII*, t. XXVII/1, LEV, Città del Vaticano 2006, s. 113–115; tu: s. 114.

<sup>531</sup> Por. R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical...*, dz. cyt., s. 30; B.E. Jemelka – D.W. Parker – R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and Conscientious OB/GYN Medicine*, „Virtual Mentor” 3 (2013), s. 216.

<sup>532</sup> T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 6. W tym nurcie myślowym sytuuje się także: K. Knotz, *Akt małżeński – specyfika współżycia w okresie płodnym i niepłodnym*, *ŻiP* 1 (2007), s. 27–35.

Ponadto w NPT płodność jest obserwowana i studiowana jako składnik raczej zdrowia niż choroby. Traktuje się ją jako dobro, a nie ciężar, jako coś, z czym należy współpracować, a nie jako coś wrogiego. Prowadzi ona do poszanowania ciała współmałżonka<sup>533</sup>.

Dlatego w CrMS „zwracanie się do kobiet i udzielanie im instrukcji na temat ich cyklu menstruacyjnego oraz cyklu płodności, jak również pomaganie im w odkrywaniu zdolności wpisanych w ich cykl pozwala lekarzowi traktować je holistycznie. NPT jest nauką medyczną w służbie osoby i nie tylko zachęca pacjentkę do współpracy w stawianiu diagnozy i leczeniu w wymiarze prokreacyjnym, ale również czyni ten udział integralną częścią tejże metody”<sup>534</sup>.

Tak więc utożsamiamy osobę *in toto* z istotą ludzką, we wszystkich jej wymiarach – fizycznym, psychicznym i duchowym – od poczęcia do śmierci. Ona bowiem przekracza rzeczywistość doczesną i ze względu na wyróżniającą ją ducha otwiera się na wieczność<sup>535</sup>.

#### 4.1.2.2. Wspomaganie aktu małżeńskiego

Zgodnie z naturalną prokreacją zjawisko przekazywania życia powinno szanować godność osobową małżonków<sup>536</sup>. Magisterium Kościoła uczy, że technika nie powinna zastępować aktu małżeńskiego, ale może stanowić dla niego ułatwienie i wsparcie w perspektywie uzyskania jego naturalnego celu<sup>537</sup>.

Już Pius XII pomaga nam zrozumieć stanowisko Urzędu Nauczycielskiego Kościoła katolickiego, kiedy tak wypowiada się na ten temat:

Akt małżeński w swej naturalnej strukturze jest działaniem osobowym, jednoczesną i bezpośrednią współpracą małżonków, która ze względu na samą naturę działających i właściwość aktu jest wyrazem wzajemnego daru, który według słowa Pisma urzeczywistnia zjednoczenie „w jednym ciele”. Jest to coś znacznie więcej niż zjednoczenie dwóch załączków, które można przeprowadzić także sztucznie,

<sup>533</sup> Por. T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 22–23.

<sup>534</sup> T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 23.

<sup>535</sup> Por. E. Sgreccia – M.L. di Pietro, *La persona e il modello personalista*, w: *Bioetica. Manuale per i Diplomi Universitari della Sanità*, ed. E. Sgreccia – A.S. Spagnolo, Vita e Pensiero, Milano 1999, s. 155.

<sup>536</sup> Por. American Academy of FertilityCare, *Code of Ethics...*, dz. cyt., nr 2 (zob. Apendyks B).

<sup>537</sup> Por. DV II, B, nr 6.

to znaczy bez naturalnego działania małżonków. Akt małżeński, uporządkowany i zamierzony przez naturę, jest osobową współpracą, do której małżonkowie przy zawarciu ślubu udzielają sobie nawzajem prawa<sup>538</sup>.

Dostrzegamy tutaj oznaki personalistycznej koncepcji płciowości. Papież wskazuje na akt małżeński jako czynność osobową i współpracę albo wyraz wzajemnego daru. Akt małżeński nie może być czynnością czysto biologiczną, jako pomieszenie elementów biochemicznych, ani aktem właściwym dla produkcji przedmiotów. Aby stać się aktem osobowym, prokreacja powinna być realizowana przez dar małżonków, który wykracza ponad fakt wyłącznie biologiczny i którego nie można stawiać na równi z jakąś techniką typu produkcyjnego albo ze zwykłym połączeniem gamet<sup>539</sup>.

Kolejno, po ukazaniu się encykliki *Humanae vitae*<sup>540</sup>, w instrukcji *Donum vitae* zostaje potwierdzone i wyjaśnione katolickie stanowisko w kwestii ochrony fizyczno-duchowej jedności aktu małżeńskiego, w wyniku czego interwencja ginekologa jest dozwolona pod warunkiem, że wspomaga ona skuteczność tego aktu i jego dopełnienie prokreacyjne, jednak go nie zastępuje<sup>541</sup>.

W świetle tego kryterium należy wykluczyć wszystkie techniki sztuczniego zapłodnienia – zarówno heterologicznego, jak i homologicznego – które zastępują akt małżeński. Dopuszczalne są natomiast techniki mające charakter wspomagania aktu małżeńskiego<sup>542</sup>. W związku z tym instrukcja *Donum vitae* stwierdza: „Lekarz pozostaje w służbie osób i przekazywania życia ludzkiego. Nie ma uprawnienia do dysponowania nimi ani do decydowania o nich. Interwencja lekarska szanuje godność osób, gdy ułatwia ten akt lub pozwala uzyskać jego cel, jeśli został dokonany w sposób normalny”<sup>543</sup>.

<sup>538</sup> Pio XII, *Alle Congressiste dell'Unione Cattolica Italiana Ostetriche*, w: DR XIII, nr 149.

<sup>539</sup> Por. E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, t. I..., dz. cyt., s. 624.

<sup>540</sup> Por. HV, nr 11.

<sup>541</sup> Por. E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, t. I..., dz. cyt., s. 625.

<sup>542</sup> Wśród nich wspomnijmy LTOT (*Low Tubal Ovum Transfer*), który polega na interwencji na oocytach, aby ułatwić spotkanie ze spermą, która będzie obecna w organizmie kobiety w następstwie zwyczajnego stosunku seksualnego. Technika ta polega właśnie na przeniesieniu jajeczka do niższej części jajowodu. Zapłodnienie następuje wówczas bez żadnej manipulacji, która mogłaby życie embrionów narazić na większe niebezpieczeństwo niż w przypadku ryzyka naturalnego poronienia. Por. D. De Marco, *Biotechnology and the Assault on Parenthood*, Ignatius Press, San Francisco 2001, s. 211–214.

<sup>543</sup> DV II, B, nr 7.



Oдноśnie do sztucznej inseminacji homologicznej dodaje: „Nie można dopuścić sztucznego zapłodnienia homologicznego wewnątrz małżeństwa za wyjątkiem przypadku, w którym środek techniczny nie zastępuje aktu małżeńskiego, lecz służy jako ułatwienie i pomoc do osiągnięcia jego naturalnego celu”<sup>544</sup>.

Głównym kryterium dla poprawności technik prokreacji jest wspomaganie aktu małżeńskiego w osiągnięciu jego naturalnego celu. Wnioskuje się stąd, że poczęcie poza tym aktem należy uważać za nieakceptowalne. W NPT natomiast ma ono miejsce właśnie w ramach małżeństwa, również w przypadku, gdy konieczne jest ułatwienie aktu małżeńskiego, w którym poczęte dziecko zostaje przyjęte z miłością od samego początku<sup>545</sup>.

#### 4.1.2.3. Koncentrowanie się na chorobie

Jeśli jakaś para nie może zrodzić potomstwa, pierwszą rzeczą, jaką lekarz powinien zrobić, jest odkryć tego przyczynę. To jest głównym celem pełnego programu NPT: spróbować wskazać na głębokie przyczyny<sup>546</sup>.

Wykorzystując podejście diagnostyczne i terapeutyczne w leczeniu pacjentek dotkniętych niepłodnością, NPT opiera się na całkowicie innej filozofii niż podejście nowoczesnej medycyny reprodukcyjnej<sup>547</sup>. Celem takiego ukierunkowania jest „odkrycie przyczyn leżących u podstaw anomalii reprodukcyjnych; leczenie przyczyn niepłodności; pomaganie parze w uzyskaniu ciąży z poszanowaniem naturalnych aktów prokreacji”<sup>548</sup>. Uporczywie szuka się przyczyn, które są u jej źródeł – przyczyn, które się leczy przez czas uzgodniony między pacjentką a lekarzem. Jeśli pojawi się ciąża, to się ją wspomaga; w przeciwnym razie zaleca się adopcję<sup>549</sup>.

Jak już wiadomo, przyczyny niepłodności są często wieloczynnikowe, a NPT, dzięki swojej metodzie diagnostycznej, jest w stanie odkryć ich źródło, połą-

<sup>544</sup> DV II, B, nr 6.

<sup>545</sup> Por. B.E. Jemelka – D.W. Parker – R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and Conscientious OB/GYN Medicine...*, dz. cyt., s. 216; American Academy of FertilityCare, *Code of Ethics...*, dz. cyt., nr 2.23; N. Ejymowicz, *Etyczna ocena NaProTECHNOLOGY™ na tle sztucznych technik prokreacyjnych...*, dz. cyt., s. 97.

<sup>546</sup> Por. American Academy of FertilityCare, *Code of Ethics...*, dz. cyt., nr 2.2.

<sup>547</sup> Por. T.W. Hilgers – K.D. Daly – S.K. Hilgers – A.M. Prebil, *The Paradigm Shift in Family Planning...*, dz. cyt., s. 3.

<sup>548</sup> T.W. Hilgers, *NaProTECHNOLOGY in Infertility: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 515.

<sup>549</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 234.

czyć te rozliczne czynniki, przedstawiając całościowe ujęcie. Wszystko to wraz z CrMS (za pomocą biomarkerów zarówno kobiety, jak i lekarze potrafią postawić właściwą diagnozę i znaleźć ewentualne sposoby leczenia) prowadzi do sukcesu w leczeniu niepłodności i innych anomalii reprodukcyjnych<sup>550</sup>.

Benedykt XVI, zwracając się do Papieskiej Akademii „Pro Vita”, przypomina nam w związku z tym:

Zajmując się problemem niepłodności małżonków, zdecydowaliście się bowiem uwzględnić i rozważyć uważnie wymiar moralny, poszukując metod prawidłowej diagnostyki oraz terapii, które mogłyby usunąć przyczyny niepłodności. Takie podejście podyktowane jest pragnieniem, by nie tylko obdarzyć małżonków potomstwem, ale i przywrócić im płodność oraz pełną godność osób odpowiedzialnych za wybór rodzicielstwa, tak by byli współpracownikami Boga w powoływaniu do życia nowej istoty ludzkiej. Badania nad diagnozą oraz terapią są podejściem do problemu niepłodności najwłaściwszym z naukowego punktu widzenia, a zarazem w najwyższym stopniu respektującym pełne człowieczeństwo osób, których to dotyczy<sup>551</sup>.

Krótko mówiąc, NPT szanuje godność małżonków poprzez położenie akcentu na dokładnej diagnozie. Takie podejście pozwala na leczenie przyczyn, nie tylko objawów.

#### 4.1.2.4. Pobieranie płynu nasiennego

Ważnym elementem w ocenie etycznej NPT jest sposób pobierania płynu nasiennego do analizy. W Ośrodkach Wspomagania Zapłodnienia płyn nasienno uzyskuje się drogą masturbacji. W świetle nauczania Kościoła „masturbacja jest aktem wewnętrznie i poważnie nieuporządkowanym”<sup>552</sup>. W tym kontekście instrukcja *Donum vitae* naucza:

Sztuczna inseminacja zastępująca akt małżeński jest zabroniona z powodu dobrowolnego rozdzielania 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

<sup>550</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 244.

<sup>551</sup> Benedykt XVI, *Przemówienie do uczestników Zgromadzenia Papieskiej Akademii „Pro Vita”*, tekst pol. za „L'Osservatore Romano” 4 (342)/2012, s. 38.

<sup>552</sup> KKK, kan. 2352.

wymaganego przez porządek moralny, stosunku, który urzeczywistnia się w kontekście prawdziwej miłości, integralnego sensu wzajemnego oddania i rodzicielstwa ludzkiego”<sup>553</sup>.

NPT, respektując integralność aktu małżeńskiego, proponuje pobieranie płynu nasiennego za pomocą techniki opierającej się na użyciu specjalnej prezerwatywy do gromadzenia nasienia, pozbawionej środków plemnikobójczych. Zostanie ona przekłuta przez laboranta za pomocą sterylnej igły i będzie mogła zostać wykorzystana bez celów antykoncepcyjnych<sup>554</sup>.

W Instytucie Papieża Pawła VI porównano parametry płynu nasiennego uzyskanego za pomocą przekłucia specjalnej prezerwatywy i tego pobranego drogą masturbacji. Jak podkreśla Hilgers, rezultaty okazały się zaskakujące. Według przeprowadzonych badań, nasienie pozyskane w pierwszy sposób charakteryzuje się lepszymi parametrami niż to pobrane za pomocą masturbacji<sup>555</sup>. Należy podkreślić, że w NPT nade wszystko szanuje się ludzką godność. Mężczyźni nie są zmuszani do używania materiału pornograficznego, a następnie masturbowania się w celu uzyskania nasienia potrzebnego do analizy<sup>556</sup>.

### 4.1.3. Godność personelu medycznego

W przekazywaniu życia podkreśla się również godność wszystkich pracowników służby zdrowia: lekarzy, farmaceutów, pielęgniarzy, kapelanów, zakonników, zakonnice i administratorów. W proponowanym przez NPT modelu wychowawczym i formacyjnym zawodów medycznych wymaga się rozpoznania prawdziwego powołania do służby człowiekowi.

Naczelną zasadą Kodeksu Etycznego osób zaangażowanych w NPT jest przyczynianie się do integralnego dobra człowieka<sup>557</sup>. W tym kontekście Jan Paweł II zrywa do „humanizowania” działalności pracowników służby zdrowia. Ta humanizacja polega na głoszeniu godności osoby ludzkiej przez usza-

<sup>553</sup> DV II, B, nr 6.

<sup>554</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 305; B. Bassa, *NaProTechnology – nadzieją dla nieplodnych małżonków...*, dz. cyt., s. 66.

<sup>555</sup> Por. T.W. Hilgers, *NaProTECHNOLOGY in Infertility: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 636.

<sup>556</sup> Por. P. Marzec, *Naprotechnologie – nowoczesna troska o zdrowie...*, dz. cyt., s. 176.

<sup>557</sup> Por. American Academy of FertilityCare, *Code of Ethics...*, dz. cyt., nr 1.1; R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical...*, dz. cyt., s. 30.

nowanie jej cielesności, ducha i kultury. Zadaniem lekarzy jest starać się coraz głębiej odkrywać mechanizmy biologiczne, które rządzą życiem cielesnym, dzięki władzy nad rzeczami, jakie Bóg Stwórca postanowił dać człowiekowi<sup>558</sup>.

W świetle powołania chrześcijańskiego zadanie lekarza wyraża się w miłości Boga i bliźniego. Lekarz służy człowiekowi swoją wiedzą i doświadczeniem. Ten zawód ma charakter osobowy, w którym potwierdza się zarówno godność osoby dotkniętej niepłodnością, jak i godność pracowników służby zdrowia<sup>559</sup>.

W tym podejściu posługa medyczna jest spotkaniem między osobami a godnością ludzką i staje się ostatecznym celem zastosowanego leczenia. Przez swoje zachowanie lekarz przyjmuje konstruktywną postawę wobec każdego pacjenta, zarazem potwierdzając godność własną oraz godność powołania medycznego<sup>560</sup>.

Służba lekarza wobec życia polega na poprawnej ocenie diagnostycznej oraz terapii, która leczy przyczyny niepłodności i przywraca parom ich naturalną płodność oraz całą godność bycia odpowiedzialnymi za własne wybory prokreacyjne. Dzięki takiemu podejściu do wspomagania płodności i respektowaniu fizjologii ciała ludzkiego w NPT wyraża się pełny szacunek dla małżonków poddawanych leczeniu medycznemu aż do momentu naturalnego poczęcia<sup>561</sup>.

Mówiąc o godności lekarza jako takiej, instrukcja *Donum vitae* podkreśla, że nauka i technika powinny „[...] służyć osobie ludzkiej, jej niezbywalnym prawom oraz jej prawdziwemu i integralnemu dobru, zgodnie z zamysłem i wolą Bożą”<sup>562</sup>. W konsekwencji – jak stwierdza B. Chazan, jeden z propagatorów NPT w Polsce – lekarze nie powinni ulegać argumentacji *politically correct* odnośnie do początków życia ludzkiego. Profesor Chazan wskazuje na wiele przykładów presji ideologicznej, w której godność lekarzy nie jest respektowana z powodu *lobby* aborcyjnego oraz związanego ze sztucznym zapłodnie-

<sup>558</sup> Por. Giovanni Paolo II, *La qualifica di medico cattolico impegna a una testimonianza superiore* (3 ottobre 1982), 4, w: *InsegnGPII*, t. V/3, LEV, Città del Vaticano 1982, s. 669–677, tu: s. 673.

<sup>559</sup> Por. J. Nagórny, *Godność powołania medycznego*, „Roczniki Teologiczne” 3 (1997), s. 23; American Academy of FertilityCare, *Code of Ethics...*, dz. cyt., nr 1.

<sup>560</sup> Por. P. Marzec, *Naprotechnologia – nowoczesna troska o zdrowie...*, dz. cyt., s. 177.

<sup>561</sup> Por. B.E. Jemelka – D.W. Parker – R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and Conscientious OB/GYN Medicine...*, dz. cyt., s. 217.

<sup>562</sup> DV, Wstęp, nr 2.

niem, w wyniku czego wielu lekarzy nie wykonuje swojej profesji zgodnie z własnym sumieniem<sup>563</sup>.

Instrukcja *Donum vitae* – i NPT, która respektuje przedstawione wyżej zasady – doceniając postępy nauk biologicznych i medycznych, kieruje uwagę na ten postęp, który służy całej prawdzie człowieka i który nie sprzeciwia się godności osób zaangażowanych w przekazywanie życia<sup>564</sup>.

Stanowisko bioetyki personalistycznej (akceptowane przez NaProEthics) w kwestii przekazywania życia opiera się na wartości godności, jaką istota ludzka ma po prostu jako człowiek. To stanowisko zostaje wzmocnione wizją bioetyki katolickiej, dla której każda istota ludzka ma nieskończoną wartość, ponieważ jest obrazem Boga, a jeszcze bardziej dlatego, że jest kochana przez Boga. Posiada ona zatem najwyższą godność.

Ocena moralna poszczególnych aspektów NPT zależy w dużym stopniu od tej wizji, od holistycznego ujęcia człowieka, postrzeganego w całej swej złożonej rzeczywistości cielesnej i duchowej.

#### 4.1.4. Idea płodności duchowej

Czy można mówić o ograniczeniach NPT we wspomaganiu prokreacji? Tak. Niestety, wciąż istnieją pewne obszary, w których nie da się zastosować NPT<sup>565</sup>. W takich przypadkach mówimy o bezpłodności, czyli trwałym stanie fizycznym, zarówno męskim, jak i kobiecym, który czyni poczęcie dziecka niemożliwym (np. brak macicy lub azoospermia). Istnieją także inne nieznanne obszary w leczeniu niepłodności<sup>566</sup>.

W tych dwóch sytuacjach w programie NPT ważne jest wspomaganie w kierunku adopcji jako końcowego celu<sup>567</sup>. Zachęca się do tego i wspiera się działania w tym kierunku, gdy para dojdzie do momentu, w którym nie chce już kontynuować programów leczenia niepłodności. Dlatego uprawnione jest

---

<sup>563</sup> Por. B. Chazan – M. Środa, *Niepłodność małżeńska a wymóg poszanowania życia i godności człowieka w postępowaniu medycznym*, *ŻiP* 2–3 (2008), s. 73.

<sup>564</sup> Por. DV, Wstęp, nr 1.

<sup>565</sup> Por. T.P. Terlikowski, *Nadzieja na dziecko, czyli cała prawda o naprotechnologii...*, dz. cyt., s. 131.

<sup>566</sup> Por. R. Visigalli, *Sterilità e infertilità di coppia...*, dz. cyt., s. 97.

<sup>567</sup> Por. T.W. Hilgers, *NaProTECHNOLOGY in Infertility: Evaluation and Treatment*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 515.

włączenie adopcji do programu NPT. W ten sposób zauważa się znaczące sukcesy w budowaniu rodziny rozumianej całościowo<sup>568</sup>.

Kiedy para nie jest w stanie spełnić swego pragnienia rodzicielstwa (co jest powodem wielkiego cierpienia, ponieważ rodzicielstwo wiąże się w fizjologiczny sposób z byciem małżonkami), odpowiedzią nie może być złamanie prawa do życia i zdrowia lub zniszczenie znaczeń małżeństwa i oblubieńczości. NPT zaleca adopcję w celu pomocy parze w odkryciu płodności w bezpłodności. Pamiętajmy, że płodność fizyczna jest faktem biologicznym; płodność duchowa jest predyspozycją ducha, która przekracza fakt biologiczny. Odnosząc to do podmiotu obdarzonego płciowością, należy tę płodność rozumieć zarówno w sensie biologicznym, jak i metabiologicznym. Usytuowanie płodności w perspektywie personalistycznej (a nie tylko biologicznej) pociąga za sobą to, że płodność fizyczna, choć jest formą typową, nie wyczerpuje bogactwa ludzkiej prokreacji<sup>569</sup>.

Macierzyństwo i ojcostwo są wydarzeniami afektywno-dynamicznymi, wiążą się z określonymi zachowaniami, obfitują w uczucia, marzenia, myśli, które znajdują spełnienie w różnych kontekstach i projektach życia, również poza kręgiem rodzinnym. Płodność duchowa jest zatem wymiarem ludzkiej natury, który może być przeżywany poza wymiarami biologicznymi<sup>570</sup>.

Nauczanie Kościoła tak przedstawia swoje stanowisko w tej kwestii: „[...] małżeństwo nie zostało ustanowione jedynie w celu zrodzenia dzieci [...]. Dlatego, choćby brakowało tak często upragnionego potomstwa, małżeństwo trwa jako związek i wspólnota całego życia, zachowując znaczenie i nierozdzielność. Ponadto macierzyństwo jest nie tylko rzeczywistością biologiczną, lecz przejawia się na różne sposoby”<sup>571</sup>.

Natomiast Jan Paweł II, mówiąc o wartości prokreacji również wówczas, gdy nie jest ona możliwa, stwierdza: „Niepłodność fizyczna może bowiem dostarczyć małżonkom sposobności do innej, ważnej służby na rzecz życia oso-

<sup>568</sup> Por. T.W. Hilgers, *NaProTECHNOLOGY™ nella valutazione e nel trattamento dell'infertilità*, w: Pontificia Accademia per la Vita, *La dignità della procreazione e le tecnologie riproduttive...* (2011), dz. cyt., s. 165–166.

<sup>569</sup> Por. G. Cesari, *La fecondità nella sterilità*, *MedMor* 1 (1993), s. 283. Marcel odziera prokreację od rodzicielstwa: ta pierwsza jest funkcją czysto biologiczną, natomiast rodzicielstwo jest zdolnością dalszego rodzenia życia w tym, któremu dało się istnienie. Por. G. Marcel, *Homo viator*, ed. L. Castiglione – M. Rettori, Borla, Torino 1980<sup>2</sup>, s. 139.

<sup>570</sup> Por. M.L. di Pietro, *La cura dell'infertilità*, „L'Osservatore Romano”, 18 marzo 2009, Città del Vaticano, s. 6.

<sup>571</sup> AL, nr 178.

by ludzkiej, jak na przykład adopcja, różne formy pracy wychowawczej, niesienie pomocy innym rodzinom czy dzieciom ubogim lub upośledzonym<sup>572</sup>. W innym miejscu tego samego dokumentu, odnosząc się do wielorakiej służby życiu, dodaje: „W istocie każdy akt prawdziwej miłości wobec człowieka potwierdza i doskonali duchową płodność rodziny, będąc aktem posłuszeństwa wobec głębokiego, wewnętrznego dynamizmu miłości, rozumianej jako oddawanie siebie innym<sup>573</sup>”.

Płodność wyraża zatem istotną konotację miłości: autentyczna więź pary zostaje ukierunkowana na to, by się rozszerzać, komunikować i dawać. Miłość jako dar jest płodna, chroni i zachowuje pełną godność każdej osoby.

Warto zauważyć, że adhortacja *Amoris laetitia* przypomina nam, że „prokreacja lub adopcja nie są jedynymi sposobami przeżywania płodności miłości<sup>574</sup>. A nieco dalej, mówiąc o roli rodziny w społeczeństwie i o płodności rozszerzonej, dodaje:

Natomiast rodziny otwarte i solidarne czynią miejsce dla ubogich, są zdolne do nawiązania przyjaźni z tymi, którzy mają od nich gorzej. Jeśli naprawdę zależy im na Ewangelii, to nie mogą zapomnieć o tym, co Jezus mówi: „Wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili” (Mt 25, 40). Krótko mówiąc, żyjąc tym, czego się od nas w tym tekście tak wymownie wymaga: „Gdy wydajesz obiad albo wieszczę, nie zapraszaj swoich przyjaciół ani braci, ani krewnych, ani zamożnych sąsiadów, aby cię i oni nawzajem nie zaprosili, i miałbyś odpłatę. Lecz kiedy urządzasz przyjęcie, zaprosz ubogich, ułomnych, chromych i niewidomych. A będziesz szczęśliwy” (Łk 14, 12–14). Będziesz szczęśliwy! Oto tajemnica szczęśliwej rodziny<sup>575</sup>.

W ten sposób chrześcijańscy małżonkowie rozszerzają płodność, którą należy przeżywać na różne sposoby, aby uobecniać miłość Boga w społeczeństwie.

---

<sup>572</sup> FC, nr 14.

<sup>573</sup> FC, nr 41. Komentarze do tej myśli Jana Pawła II zob. w: A. Kalus, *Doświadczenie bezdzietności w małżeństwie*, ŻiP 2–3 (2008), s. 81–86; A. Hennel-Brzozowska, *Adopcja jako rozwiązanie problemu małżeństw bezpłodnych – aspekty psychologiczne*, ŻiP 2–3 (2008), s. 87–94; P. Bortkiewicz, *Wokół problematyki małżeństw bezdzietnych*, „Homo Dei” 2 (2005), s. 11–20.

<sup>574</sup> AL, nr 181.

<sup>575</sup> AL, nr 183.

## 4.2. Poszanowanie wartości płciowości

Pamiętajmy, że istotne jądro pojęcia płciowości może być wyrażone przede wszystkim za pomocą prostego stwierdzenia: ludzka płciowość nie jest częścią osoby, lecz jest wymiarem, który ją naznacza na wszystkich poziomach: biologicznym, psychologicznym, duchowym. Inaczej mówiąc, osobą płci męskiej lub żeńskiej, mężczyzną lub kobietą, jest się biologicznie, psychicznie i duchowo. Albo też: jeśli przez płciowość rozumiemy ogół tych szczególnych cech, które charakteryzują osobę ludzką jako mężczyznę bądź kobietę, to cechy te znajdujemy we wszystkich i na każdym z poziomów, z jakich zbudowana jest osoba ludzka<sup>576</sup>.

### 4.2.1. Płciowość mózgowcentryczna a płciowość genitocentryczna

Dziś istnieje niebezpieczeństwo zawężonego rozumienia miłości, dlatego Hilgers wprowadza do programu nauczania CrMS termin „płciowość mózgowcentryczna” w przeciwstawieniu do rozpowszechnionej w antykulturze „płciowości genitocentrycznej”. W rozdziale II niniejszej pracy, mówiąc o inner soul płciowości, wspomnieliśmy o istnieniu dwóch podejść do jej zrozumienia. Teraz je opiszemy, aby jaśniejszy stał się następny punkt, czyli model S-P-I-C-E.

Płciowość mózgowcentryczna polega na współpracy intelektu i woli, współpracy skoncentrowanej na sferze osobowej i wewnętrznej, zachowującej związek między miłością a życiem i prowadzącej do personalizacji, humanizacji oraz afirmacji fizjologicznej i duchowej<sup>577</sup>.

W związku z tym NPT wyjaśnia, że kiedy w centrum płciowości człowieka znajduje się mózg, wówczas pragnienie fizyczne nabiera innego wymiaru, staje się uzupełnieniem kontaktu seksualnego. Przypomnijmy, że w NPT rozróżnia się kontakt genitalny i kontakt seksualny. W pierwszym przypadku mówimy o kontakcie między narządami rozrodczymi, w drugim natomiast – o „kontakcie”, to znaczy całkowitym oddaniu się jednej osoby drugiej. Ten rodzaj kontaktu obejmuje także kontakt genitalny, ale sięga dalej: chodzi o prawdziwą, wielowymiarową interakcję seksualną<sup>578</sup>.

<sup>576</sup> Por. L. Ciccone, *Etica sessuale. Persona, matrimonio, vita verginale*, Edizioni Ares, Milano 2004, s. 18.

<sup>577</sup> Por. *Book I...*, dz. cyt., s. 18.

<sup>578</sup> Por. w paragrafie 2.2.2.3 niniejszej pracy wyraźnie już rozróżniliśmy pojęcie kontaktu seksualnego i kontaktu genitalnego. Zob. także: I. Grochowska, *Integralny wymiar ludzkiej seksualności w Modelu S-P-I-C-E profesora Thomasa Hilgersa...*, dz. cyt., s. 11.



W podręczniku NPT podkreśla się, że płciowość mózgowcentryczna leży u podstaw zaangażowania we wspieranie naturalnych metod regulacji płodności i więzi małżeńskiej. Szanuje ona godność ludzi, afirmuje genitalność (jest ekologicznie zrównoważona) i powinna przyczyniać się do ograniczenia przemocy w rodzinie<sup>579</sup>.

Jednocześnie należy podkreślić, że aktualne antykoncepcyjne podejścia do planowania rodziny implikują genitocentryzm w płciowości, czego naturalną konsekwencją jest oddzielenie miłości od życia i na odwrót. Ta depersonalizacja prowadzi do dehumanizacji oraz degradacji duchowej i psychologicznej. Możemy zaobserwować owoce tej genitocentrycznej wizji: antykoncepcja, sterylizacja, aborcja, techniki sztucznej prokreacji i pornografia<sup>580</sup>.

Wizję tę wspiera ruch wolności seksualnej, który przyniósł szkody wielu osobom, rodząc poważny kryzys w relacjach międzyludzkich<sup>581</sup>. Hilgers utrzymuje, że ruch ten powstał w celu promowania „rozwiązłości seksualnej”, które to pojęcie różni się od prawdziwej wolności<sup>582</sup>.

Cały personel działający w NPT, trzymając się Kodeksu Etycznego dla personelu, powinien odrzucać antykoncepcję, sterylizację, sztuczne zapłodnienie, zapłodnienie *in vitro*, aborcję i leki aborcyjne<sup>583</sup>, powinien uznać, że praktyki te nie wchodzą w zakres naturalnego planowania rodziny<sup>584</sup>.

W CrMS podkreśla się, że przez zrozumienie cykli płodności można wyrazić i rozwinąć w ramach małżeństwa prawdziwą wolność. Wykorzystanie takiego naturalnego systemu do regulacji płodności oferuje język, w którym mąż i żona mogą wyrazić swoje pragnienie oddania się całkowicie jedno drugiemu. Hilgers twierdzi, że nie można powiedzieć współmałżonkowi: „«Akceptuję w tobie wszystko z wyjątkiem płodności», jak to czynią metody antykoncepcyjne”<sup>585</sup>.

<sup>579</sup> Por. T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 24.

<sup>580</sup> Por. T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 24.

<sup>581</sup> Już papież Paweł VI w nr 17 *Humanae vitae* wspominał o niebezpieczeństwie, jakie wynika z tej postawy, a jego prorocze słowa spełniły się w szerokim stopniu w ostatnich dziesięcioleciach, potwierdzone przede wszystkim w nauczaniu papieża Jana Pawła II.

<sup>582</sup> Por. T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 24.

<sup>583</sup> Por. American Academy of FertilityCare, *Code of Ethics...*, dz. cyt., nr 2.2.4.

<sup>584</sup> Por. American Academy of FertilityCare, *Code of Ethics...*, dz. cyt., nr 2.2.5.

<sup>585</sup> T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 5.

W tym kontekście czułość i uczucie – jak wyjaśnia doktor Hilgers – mogą się jeszcze bardziej rozwijać, a to stanowi „głębką duszę płciowości”. Płciowość jest w ten sposób respektowana i promowana w swym pełnym i prawdziwym wymiarze ludzkim<sup>586</sup>.

#### 4.2.2. S-P-I-C-E na służbie miłości

Żyjąc w społeczeństwie, w którym seksualność jest genitocentryczna, wielkim wyzwaniem dla CrMS jest sprawić, aby ludzie zrozumieli i docenili mózgowcentryczną naturę seksualności, aby zauważyli jej różnorodność. Dlatego użytkownicy CrMS są zaangażowani w rozwój nowych modeli interakcji seksualnej. Ten system nauczania, który odnosi się do rozwoju wielowymiarowej natury autentycznych relacji seksualnych i który pomaga wyrazić aspekt płciowości w dziedzinie duchowej, fizycznej, intelektualnej, kreatywnej/komunikatywnej oraz emocjonalnej/psychologicznej, został nazwany S-P-I-C-E (*Spiritual, Physical, Intellectual, Communicative-Creative and Emotional*). W CrMS S-P-I-C-E jest sposobem oceny więzi małżeńskiej<sup>587</sup>. W związku z tym warto ponownie przywołać nauczanie Kościoła wyrażone w *Familiaris consortio*: „[...] płciowość, poprzez którą mężczyzna i kobieta oddają się sobie wzajemnie we właściwych i wyłącznych aktach małżeńskich, nie jest bynajmniej zjawiskiem czysto biologicznym, lecz dotyczy samej wewnętrznej istoty osoby ludzkiej jako takiej”<sup>588</sup>.

W następujących punktach przedstawimy znaczenia i sugestie związane z każdą z liter akronimu S-P-I-C-E, mającego pomóc parze stworzyć dla siebie przestrzeń, w której oboje będą mężem i żoną, zanim staną się ojcem i matką, aby mogli odkryć znaczenie aktu małżeńskiego jako oddania się drugiemu.

##### 4.2.2.1. Element duchowy

Punktem wyjścia tego składnika więzi małżeńskiej jest uznanie tego, co zostało głośno wyrażone w dokumencie *Familiaris consortio*: „Człowiek jako duch ucieleśniony, czyli dusza, która się wyraża poprzez ciało, i ciało formo-

<sup>586</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 6.

<sup>587</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 35–36; T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 24.

<sup>588</sup> FC, nr 11. W związku z tym zob. także: K. Marcinkowska, *Seksualność małżeńska – o miłości osób w optyce personalistycznej*, *ŻiP* 3 (2011), s. 59–69.

wane przez nieśmiertelnego ducha, powołany jest do miłości w tej właśnie swojej zjednoczonej całości<sup>589</sup>.

Istnieją bowiem między mężem a żoną więzi, w które nie są oni zaangażowani seksualnie. Chodzi na przykład o czułość, wyrażającą pragnienie piękna i jednoczącą serca małżonków. Następnie istnieje komunikacja werbalna, która umacnia w dobroci lub we wspólnym poszukiwaniu prawdy, łącząc małżonków na płaszczyźnie woli. Wiąż małżeńska może być jednym z najbardziej wymownych świadectw, że małżeństwo jest nade wszystko doskonałą formą przyjaźni<sup>590</sup>. Ta dojrzała relacja duchowości, która staje się przyjaźnią w małżeństwie, jest jednym z warunków odpowiedzialności za wzajemne dawanie siebie<sup>591</sup>.

W sferze duchowej ważne miejsce zajmuje modlitwa, która wzmacnia potrzeby duchowe jednostki i pary<sup>592</sup>. Również w przypadku gdy małżonkowie nie są ludźmi wierzącymi, powinni mimo wszystko szukać rzeczy, które ich łączą, oraz umacniać wspólne pragnienia. Warto przypomnieć w tym kontekście słowa Jana Pawła II: „Modlitwa służy ugruntowaniu duchowej spójności rodziny, przyczyniając się do tego, że rodzina staje się silna Bogiem”<sup>593</sup>. Ponadto jeśli para uznaje, że miłość pochodzi od Boga i że miłość do współmałżonka ma swe źródło w Bogu i dzięki Niemu się rozwija<sup>594</sup>, to doświadczenie to nabiera fundamentalnego znaczenia dla całego podejścia do CrMS. Jeśli te postawy znajdują potwierdzenie w codziennym życiu, następuje rozwój wzajemnego zaufania, które trudno będzie zniszczyć<sup>595</sup>.

#### 4.2.2.2. Element fizyczny

Osoba ludzka przejawia się i wyraża przez własne ciało. Wśród różnych gestów wchodzących w zakres sfery fizycznej szczególne miejsce zajmuje akt

<sup>589</sup> FC, nr 11.

<sup>590</sup> Por. HV, nr 9.

<sup>591</sup> Por. P. Olszanowski, *Wpływ antykoncepcji na jakość więzi małżeńskiej*, „Colloquia Theologica Ottoniana” 1 (2010), s. 96–97.

<sup>592</sup> Por. W. Wiczorek, *Znaczenie modlitwy w pogłębianiu więzi małżeńskiej*, w: *Naturalne planowanie rodziny...*, dz. cyt., s. 115–126; I. Werbiński, *Modlitwa małżonków*, w: *Słownik małżeństwa i rodziny*, red. E. Ozorowski, Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej, Warszawa–Łomianki 1999, s. 278–279; T. Zadykiewicz, *Modlitwa*, w: *Jan Paweł II. Nauczanie moralne Kościoła*, red. J. Nagórny – K. Jeżyna, Polwen, Radom 2005, s. 338–339.

<sup>593</sup> Jan Paweł II, *Gratissimam sane* (2 lutego 1994), List do rodzin, nr 4.

<sup>594</sup> Por. HV, nr 8.

<sup>595</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 36; *Book I...*, dz. cyt., s. 232–233.

małżeński, „w którym małżonkowie przekazują i przyjmują siebie nawzajem”<sup>596</sup>. W ujęciu personalistycznym akt małżeński nie może być czynnością czysto biologiczną. Akt ten implikuje dar osób, który wykracza ponad fakt biologiczny<sup>597</sup>. Pisał w związku z tym Jan Paweł II: „[...] płciowość, poprzez którą mężczyzna i kobieta oddają się sobie wzajemnie we właściwych i wyłącznych aktach małżeńskich, nie jest bynajmniej zjawiskiem czysto biologicznym, lecz dotyczy samej wewnętrznej istoty osoby ludzkiej jako takiej”<sup>598</sup>.

Zjednoczenie mężczyzny i kobiety w akcie małżeńskim nie powinno się dokonywać wyłącznie z racji „przymusu” narzuconego pożądaniem seksualnym. Wewnętrzna struktura tego aktu jest osobowa. W małżeństwie nie powinno się zapominać, że we wszystkich czynnościach męża i żony cała osoba współmałżonka staje się najważniejsza, ponieważ nie należy sprowadzać drugiego wyłącznie do wymiaru seksualnego. Taka postawa może zniszczyć dar aktu małżeńskiego, a miłość może się stać seksualną zaborczością. Pius XI w swoich refleksjach o małżeństwie chrześcijańskim zauważył, że autentycznej miłości „[...] przeciwstawia się pociąg nieopanowanej zwłaszcza poządlowości, która z pewnością najgłówniejszą jest przyczyną wszelkich grzechów przeciw uświęconym prawom małżeńskim”<sup>599</sup>.

Kolejnym ważnym elementem fizycznej intymności jest uszanowanie rytmu biologicznego płodności. *Humanae vitae* przypomina: „[...] Kościół naucza, że wolno wówczas małżonkom uwzględniać naturalną cykliczność właściwą funkcjom rozrodczym i podejmować stosunki małżeńskie tylko w okresach niepłodności, regulując w ten sposób ilość poczęć, bez łamania zasad moralnych”<sup>600</sup>.

W ramach tej perspektywy w NPT wprowadza się za pomocą CrMS „zasadę selektywnego stosunku seksualnego”. Decyzja o odbywaniu lub nieodbywaniu stosunków seksualnych zależy od rzeczywistego wyboru, czy się chce uzyskać ciążę czy jej uniknąć. Użycie terminu „selektywny” konkretnie implikuje odpowiedzialne podjęcie przez parę wyboru najlepszego momentu na

<sup>596</sup> GS, nr 48.

<sup>597</sup> Por. E. Sgreccia, *Manuale di bioetica*, t. I..., dz. cyt., s. 625.

<sup>598</sup> FC, nr 11.

<sup>599</sup> Pius XI, *Casti connubii* (31 grudnia 1930), Encyklika o małżeństwie chrześcijańskim, III, nr 2.

<sup>600</sup> HV, nr 16. Kilka interesujących uwag na ten temat znajduje się w: M. Rhonheimer, *Etica della procreazione*, ed. E. Babini, Pontificia Università Lateranense, Mursia, Roma 2000, s. 84–100 [tłum. własne].

odbycie stosunku seksualnego<sup>601</sup> i – co jeszcze ważniejsze – dokonanie tego wyboru wspólnie<sup>602</sup>.

Mówi się zatem parom o „efekcie miesiąca miodowego”, w którym po okresie bez stosunków para łączy się, doświadczając jeszcze większej radości. W okresie płodności bardzo istotne są takie gesty, jak przytulenie, pocałowanie, ujęcie dłoni, zwyczajne trzymanie się za ręce<sup>603</sup>. „Kreatywne pieszczoty” to sposób wyrażenia bliskości fizycznej bez dochodzenia do stosunków genitalnych. Jak podkreślają autorzy CrMS, jednym z doświadczeń budzących największy entuzjazm w tym systemie jest zasypianie w objęciach drugiego bez żadnych roszczeń ze strony obojga małżonków. Również w tym przypadku prowadzenie dialogu będzie miało zasadnicze znaczenie. Trzeba wyjaśnić różnicę między gestem afirmującym a gestem wywołującym podniecenie, jeżeli para zamierza unikać ciąży<sup>604</sup>.

Ważną formą aktywności fizycznej jest zaangażowanie małżonków w relację z własnymi dziećmi (zabawa z dziećmi, obejmowanie ich i całowanie), w ogóle wzmacnianie w nich poczucia bezpieczeństwa. W ten sposób nieustannie przekazuje im się życie. Ta ważna forma interakcji zdaje się redukować potrzebę aktywności genitalnej. Czyni to przez zwiększenie szacunku do samych siebie, wykorzystując sposób dotykania, który ma charakter afirmujący<sup>605</sup>.

Istnieje mnóstwo innych czynności fizycznych, które można podjąć (spacer, chwile dyskusji, planowanie przyszłości itp.), które to uruchamiają kanały komunikacji, budują relacje zaufania i zwiększają szacunek do siebie nawzajem, ograniczając potrzebę zewnętrznego umacniania relacji przez stosunki genitalne<sup>606</sup>.

---

<sup>601</sup> Zakładamy, że w całym tym podejściu nie rezygnuje się ze spontaniczności. Ten aspekt ma również swoją wartość wśród małżonków, którzy już udzielili sobie na nią ogólnej zgody z obietnicą małżeństwa.

<sup>602</sup> Por. T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 25.

<sup>603</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 36; K. Marcinkowska, *Seksualność małżeńska – o miłości osób w optyce personalistycznej...*, dz. cyt., s. 61.

<sup>604</sup> Por. *Book I...*, dz. cyt., s. 233; I. Grochowska, *Integralny wymiar ludzkiej seksualności w Modelu S-P-I-C-E profesora Thomasa Hilgersa...*, dz. cyt., s. 13.

<sup>605</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 36.

<sup>606</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 36.

#### 4.2.2.3. Element intelektualny

Wzajemne poznanie płci współmałżonka i jego pragnień leży u podstaw szacunku i wspólnych decyzji. Autentyczna relacja między małżonkami powinna być budowana przez dialog między mężem i żoną. Para jest zachęcana do rozmawiania o tym, jak przeżywać intymność, włącznie z formułowaniem własnych pragnień. Mąż i żona mogą razem zastanawiać się nad różnicą między kontaktem seksualnym genitalnym, aby móc lepiej zrozumieć wielowymiarowy charakter płciowości. Różnice wynikające z odmienności płci wpływają na wzajemne zrozumienie, sposób wyrażania siebie i na komunikację<sup>607</sup>.

W trakcie zajęć instruktorzy CrMS wymagają od uczestników programu, aby rozmawiali na temat podstawowych kwestii dotyczących ich życia oraz tego, czy zgadzają się co do podjętych wyborów i co do tych, które dopiero będą musieli podjąć. Zdolność dyskusowania o pragnieniu ciąży, o płodności i niepłodności danego dnia, zdolność wprowadzania w czyn za obopólną zgodą decyzji o ciąży – to aspekty, które rozwiną ten wymiar życia pary<sup>608</sup>.

#### 4.2.2.4. Element kreatywny/komunikacyjny

Język miłości charakteryzuje się komplementarnością licznych możliwości komunikacji. Aby wyrazić uczucie wobec współmałżonka, konieczne są drobne gesty miłości (podarunki, serdeczne słowa, gesty wyrażające chęć usłużenia, listy miłosne itp.). Również ważne staje się wspólne planowanie, organizowanie, gdyż stwarza to możliwość działania razem. Projekty dotyczące domu, ogrodu, wycieczek rodzinnych – to przykłady tego rodzaju aktywności<sup>609</sup>.

Konieczne są codzienne kontakty i oznaki czułości, gdyż to bardzo zbliża małżonków. Żona oczekuje, że czułość męża, okazywana przez empatię, uzdolni go do udziału we wszystkich jej najgłębszych doświadczeniach. Mąż natomiast, dzięki czułości żony, chroni się przed samotnością, a to staje się dla niego umocnieniem, które wspiera ich małżeńską jedność<sup>610</sup>.

---

<sup>607</sup> Por. K. Marcinkowska, *Seksualność małżeńska – o miłości osób w optyce personalistycznej...*, dz. cyt., s. 61.

<sup>608</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 36.

<sup>609</sup> Por. *Book I...*, dz. cyt., s. 234.

<sup>610</sup> Por. K. Niewiadomski, *Rola komunikacji niewerbalnej w budowaniu relacji międzyosobowych*, Serafin, Kraków 2013, s. 137–138.

W trakcie realizacji CrMS wymaga się od pary, aby zrobiła coś dla siebie i dla drugiego. Można sporządzić indywidualne wykazy dziesięciu szczególnych sposobów kochania, które nie są genitalne, i wymienić się nimi, aby następnie je przedyskutować i tak uczyć się od siebie nawzajem. Tego rodzaju aktywności mogą pomóc parze kreatywnie wyrażać, jakie mają być niegenitalne interakcje seksualne, które będą osobowe dla każdego z nich<sup>611</sup>.

Szczególnym momentem kreatywności męża i żony jest ten, w którym podejmują decyzję o chęci posiadania dziecka.

#### 4.2.2.5. Element emocjonalny/psychologiczny

W ramach sfery emocjonalnej para jest zachęcana do wyrażania własnych uczuć i potrzeb. Na sferę emocjonalną składają się wzajemna czułość, troska, dzielenie stanów ducha, wspólne przeżywanie różnych wydarzeń, koncentrowanie się na podzielanych wartościach, podobne reguły zachowania. Okazywanie współmałżonkowi własnych emocji i potrzeb stanowi istotny warunek dla skutecznej komunikacji<sup>612</sup>.

Aby docenić sferę emocjonalną, mąż i żona powinni zarezerwować sobie jakiś czas na rozmowę o minionym dniu albo o innych ważnych rzeczach. Małżonkowie powinni móc wyrazić nie tylko potrzeby i uczucia, ale również frustracje, wiedząc, że te frustracje są czymś normalnym. Poprzez zdolność wyrażania frustracji, a nawet złości, para może rozpoznać ważne aspekty swoich potrzeb i rozwiązać liczne trudności razem<sup>613</sup>.

Wreszcie w relacji powinna być całkowita otwartość. Jeśli relacja się „otwiera”, wówczas jest więź bliskości, która weryfikuje i staje się bliskością uczuć oraz głęboką intymnością. Kontakty genitalne niekoniecznie wymagają takiej głębokiej więzi<sup>614</sup>.

Podsumowując to, co zostało powiedziane na temat S-P-I-C-E, stwierdzamy, że osoba ludzka jest istotą obdarzoną seksualnością, która ma charakter

<sup>611</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 36–37.

<sup>612</sup> Por. I. Grochowska, *Integralny wymiar ludzkiej seksualności w Modelu S-P-I-C-E profesora Thomasa Hilgersa...*, dz. cyt., s. 14; A. Pryba, *Planowanie rodziny a więź małżeńska*, Hosianum, Olsztyn 2002, s. 73.

<sup>613</sup> Por. *Book I...*, dz. cyt., s. 234; T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 37.

<sup>614</sup> Por. T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 37.

wielowymiarowy. Kiedy para postanawia wejść na drogę CrMS, pierwszą rzeczą do wykonania staje się rozwinięcie wzajemnego zainteresowania nie tylko swoim fizycznym stanem zdrowia – choroby – samopoczucia, ale właśnie sobą jako osobami we wszystkich wymiarach, holistycznie.

Należy podkreślić, że na drodze CrMS instruktorzy stawiają w centrum parę, nie mężczyznę czy, jak to częściej bywa, kobietę, lecz ich oboje jako jedną rzeczywistość.

Aby wyjaśnić parze znaczenie ich związku oraz nauczyć funkcjonowania ludzkiego organizmu, instruktorzy opierają się na nauczaniu encykliki *Humanae vitae*, zwłaszcza na jej stwierdzeniu: „Miłość małżeńska najlepiej objawia nam swą prawdziwą naturę i godność dopiero wtedy, gdy rozważymy, że początek swój czerpie ona – jakby z najwyższego źródła – z Boga, który jest Miłością”<sup>615</sup>. Dzięki wzajemnemu osobowemu oddaniu się małżonkowie współpracują z Bogiem. I właśnie tego daru należy strzec, trwając razem.

W CrMS bardzo ważne jest włączenie obojga małżonków, aby jedno wspierało drugie, dowartościowywało je, szanowało i ceniło. Jest to najlepszy sposób należytej oceny płodności, płciowości, hojności, dawania siebie i otrzymywania. Aby ten aspekt był pielęgnowany i strzeżony, trzeba działać wspólnie i właśnie w tym momencie instruktorzy stosują S-P-I-C-E, który pobudza wielowymiarowe interakcje seksualności.

#### 4.2.3. Między dwoma podejściami do płodności

NPT jest jedną z odpowiedzi na apel Jana Pawła II, który w adhortacji *Familiaris consortio* poświęconej tajemnicy rodziny zachęcał małżonków i ludzi nauki słowami: „[...] refleksja teologiczna winna uchwycić, a następnie, zgodnie ze swoim powołaniem, uwydatnić różnicę antropologiczną, a zarazem moralną, jaka istnieje pomiędzy środkami antykoncepcyjnymi a odwołaniem się do rytmów okresowych: chodzi tu o różnicę znacznie większą i głębszą, niż się zazwyczaj uważa, która w ostatecznej analizie dotyczy dwóch niedających się z sobą pogodzić koncepcji osoby i płciowości ludzkiej”<sup>616</sup>.

Istnieje zatem pewna różnica w sposobie postępowania małżonków między tymi, którzy uwzględniają dni niepłodne, rezygnując w pewnych okresach z aktu małżeńskiego, a tymi, którzy uciekają się do sztucznej kontroli urodzin. W związku z tym wróćmy do wyrażonych najpierw przez Pawła VI, a później

---

<sup>615</sup> HV, nr 8.

<sup>616</sup> FC, nr 32.



często powtarzanych przez Jana Pawła II kluczowych pojęć, które skłoniły profesora Hilgersa do rozpoczęcia swoich badań. Papież Montini stwierdza:

W rzeczywistości między tymi dwoma sposobami postępowania zachodzi istotna różnica. W pierwszym wypadku małżonkowie w sposób prawidłowy korzystają z pewnej właściwości danej im przez naturę. W drugim zaś stawiają oni przeszkodę naturalnemu przebiegowi procesów związanych z przekazywaniem życia. Jest prawdą, że w obydwu wypadkach małżonkowie przy obopólnej i wyraźnej zgodzie chcą dla słuszných powodów uniknąć przekazywania życia i chcą mieć pewność, że dziecko nie zostanie poczęte. Jednakże trzeba równocześnie przyznać, że tylko w pierwszym wypadku małżonkowie umieją zrezygnować ze współżycia w okresach płodności (ilekroć ze słuszných powodów przekazywanie życia nie jest pożądane), podejmują zaś współżycie małżeńskie w okresach niepłodności po to, aby świadczyć sobie wzajemną miłość i dochować przyrzeczonej wzajemnej wierności. Postępując w ten sposób, dają oni świadectwo prawdziwej i w pełni uczciwej miłości<sup>617</sup>.

Zastanawiając się nad tą różnicą, chcemy wskazać, na czym polega odmienność traktowania płodności w tych dwóch podejściach: używającym technik antykoncepcyjnych i tym przeciwnym, jakie proponuje NPT na bazie nauczania Kościoła, gdzie personel NPT odrzuca stosowanie antykoncepcji<sup>618</sup>, uważając ją za szkodliwą i bezużyteczną<sup>619</sup>.

<sup>617</sup> HV, nr 16.

<sup>618</sup> Por. American Academy of FertilityCare, *Code of Ethics...*, dz. cyt., nr 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6.

<sup>619</sup> Zarówno metody antykoncepcyjne (które za pomocą różnych mechanizmów uniemożliwiają spotkanie jajeczka z plemnikiem), jak i metody, środki przechwytyjące (które uniemożliwiają zagnieżdżenie się zapłodnionego jajeczka) są szkodliwe i wywołują liczne komplikacje dla zdrowia. Spośród nich wymieńmy: infekcję grzybiczą, zniszczenie struktury DNA, choroby układu naczyniowego, pojawienie się nowotworów, bolesne miesiączkowanie, bóle podbrzusza i miednicy, infekcję jajowodów, przedwczesne porody, samoistne poronienia, ryzyko zawału i nadciśnienia, zapalenie nerwu wzrokowego i zakrzepicę siatkówki oka. Możliwe uboczne skutki u mężczyzn to: zapalenia najądrza, krwiaki i różne infekcje. Należy podkreślić również skutki antykoncepcji w sferze psychicznej. U mężczyzn wyróżnia się: apatię, awersję do stosunku seksualnego, poczucie winy, smutek. W przypadku kobiet: przekonanie o byciu wykorzystaną, niekochaną, lęk, niepewność, niepokój, depresja, skoki nastroju. Por. L. Salvino, *Contraccettive, tecnologie*, w: *Enciclopedia di bioetica e sessuologia*, ed. G. Russo, ElleDiCi Leumann, Torino 2004, s. 537–541; W. Wieczorek – E. Galant, *Biomedyczne i psychospołeczne konsekwencje antykoncepcji*, *ŻiP* 1 (2012), s. 35–44.

#### 4.2.3.1. Wybór antykoncepcji

Pary stosujące antykoncepcję „zabierają” swoim aktem seksualnym płodność, a przez to uniemożliwiają wszelką odpowiedzialną zmianę własnego zachowania seksualnego. Stąd tego rodzaju akty, w odróżnieniu od zasady selektywnego stosunku seksualnego (o której już mówiliśmy), nie mogą być uważane za właściwe akty seksualne lub akty miłości (w NPT mówi się w takich przypadkach o kontakcie genitalnym), jako że został z nich usunięty aspekt wzajemnego dawania się, ponieważ udaremniono możliwość osiągnięcia rodzicielskich skutków właściwych zachowaniu seksualnemu, gdyby nie zostało ono zmodyfikowane<sup>620</sup>.

Odnosząc się do tej kwestii, w głównym dokumencie nauczania kościelnego o rodzinie Jan Paweł II stwierdził, że: „Naturalnej «mowie», która wyraża obojórny, całkowity dar małżonków, antykoncepcja narzuca «mowę» obiektywnie sprzeczną, czyli taką, która nie wyraża całkowitego oddania się drugiemu”<sup>621</sup>.

Przez wybór antykoncepcji zostaje zerwany związek między seksualnością a miłością małżeńską i w konsekwencji zbyteczne staje się określone zachowanie seksualne naznaczone odpowiedzialnością prokreacyjną. Wybór ten bowiem sprawia, że wymiar odpowiedzialności znika z życia małżeńskiego, a wymiar cielesny tego ostatniego coraz bardziej koncentruje się wokół seksualności jako środka wyrazu miłości, która została pozbawiona swego prokreacyjnego znaczenia<sup>622</sup>. Trzeba raz jeszcze przypomnieć słowa Jana Pawła II, który w odniesieniu do środków antykoncepcyjnych twierdził, że: „Stąd pochodzi nie tylko czynne odrzucenie otwarcia się na życie, ale również sfałszowanie wewnętrznej prawdy miłości małżeńskiej, powołanej do całkowitego osobowego daru”<sup>623</sup>.

---

<sup>620</sup> Por. I. Carrasco de Paula – M. Pennacchini, *Contraccezione. Parte etica 2. Il comportamento sessuale contraccettivo*, w: EBSG, t. III: *Contraccezione*, ed. E. Sgreccia – A. Tarantino, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 2010, s. 508; T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 25.

<sup>621</sup> FC, nr 32.

<sup>622</sup> Por. I. Carrasco de Paula – M. Pennacchini, *Contraccezione. Parte etica 2. Il comportamento sessuale contraccettivo*, w: EBSG, t. III..., dz. cyt., s. 509.

<sup>623</sup> FC, nr 32. Odnośnie do tego stwierdzenia papieża Wojtyły należy ponadto podkreślić, że przy stosowaniu środków antykoncepcyjnych wartości płciowości są traktowane w sposób egoistyczny. Akt małżeński staje się aktem zafałszowującym, który może sprowadzać małżonków do roli przedmiotu. Por. L. Melina, *Naturalna regulacja poczęć a godność*

M. Rhonheimer, profesor etyki i filozofii, w swoich refleksjach nad etyką prokreacji pisał odnośnie do tej kwestii, że z moralnego punktu widzenia „akt antykoncepcyjny nie jest problematyczny z powodu swego «nienaturalnego» charakteru (w sensie np. uniemożliwienia naturalnego procesu owulacji lub zapłodnienia za pośrednictwem «sztucznych» interwencji [...]). Problematyczny jest on raczej – w odróżnieniu od innych rodzajów sztucznych interwencji – tylko z tej racji, że związany z nim *sposób zachowania* jest moralnie błędny. Ten błąd antykoncepcji polega ściśle na tym, że *czyni ona zwyczajnie niekoniecznym i zbytecznym określone zachowanie seksualne naznaczone odpowiedzialnością prokreacyjną*. Ponadto implikuje ona decyzję przeciwną «kierowaniu» własnym popędem za pomocą wstrzemięźliwości»<sup>624</sup>.

Do tego, co zostało wyżej powiedziane, trzeba dodać, że przy wyborze antykoncepcji płodność jest traktowana raczej jako choroba lub defekt aniżeli normalny proces biologiczny i fizjologiczny<sup>625</sup>. Mówiąc o moralnie właściwej regulacji płodności, Jan Paweł II podkreślał, że nie jest ona niczym innym jak odczytaniem w prawdzie „mowy ciała”. Sama „naturalna cykliczność właściwa funkcjom rozrodczym” należy do obiektywnej prawdy tej mowy, którą osoby powinny odczytywać stosownie do jej pełnej treści obiektywnej<sup>626</sup>. Za sprawą biologicznej natury kobiety nie wszystkie akty małżeńskie dają początek narodzinom dziecka. Osoba ludzka, jako istota rozumna i wolna, powinna odczytywać mowę swego ciała w prawdzie, trzymając się porządku natury ludzkiej, w którym płodność jest naturalnym objawem zdrowia.

Wreszcie warto podkreślić, że specyficzność oceny etycznej stosowania środków antykoncepcyjnych wynika także z ich mechanizmu działania. Liczne techniki i farmaceutyki określane jako antykoncepcyjne w rzeczywistości takimi nie są, ponieważ nie tyle uniemożliwiają poczęcie, ile raczej wywołują skutek interkoncepcyjny lub wczesnoporonny. W stosunku do nich ocena moralna jest bardziej surowa, ponieważ zniszczenie życia już poczętego wskutek aborcji pociąga za sobą zdecydowanie cięższą winę moralną niż niedopuszczenie do zapłodnienia.

---

osoby, w: *Dar ciała darem osoby. O przemilczanym wymiarze kryzysu więzi małżeńskiej*, red. P. Ślęczka, TNKUL, Lublin 2005, s. 109–110.

<sup>624</sup> M. Rhonheimer, *Etica della procreazione...*, dz. cyt., s. 76.

<sup>625</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 97.

<sup>626</sup> Por. Jan Paweł II, *Mężczyznę i niewiastą stworzył ich. Odkupienie ciała a sakramentalność małżeństwa*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1986, s. 478.

#### 4.2.3.2. Intencjonalność zachowania seksualnego

Środki antykoncepcyjne zawierają w sobie pewną intencjonalność skierowaną przeciwko poczęciu, ponieważ ich celem jest właśnie uniknięcie zrodzenia nowego życia<sup>627</sup>. W rzeczywistości jest to prawdą tylko w takiej mierze, w jakiej wybór antykoncepcji implikuje intencjonalne odrzucenie odpowiedzialności prokreacyjnej w odniesieniu do własnego zachowania seksualnego, gdyż w takim przypadku implikuje ona także wolę antyprokreacyjną, nastawioną przeciwko przekazaniu życia<sup>628</sup>.

Kościół katolicki zawsze zajmował w tej kwestii konsekwentne stanowisko, które odzwierciedla moralne potępienie środków antykoncepcyjnych, poczynając od encykliki *Casti connubii* aż po instrukcję *Dignitas personae*. Zawsze przy tym podkreślał nierozdzielność dwóch znaczeń aktu małżeńskiego: jednoczącego i prokreacyjnego<sup>629</sup>.

W związku z tym, jeśli bierzemy pod uwagę intencjonalny związek z początkiem nowego życia, nie znajdujemy żadnej różnicy między wolą prowadzącą małżonków do wyboru antykoncepcji a aktem woli zawartym w sposób konieczny w wyborze powstrzymania się od stosunku seksualnego. Nade wszystko chcemy powiedzieć, że prawdziwa różnica tkwi w bezpośredniej intencjonalności samego zachowania seksualnego oraz w fakcie, że jest ono możliwą przyczyną początku nowego życia ludzkiego. Ponadto antykoncepcja i okresowa wstrzemięźliwość są nie tyle dwoma różnymi sposobami intencjonalnego odniesienia, ile przede wszystkim i zasadniczo dwoma całkowicie odmiennymi zachowaniami seksualnymi<sup>630</sup>.

---

<sup>627</sup> Por. L. Salvino, *Contraccettive, tecnologie*, w: *Enciclopedia di bioetica...*, dz. cyt., s. 538–539; M.P. Faggioni, *Sessualità, matrimonio, famiglia...*, dz. cyt., s. 213.

<sup>628</sup> Por. I. Carrasco de Paula – M. Pennacchini, *Contraccezione. Parte etica 2. Il comportamento sessuale contraccettivo*, w: EBSG, t. III..., dz. cyt., s. 509.

<sup>629</sup> Por. L. Salvino, *Contraccettive, tecnologie*, w: *Enciclopedia di bioetica...*, dz. cyt., s. 540–541. Przypomnijmy przede wszystkim dwa kluczowe dokumenty: encyklikę *Humanae vitae*, w której Paweł VI w bardzo jasny sposób przedstawił to zagadnienie w nr 12, 13, 14, oraz encyklikę *Evangelium vitae*, gdzie Jan Paweł II po raz pierwszy podkreślił istniejącą różnicę między mentalnością antykoncepcyjną (kulturą śmierci) a kulturą życia – i walkę między nimi (nr 21, 28, 50, 86, 87, 104, 105).

<sup>630</sup> Por. I. Carrasco de Paula – M. Pennacchini, *Contraccezione. Parte etica 2. Il comportamento sessuale contraccettivo*, w: EBSG, t. III..., dz. cyt., s. 510.

### 4.2.3.3. Naturalna regulacja płodności

CrMS nie jest środkiem antykoncepcyjnym, ale metodą rozpoznawania płodności, pozwalającą kobiecie wskazać jej obecność lub nieobecność dzięki obserwacji naturalnych oznak i objawów, które ujawniają nie tylko jej rytmy, ale także każdą ewentualną zmianę fizjologiczną bądź patologiczną. Ta wiedza pomaga rozwinąć świadomość i docenić własną płodność, ale – co ważniejsze – proponuje rozwiązania zgodne z ludzką naturą<sup>631</sup>. W związku z tym Jan Paweł II zauważa:

Etyczna regulacja poczęć bywa też nazywana „naturalną”, co można tłumaczyć jako zgodność z „prawem natury” (z etycznym prawem natury!). Przez „prawo natury” rozumiemy w tym wypadku odczytywany rozumem „porządek natury” w dziedzinie prokreacji: porządek ten jest wyrazem urzeczywistniającego się w naturze planu Stwórcy [...]. Nie tyle wierność dla bezosobowego „prawa natury”, ile dla osobowego Stwórcy, który jest Źródłem i Panem tego prawa, stanowi o etycznym charakterze postawy wyrażającej się w „naturalnej” regulacji poczęć<sup>632</sup>.

A ponieważ istnieją błędne interpretacje tego stanowiska Urzędu Nauczycielskiego Kościoła, papież dodaje:

Z tego punktu widzenia redukcja do samej biologicznej prawidłowości, oderwanej od „porządku natury” i „planu Stwórcy”, [...] jest wypaczeniem właściwej myśli wyrażonej w encyklice *Humanae vitae*<sup>633</sup>.

Należy podkreślić, że decyzja o rozpoznaniu płodności jest zachowaniem moralnym, które implikuje powstrzymanie się od stosunku seksualnego. To też jako zachowanie seksualne wybrane przez wolę kierującą się rozumem, czyli zachowanie podjęte w sposób wolny, jest aktem odpowiedzialności pro-

---

<sup>631</sup> Por. T.W. Hilgers, *Introduction to the CREIGHTON MODEL System*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 44–45; T.W. Hilgers, *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language...*, dz. cyt., s. 1; *Book II...*, dz. cyt., s. 233.

<sup>632</sup> Jan Paweł II, *Mężczyznę i niewiastę stworzył ich...*, dz. cyt., s. 476.

<sup>633</sup> Jan Paweł II, *Mężczyznę i niewiastę stworzył ich...*, dz. cyt., s. 476. Por. VS, nr 47–50.

kreacyjnej. Tę postawę można zrozumieć, wychodząc od głębszej motywacji i zrozumienia miłości jako daru<sup>634</sup>.

A zatem opierając się na zasadzie selektywnego stosunku seksualnego i wykorzystując wiedzę o naturalnej regulacji płodności, małżonkowie zawsze dokonują aktów: zarówno kiedy odbywają akt, jak i kiedy się od niego powstrzymują. CrMS sama w sobie nie jest metodą antykoncepcyjną, lecz po prostu nie zapewnia warunków, aby poczęcie zaistniało. Dostarcza wiedzy o okresach płodnych i niepłodnych. W rzeczywistości o poczęciu lub jego braku decyduje „akt” seksualny lub „akt” wstrzemięźliwości małżonków. Kiedy natomiast małżonkowie uciekają się do środków antykoncepcyjnych, ich akty, nie wymagając żadnego panowania ze strony rozumu i woli, mogą obiektywnie tracić charakter prokreacyjnie odpowiedzialnych aktów seksualnych<sup>635</sup>.

Dzięki wiedzy dostarczonej przez CrMS zasada selektywnego stosunku seksualnego jest – choć w innym sensie niż stosunek seksualny – najbardziej autentycznym wyrazem nierozzerwalnego związku istniejącego między prokreacyjnym a jednoczącym znaczeniem seksualności<sup>636</sup>. Małżonkowie bowiem przeżywają tę odpowiedzialność prokreacyjną w pełni miłości cielesno-duchowej, modyfikując swoje postępowanie, to znaczy konkretnie swoje zachowanie seksualne, kierując się odpowiedzialnością<sup>637</sup>.

Propozycja środków antykoncepcyjnych jest związana z szerzeniem się mentalności ukierunkowanej na kontrolę urodzin. W minionych kilkudziesięciu latach rozwinęła się kultura planowania rodziny za pomocą środków

<sup>634</sup> Por. P. Marzec, *Naprotechnologia – nowoczesna troska o zdrowie...*, dz. cyt., s. 192.

<sup>635</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 36; T.W. Hilgers, *What is NaProTECHNOLOGY?*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. 25; I. Carrasco de Paula – M. Pennacchini, *Contracezione. Parte etica 2. I metodi di regolazione naturale della fertilità e l'atto di astensione*, w: EBSG, t. III..., dz. cyt., s. 510.

<sup>636</sup> NPT utrzymuje, że akty małżeńskie zawsze zachowują pełną zdolność jednoczenia osób, nawet kiedy fizjologicznie nie jest możliwe przekazywanie życia. W związku z tym przypomnijmy nauczanie Pawła VI: „Stosunki, przez które małżonkowie jednoczą się w sposób intymny i czysty, i przez które przekazuje się życie ludzkie, są [...] «uczciwe i godne». Nie przestają być moralnie poprawne, nawet gdyby przewidywano, że z przyczyn zupełnie niezależnych od woli małżonków będą niepłodne, ponieważ nie tracą swojego przeznaczenia do wyrażania i umacniania zespolenia małżonków”. HV, nr 11.

<sup>637</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 36; I. Carrasco de Paula – M. Pennacchini, *Contracezione. Parte etica 2. I metodi di regolazione naturale della fertilità e l'atto di astensione*, w: EBSG, t. III..., dz. cyt., s. 510.

antykonceptyjnych, która ewoluowała wraz z nagłośnieniem technologicznego postulatu „większej skuteczności i większego bezpieczeństwa”, ale to wszystko odbyło się ze szkodą dla godności osoby ludzkiej.

Wybór antykoncepcji stał się prawdziwym wrogiem człowieka nie tyle dlatego, że próbuje przeszkodzić jego liczebnemu rozmnażaniu się, ile raczej dlatego, że chce go ogołocić z jego wolności i podporządkować modelom kulturalnie ubogim i niechcianym. My natomiast za pomocą CrMS przedstawiamy siłę godną człowieka: siłę cnoty.

Znaczenie NPT, która opiera się na CrMS, tkwi nie tylko w jej większej lub mniejszej skuteczności w służbie odpowiedzialnego ojcostwa i macierzyństwa, ale także w tym, że bardziej niż nauką znajdującą wyraz w określonej metodzie jest ona pewnym stylem życia, sposobem działania i nie działania, jest przede wszystkim sposobem kochania, w którym wierność, wielkoduszność i odpowiedzialność stanowią zasadnicze aspekty.

Podsumowując, NPT nie tylko proponuje godne traktowanie w leczeniu niepłodności, ale też służy formowaniu więzi małżeńskiej przez zrozumienie i afirmację seksualności pojmowanej jako rzeczywistość wieloczynnikową. Nie podziela wizji, zgodnie z którą płodność powinna być ograniczana, lecz raczej ją dowartościowuje, tworząc kulturę życia.

### 4.3. W stronę kultury prawdziwie ludzkiej

Po opisanu elementów konstytutywnych NaProEthics przejdziemy teraz do analizy tego, co z nich wypływa. Chodzi o kulturę NPT, sytuującą się na poziomie nowego humanizmu, w którym – jak podkreślał Jan Paweł II – cenne zdobycze nowoczesności łączą się z odwiecznymi wartościami człowieka<sup>638</sup>. Nowy humanizm – mówił dalej papież – w dziedzinie medycznej potwierdza wartość życia ludzkiego i godność jego przekazywania. Zakłada on personalistyczną koncepcję osoby i należy go ubogacić chrześcijańskim rozumieniem człowieka w świetle tajemnicy Chrystusa<sup>639</sup>.

<sup>638</sup> Por. Giovanni Paolo II, *Giovani umanizzate la terra* (19 ottobre 1986), nr 6, w: *Insegnamenti*, t. IX/2, LEV, Città del Vaticano 1986, s. 1112–1123, tu: s. 1118.

<sup>639</sup> Por. Giovanni Paolo II, *Giovani umanizzate la terra* (19 ottobre 1986), nr 6, w: *Insegnamenti*, t. IX/2, dz. cyt., s. 1112–1123, tu: s. 1118; DV II, B, nr 7; K. Stopa, *Humanizacja medycyny w świetle nauczania Jana Pawła II i Karty Pracowników Służby Zdrowia*, ŻiP 4 (2010), s. 73–75; K. Olbrych, *Nowy humanizm Jana Pawła II jako perspektywa dla współczesnej rzeczywistości szkolnej i wychowawczej*, „Pedagogia Christiana” 32 (2013), s. 56.

Chcemy przedstawić NPT jako jedną z inicjatyw, które przynoszą dobre owoce dla prawdziwie ludzkiej kultury, w której nauka, sumienie i zachowanie będą na służbie aktualnych i przyszłych pokoleń rodziny ludzkiej.

Aby uzasadnić nasze stanowisko, przeanalizujemy kulturę NPT z czterech perspektyw: z perspektywy jej pioniera, perspektywy naukowej oraz perspektywy wiary i etyki.

#### 4.3.1. Perspektywa pioniera

W tej optyce uwypuklimy kilka aspektów, które, naszym zdaniem, są ważne dla całej NPT. W sercu nowej nauki prokreacyjnej znajduje się doktryna *Humanae vitae*, toteż przypomnimy tutaj jeden z punktów bliskich całej koncepcji Hilgersa. Czytamy tam bowiem: „Wysokim uznaniem darzymy tych lekarzy i członków służby zdrowia, którzy w pełnieniu swojego zawodu ponad wszelką ludzką korzyść przenoszą to, czego wymaga od nich szczególnie wzgląd na chrześcijańskie powołanie. Niech niezachwianie trwają w zamiarze popierania zawsze tych rozwiązań, które zgadzają się z wiarą i prawym rozumem oraz niech starają się dla tych rozwiązań zjednać uznanie i szacunek ze strony własnego środowiska”<sup>640</sup>.

Odnosząc się do rozwiązań inspirowanych wiarą i prawym rozumem, podkreślimy roztropność, która uzdalnia rozum praktyczny do rozeznawania prawdziwego dobra. Ta cnota bierze pod uwagę główne przyczyny rzeczy i koncentruje się przede wszystkim na przyczynie ostatecznej, jaką jest Bóg<sup>641</sup>. Nie brakuje jej u Hilgersa, który łączy wszystko systematycznie z Bogiem<sup>642</sup>. W związku z tym siostra Mirkes – odpowiedzialna za projekt NaProEthics w Instytucie Pawła VI – stwierdza: „Hilgers świadomie trzyma się przesłanki, że nigdy nie zrozumie sensu i funkcjonowania ludzkiego układu rozrodczego oraz cyklu menstruacyjnego i owulacji, jeśli nie będzie respektował tajemnicy osoby jako całości, pacjenta jako całości. Ostatecznie uznaje on, że możliwe jest docenienie wartości pacjenta jako całości tylko wówczas, gdy zestawia się go

---

<sup>640</sup> HV, nr 27.

<sup>641</sup> Por. Giovanni Paolo II, *Commemorazione di Albert Einstein. L'armonia profonda che lega le verità della scienza e le verità della fede* (10 novembre 1979), nr 4, w: *InsegnGPII*, t. II/1, LEV, Città del Vaticano 1980, s. 1107–1114, tu: s. 1109.

<sup>642</sup> U podstaw jego poszukiwań naukowych jest nauczanie Kościoła. Por. 2.1.2 niniejszej pracy.



z osobą Boga i Jego miłością dającą życie”<sup>643</sup>. W innym miejscu dodaje, że to właśnie credo skłoniło Hilgersa, kierującego się dumną niezależnością zmieszaną z przekonaniem religijnym, do przyłączenia się do wąskiej grupy katolickich profesjonalistów, którzy podjęli apel papieża Pawła VI o rozwijanie moralnej i mającej fundament naukowy metody planowania rodziny, jak również do przyjęcia nauczania *Donum vitae* w swoim poszukiwaniu naukowym, w którym wizja antropologiczna jest pod każdym względem zgodna z naturalną prawdą o osobie ludzkiej i jest zawarta w nauczaniu Magisterium Kościoła<sup>644</sup>.

Kolejny aspekt, który chcemy podkreślić, dotyczy rygoru intelektualnego, z jakim Hilgers prowadzi swoje badania. W związku z tym Jan Paweł II przypomina:

Aby zatem działanie naukowca było naprawdę wiarygodne, powinien on z drugiej strony respektować w swojej pracy te żądania, które płyną przede wszystkim z prawdziwej logiki nauki. Wspomnę tutaj o wierności tej prawdzie, której należy szukać<sup>645</sup>, o mocnej samodyscyplinie i wolności od egoistycznych interesów, o gotowości wspólnej pracy, co prowadzi do konfrontowania rezultatów własnych poszukiwań z wynikami kolegów, a nawet do ich podważenia, jeśliby zostały one kompetentnie ocenione<sup>646</sup>.

Według siostry Mirkes te same sztywne standardy, które należy stosować w poszukiwaniu naukowym, są zachowane w pracy Hilgersa, przede wszystkim w odniesieniu do: gromadzenia, konfrontowania, interpretowania danych, uruchamiania projektów badawczych i stosowania norm etycznych, które dyscyplinują badanie biomedyczne oraz jego stosowanie w medycynie klinicznej<sup>647</sup>.

W ujęciu pioniera NPT jest w niej jeszcze jeden bardzo interesujący aspekt – to podwójna misja, na którą składają się współpraca i pogłębione poznanie.

---

<sup>643</sup> R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical...*, dz. cyt., s. 30.

<sup>644</sup> Por. R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical...*, dz. cyt., s. 32.

<sup>645</sup> Dla Hilgersa jest to osoba ludzka oraz ludzki układ rozrodczy.

<sup>646</sup> Giovanni Paolo II, *Visita all'Università di Friburgo. La scienza è veramente libera quando si lascia determinare dalla verità* (13 giugno 1984), nr 6, w: *InsegnGPII*, t. VIII/1, LEV, Città del Vaticano 1984, s. 1704–1710, tu: s. 1709.

<sup>647</sup> Por. R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical...*, dz. cyt., s. 32–33.

Dla Hilgersa pierwszą misją jest to, że istotę ludzką i prokreację należy traktować jako kogoś i coś, co należy zrozumieć i darzyć czcią<sup>648</sup>. Wyraźnie ma on na myśli rozróżnienie między rządzeniem a panowaniem nad naturą, między szacunkiem a współpracą, między usunięciem a zastąpieniem i/lub całkowitym kontrolowaniem *ordo rerum* w dziedzinie prokreacji<sup>649</sup>.

Drugą misją jest pełne poznanie złożonego funkcjonowania cyklu menstruacyjnego i owulacji. Dzięki tej wiedzy służby medyczne i chirurgiczne NPT będą dokładały starań, aby zapewnić integralne dobro prokreacyjne swoim pacjentom. Ostatecznie za sprawą tego poczucia misji mówimy o znakomitej gwarancji: medycyna naturalnej prokreacji może być technologią prawdziwie służącą człowiekowi<sup>650</sup>.

#### 4.3.2. Perspektywa naukowa

NPT, jako technologia, związana jest z etyką i wiarą i nie należy jej od nich oddzielać, w przeciwieństwie do technik medycznie wspomaganego zapłodnienia i poczęcia człowieka, opartych na naukowej wizji istoty ludzkiej i prokreacji, przenikniętej materializmem, pragmatyzmem, progresizmem i indywidualizmem. Istnieje zatem wyraźny kontrast między tymi technikami a NPT na poziomie zarówno teoretycznym, jak i praktycznym. Pierwsza jako całość tworzy humanizm redukcjonistyczny (który opiera się na antykoncepcji i różnych technologiach prokreacji wspomaganey), druga podtrzymuje nowy humanizm, który potwierdza naturę istoty ludzkiej i jej godność<sup>651</sup>.

Wiele bezpłodnych par ucieka się do zapłodnienia pozaustrojowego (IVF), ponieważ uważa tę technikę za łatwą, zdolną dostarczyć im tego, czego pragną. Metoda ta na pozór wydaje się najbardziej skutecznym sposobem posiadania biologicznego dziecka. Z tej perspektywy wybór IVF prezentuje się jako „właściwy” z dwóch powodów. Po pierwsze dlatego, że działa (pragmatyzm), a po drugie dlatego, że stanowi najszybszy sposób uzyskania poczęcia (utilitaryzm). A ponieważ „dobrym” wyborem jest ten, który przynosi „do-

<sup>648</sup> Por. T.W. Hilgers, *The NaProTECHNOLOGY Revolution...*, dz. cyt., s. 64.

<sup>649</sup> Por. R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical...*, dz. cyt., s. 33.

<sup>650</sup> Por. R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical...*, dz. cyt., s. 33.

<sup>651</sup> Por. R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism*, „Fellowship of Catholic Scholars Quarterly” 2 (2004), s. 24–25.

bre” rezultaty i zwiększa ludzkie szczęście, można fałszywie wyciągnąć wniosek, że wybór pragmatyczny jest koniecznie również „etyczny”<sup>652</sup>.

W przypadku NPT tym, co skłania parę do jej wybrania, jest przekonanie, że istnieją takie zasady, jak prawda obiektywna oraz obiektywnie właściwe lub błędne wybory. Dokonanie dobrego wyboru w obszarze medycyny prokreacyjnej oznacza, po pierwsze, nade wszystko wybranie takiej terapii (lub metody), która w pełni respektuje to, co jest obiektywnie prawdą w odniesieniu do ludzkiej osobowości i płodności, a po drugie, wybranie tego, co respektuje godność pary i jej zdolność prokreacji<sup>653</sup>.

Podstawowa przesłanka leżąca u podstaw NPT zapuszcza natomiast swe korzenie w doktrynie o *imago Dei* – głoszącej prawdę, że osoba ludzka została stworzona na obraz Boga – oraz w ogólnej psychosomatycznej wizji istoty ludzkiej, której nadaje kształt. W konsekwencji Boże plany wobec męskiej i żeńskiej płciowości są zgodne z naturą. Ludzka płciowość ma na celu promowanie miłości, która daje życie, opartej na porozumieniu między żyjącymi w małżeństwie mężczyzną i kobietą, którzy przez swój wzajemny dar osobowy, im właściwy i wyłączny, odzwierciedlają właściwe Bogu życie wewnętrzne, „trójosobowe” i komunikujące miłość<sup>654</sup>.

Zwolennicy IVF często twierdzą, że aby być nauką opartą na rozumie, musi ona koniecznie ignorować odniesienie do wiary. Dodają ponadto, że tylko przez obserwacje empiryczne rozumu i doświadczenia można znaleźć rozwiązania problemów niepłodności<sup>655</sup>.

Kościół natomiast jest przekonany, że nie może być żadnej realnej sprzeczności między nauką a wiarą, ponieważ cała rzeczywistość ostatecznie pocho-

<sup>652</sup> Por. R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism...* (“Fellowship...”), dz. cyt., s. 25.

<sup>653</sup> Por. R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism...* (“Fellowship...”), dz. cyt., s. 25.

<sup>654</sup> Por. R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism...* (“Fellowship...”), dz. cyt., s. 34; Jan Paweł II, *Mężczyzną i niewiastą stworzył ich...*, dz. cyt., s. 53–56.

<sup>655</sup> Hilgers podkreśla, że wielu lekarzy jest od wielu lat przekonanych (i wciąż takimi pozostaje), iż nie da się pogodzić praktyki medycyny prokreacyjnej z zasadami personalizmu, pogłębionymi przez nauczanie katolickie. W ten sposób utrwaliło się przeświadczenie, że istnieje jakiś konflikt między wiarą i rozumem. Aby rozwiązać ten problem, Jan Paweł II opublikował w 1998 roku encyklikę *Fides et ratio*. Por. T.W. Hilgers, *Preface*, w: T.W. Hilgers (ed.), *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY...*, dz. cyt., s. XXVIII–XXIV.

dzi od Boga Stwórcy<sup>656</sup>. Dodajmy tutaj ważną myśl Jana Pawła II, która nam to potwierdza: „Nauka stosowana musi sprzymierzyć się z sumieniem, aby w trójmianie nauka-technologia-sumienie służyła sprawie prawdziwego dobra człowieka”<sup>657</sup>.

Jednakże wiedza empiryczna leżąca u podstaw technik sztucznego zapłodnienia nie uznaje innych faktów poza tymi weryfikowalnymi za pomocą obserwacji, natomiast nauka NPT uznaje prawdy metafizyczne. Te ostatnie zostały przez Jana Pawła II określone mianem „rzeczywistości ducha”. Choć nie dają się zaobserwować pod mikroskopem, są jednak rzeczywiste i stanowią „część całej prawdy” o ludzkiej płodności oraz o jej wspomaganiu<sup>658</sup>.

### 4.3.3. Perspektywa wiary

Jednym z ważniejszych aspektów, które chcemy uwypuklić odnośnie do wizji wiary leżącej u podstaw NPT, jest to, czym ona nie jest. Nie jest fideizmem, nie przeciwstawia wiary rozumowi, credo sumieniu lub doświadczenia religijnego krytycznemu rozumowaniu. Nauka NPT jest sprzymierzeńcem rozumu<sup>659</sup>. Te dwie prawdy nigdy nie mogą być w sprzeczności między sobą, ponieważ są „dwoma skrzydłami, dzięki którym ludzki duch wznosi się ku kontemplacji prawdy” – jak przypomina Jan Paweł II<sup>660</sup>.

Wiara katolicka, która inspiruje NPT, zapewnia, że technologia ta zachowuje właściwe proporcje między wiarą a ludzkim rozumem, ponieważ respektuje ich „autonomię i wzajemność”. Wizja wiary leżąca u podstaw NPT przyznaje, że choć nauka i wiara reprezentują dwa różne porządki poznania, autonomiczne w swych procesach, to jednak w końcu zgodnie dochodzą do odkrycia rzeczywistości we wszystkich jej aspektach – rzeczywistości mającej swój początek w Bogu. Ponadto łączy ona myśl naukową, będącą w mocy

---

<sup>656</sup> Por. GS, nr 36.

<sup>657</sup> Giovanni Paolo II, *Commemorazione di Albert Einstein. L'armonia profonda che lega le verità della scienza e le verità della fede...*, dz. cyt., nr 2, s. 1108.

<sup>658</sup> Por. R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism...* (“Fellowship...”), dz. cyt., s. 34.

<sup>659</sup> Por. R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism...* (“Fellowship...”), dz. cyt., s. 36.

<sup>660</sup> Por. FC, nr 1, 15, 43. Ważne przyczynki do refleksji nad relacją między wiarą a rozumem znajdują się w: E. Ozorowski, *Technika, rozum i wiara w nauczaniu Jana Pawła II (Veritatis splendor, Fides et ratio)*, „Saeculum Christianum” 1 (2000), s. 221–234.

człowieka, z wiarą, aby szukać prawdy i wyrażać pełnię wszystkich ludzkich zdolności<sup>661</sup>.

Nauczanie Kościoła katolickiego stojące u podstaw NPT pokłada zatem ufność w rozumie, a jej składnik intelektualny jest otwarty na teologię katolicką. Jej wizja wiary stawia zarówno rozum, jak i wiarę na służbie rodziny ludzkiej. Jest to zatem wiara, która nie popada w racjonalizm<sup>662</sup>.

Podsumowując, wiara będąca u podstaw NPT zachowuje zrównoważoną relację z rozumem, zgodnie z sugestią Soboru Watykańskiego II: „We wszystkich dyscyplinach wiedzy [medycyna prokreacyjna] badanie metodyczne, jeśli tylko przebiega w sposób prawdziwie naukowy i zgodny z normami moralnymi, nigdy w istocie nie będzie sprzeczne z wiarą, ponieważ sprawy świata [planowanie rodziny i niepłodność] i sprawy wiary [głębokie znaczenie prokreacji] pochodzą od tego samego Boga”<sup>663</sup>.

#### 4.3.4. Perspektywa etyki

Zagadnienie to zilustrowaliśmy już w obecnym rozdziale, teraz natomiast spróbujemy streścić kilka jego kluczowych pojęć.

Ponieważ w NPT etyka łączy się z nauką, nie da się opisać jednej bez uwzględnienia także drugiej. Opisując wizję moralną, potrzebujemy dalszych uściśleń, aby zrozumieć, co stanowi fundament tych dóbr ludzkich i wspomnianych już norm, które są zachowywane przez NPT.

NPT używa narracji nadprzyrodzonej rozszerzonej, kompletnej i obiektywnej, aby ukazać ludzkie znaczenie faktów naukowych i teologicznych. W świetle tej narracji zrozumiąły stają się najgłębszy sens zrodzenia nowego życia,

---

<sup>661</sup> Por. R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism...* (“Fellowship...”), dz. cyt., s. 36. W tym kontekście chcemy również podkreślić nauczanie Benedykta XVI, które od samego początku charakteryzuje się szczególnym zwracaniem uwagi na związek między wiarą i rozumem. Temat ten był już wcześniej poruszany w długoletniej pracy teologicznej Josepha Ratzingera, który po swoim wyborze na papieża omówił go w przynajmniej trzech głównych wystąpieniach. Zważywszy na miejsca, w których zostały one wygłoszone, można by je określić „uniwersyteckimi”. Chodzi o: przemówienie *Wiara, rozum i uniwersytet. Wspomnienia i refleksje* w Ratyźbonie (12 września 2006), wystąpienie podczas spotkania na Uniwersytecie La Sapienza w Rzymie (16 stycznia 2008) i wreszcie przemówienie z okazji spotkania ze światem kultury w Collège des Bernardins w Paryżu (12 września 2008).

<sup>662</sup> Por. R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism...* (“Fellowship...”), dz. cyt., s. 36.

<sup>663</sup> GS, nr 36.

sens ludzkiej płciowości i aktu małżeńskiego. Sposób, w jaki NPT rozumie małżeństwo i ludzką płciowość, mieści się w ramach „horyzontu prawdy”, która zamieszkuje w osobie Boga.

Pozostając w dalszym ciągu w obrębie tego „horyzontu mądrościowego” sumienia dobrze uformowanego, założyciele NPT zdają sobie sprawę, że wyniki medyczne i naukowe są nierozzerwalnie związane z etyką, a zatem z teologią moralną. Odpowiedzialni za kulturę medyczną NPT wierzą „w zdolność ludzkiego rozumu”, dzięki której można uchwycić kompletną wizję istoty ludzkiej: ciała i ducha.

NPT uznaje zatem, że rozum ludzki jest zdolny uchwycić pierwotną prawdę o godności istoty ludzkiej, która z kolei jest wyjaśniona i potwierdzona przez Boże Objawienie.

Podsumowując, możemy powiedzieć, że kultura NPT, która reprezentuje różne perspektywy, jest bardzo potrzebna, dziś bardziej niż kiedykolwiek dotąd. Polega ona na nowym systemie myślenia. Jest działaniem, które wypływa raczej z dialogu (i żywi się nim) niż z przeciwstawiania nauki, etyki i wiary. Ponadto przybiera ona formę wzorca zdrowia prokreacyjnego, który wyprzedza rolę biomedycyny w nowym humanizmie.

NPT buduje kulturę prawdziwie ludzką, nową kulturę życia, jak podkreślał Jan Paweł II, zwracając się do profesora Hilgersa i personelu Instytutu Pawła VI:

Jestem bardzo wdzięczny za wkład wnoszony przez Instytut w promowanie wiernego zachowywania nauczania Kościoła w dziedzinie małżeństwa i rodziny. W szczególności pragnę docenić i wesprzeć nieustanne wysiłki Instytutu zmierzające do zbudowania tej tak ważnej dla dzisiejszego społeczeństwa kultury życia. Jak napisałem w encyklice *Evangelium vitae*, „rodzącemu się życiu służą ośrodki upowszechniania naturalnych metod regulacji płodności: należy je rozwijać, ponieważ skutecznie pomagają one w stosowaniu zasad odpowiedzialnego ojcostwa i macierzyństwa, dzięki którym każda osoba – poczynając od dziecka – jest uznawana i szanowana ze względu na swą samoistną wartość, zaś kryterium wszelkich decyzji jest bezinteresowny dar z siebie (nr 88)<sup>664</sup>.

W świetle analizy aspektów moralnych NPT możemy wysnuć kilka wniosków. W leczeniu niepłodności NPT respektuje trzy podstawowe dobra w prze-

---

<sup>664</sup> Letter Sent to the Tenth Anniversary of the Pope Paul VI Institute's Founding, „From the Vatican” (24.08.1955), cytat pochodzi z: R. Mirkes, *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism...* („Fellowship...”), dz. cyt., s. 40 [kursywa autora].

kazywaniu życia: „a) prawo do życia i do integralności fizycznej każdej istoty ludzkiej od poczęcia aż do naturalnej śmierci; b) jedność małżeństwa, pociągającą za sobą wzajemne poszanowanie prawa małżonków do stania się ojcem i matką wyłącznie dzięki sobie; c) specyficznie ludzkie wartości płciowości, które wymagają, by przekazanie życia osobie ludzkiej nastąpiło jako owoc właściwego aktu małżeńskiego, aktu miłości między małżonkami”<sup>665</sup>.

To podejście NPT do wspomagania płodności nie tylko daje dziecko parze, ale przywraca małżonkom ich płodność oraz całą godność bycia odpowiedzialnymi za własne wybory prokreacyjne, daje możliwość stania się współpracownikami Boga w zrodzeniu nowej istoty ludzkiej. W ten sposób NPT realizuje personalistyczne postulaty etyczne, afirmując ludzką naturę, którą trzeba ubogacać i odnawiać w Chrystusie Jezusie.

„Każde poważne i prawe działanie człowieka jest czynną nadzieją”<sup>666</sup>. To zdanie Benedykta XVI wydaje się odpowiednim podsumowaniem tego, co zostało napisane w niniejszej pracy: NPT jest prawdziwą nadzieją dla tego, kto służy człowiekowi, ponieważ stwarza właściwe pole działania na rzecz służby dla prawdziwego dobra ludzi.

---

<sup>665</sup> DP, nr 12.

<sup>666</sup> Benedykt XVI, *Spe salvi* (30 listopada 2007), Encyklika o nadziei chrześcijańskiej, nr 35.





# Zakończenie

Nauczanie Kościoła „pomaga przeżywać w sposób zgodny i świadomy wspólnotę między małżonkami we wszystkich jej wymiarach, wraz z odpowiedzialnością za rodzenie. Trzeba odkryć na nowo orędzie encykliki *Humanae vitae* Pawła VI, która podkreśla potrzebę poszanowania godności osoby przy moralnej ocenie sposobów regulacji urodzin.

Franciszek<sup>667</sup>

Przy podejmowaniu poszukiwań poświęconych zagadnieniom wspomagania płodności przyświecały nam trzy cele. Pierwszy dotyczył fenomenu przekazywania życia, który staraliśmy się opisać z różnych punktów widzenia, aby nakreślić wielowymiarowy obraz, łączący różne jego aspekty: biologiczny, filozoficzny i etyczno-moralny. Fenomen ten omawialiśmy w świetle bioetyki personalistycznej opartej na ontologicznych podstawach. Okazała się ona najbardziej odpowiednią perspektywą dla analizowanej przez nas tematyki.

Drugi cel dotyczył innej rzeczywistości, to znaczy niepłodności, wywołującej szereg reperkusji na wszystkich poziomach u tych, którzy nie są w stanie spełnić swojego pragnienia rodzicielstwa. Jak zauważyliśmy w analizie przeprowadzonej w trakcie naszego studium, sztuczne zapłodnienie – które we współczesnym społeczeństwie na pierwszy rzut oka zdaje się stanowić odpowiednie rozwiązanie tego problemu – rodzi rozliczne pytania, między innymi o jego stosowalność, rzeczywistą skuteczność, relację między ryzykiem a korzyścią. Wobec dotykającego liczne pary problemu niepłodności chodziło nam o to, by zweryfikować, która odpowiedź jest najbardziej właściwa. Odpowiedź taka powinna wykazać, że płodność przynależy do samej istoty miłości, ponieważ chodzi o miłość zdolną przekazać drugiemu własne bogactwo wewnętrzne. Pełnia znajdująca swój wyraz w zrodzeniu dziecka łączy się ze sposobem przyjęcia osoby ludzkiej jako daru, jako błogosławieństwa Boga.

W takim kontekście przy omawianiu wspomagania płodności bardzo ważne jest wskazanie nowych rozwiązań – stąd nasz trzeci cel – które niosłyby pomoc nieplodnym parom, jednocześnie wykorzystując przy tym naturalny proces ludzkiej prokreacji.

Właśnie te trzy wymienione cele skłoniły nas do precyzyjnego sformułowania tematu monografii odpowiadającej na szereg pytań związanych z przekazywaniem życia. Stąd tytuł: ***Naprotechnologia: cicha rewolucja.***

Aby zgłębić wybraną problematykę, w powyższej monografii, podzielonej na cztery rozdziały, szczególnie miejsce poświęcono dokonaniom profesora Thomasa W. Hilgersa, który zbudował nową naukę medyczną o zdrowiu prokreacyjnym.

W rozdziale I naszej pracy przeanalizowaliśmy najczęściej spotykane przyczyny ludzkiej nieplodności, wychodząc od licznych czynników, które niekorzystnie wpływają na zdrowie seksualne i prokreacyjne, w szczególności tych typowych dla naszych czasów. Następnie przedstawiliśmy zjawisko nieplodności z perspektywy psychologicznej i wreszcie uwypukliliśmy etiologię nieplodności zarówno kobiecej, jak i męskiej.

Ze studium biologiczno-medycznego wysnuliśmy kilka wniosków:

- **Pierwszy** – zdrowie prokreacyjne to kompleksowy dobrostan fizyczny, umysłowy i racjonalny, a nie po prostu brak stanów patologicznych lub chorób układu rozrodczego we wszystkich jego funkcjach i procesach. Zatem nieplodność jest wyrazem różnych czynników etiologicznych, czasami symptomatycznych, ale bardzo często asymptomatycznych z klinicznego punktu widzenia.
- **Drugi** – niezdolność prokreacyjna, częściowa lub całkowita, jest wyrazem interakcji dwóch różnych stanów fizycznych, męskiego i kobiecego, niekiedy niezależnych od siebie, a czasami połączonych ze sobą.
- **Trzeci** – opisując bardzo dziś rozpowszechnione psychologiczne aspekty nieplodności, stwierdziliśmy, że zarówno różne dysfunkcje seksualne, jak i czynniki emocjonalne z nimi związane, mogą wpływać na płodność w rozmaity sposób, w zależności od ładunku psychologicznego, czasu ich trwania, osobowości zainteresowanych podmiotów. Nieplodność, jak pokazuje nasze studium, jest wieloczynnikowa i jej przyczyny bardzo często są ze sobą powiązane.

Zważywszy, że nieplodność dotyczy dzisiaj w Europie 20–25% par, istnieje potrzeba znalezienia właściwej odpowiedzi, która byłaby pomocna dla osób doświadczających nieplodności, trzymając się jednocześnie naturalnego procesu płodności i pozwalając zrozumieć sens rodzenia oraz formy, w jakich ta płodność się przejawia.

Dlatego też w rozdziałach II i III przedstawiliśmy nową naukę medyczną – NaProTECHNOLOGY™ (NPT) – powstałą w Stanach Zjednoczonych i wypracowaną przez profesora Hilgersa wraz z jego współpracownikami. Interpretacja antropologiczna danych, które ją opisują, pozwoliła nam odpowiedzieć na kluczową kwestię naszej pracy, to znaczy w jaki sposób NPT wspomaga płodność. Wychodząc od opisu nauczania Magisterium Kościoła i medycznego kontekstu poszukiwań doktora Hilgersa, wykazaliśmy wszechstronność, funkcjonowanie, formację i skuteczność CrMS, na której opiera się NPT. Przedstawienie wymienionych wyżej pojęć pozwoliło nam zobaczyć kilka kluczowych punktów dotyczących tej nowej gałęzi medycyny prokreacyjnej.

Przede wszystkim podstawową zasadą NPT jest zdolność „współpracy” z cyklem menstruacyjnym oparta na Creighton Model FertilityCare™ System (CrMS), czyli zestandaryzowanej metodzie obserwacji tegoż cyklu paralelnie do cyklu płodności, mającej liczne zastosowania w odniesieniu do kobiet w wieku płodnym.

Różne są pola działania NPT: nade wszystko wprowadza ona związek między planowaniem rodziny a monitorowaniem i ochroną zdrowia prokreacyjnego. NPT oczywiście bierze również pod uwagę kwestię płodności męskiej, używając zaawansowanych technik chirurgicznych, endokrynologicznych i farmakologicznych.

Jedynym warunkiem, aby móc uzyskać pozytywny skutek w NPT, jest dobra edukacja pomagająca w praktykowaniu metody i zachowaniu zdrowia kobiety (w CrMS widzieliśmy bardzo starannie prowadzoną formację do planowania rodziny). Dla prawidłowego planowania bardzo istotne są obserwacje CrMS, podobnie jak prowadzenie zdrowego stylu życia. CrMS i NPT pozwalają skutecznie monitorować efekty takiego prokreacyjnego działania pary.

Bardzo ważną dla nas zasadą jest także ta, że naturalna regulacja urodzin opracowana przez profesora Hilgersa – jako odpowiedź na apel zawarty w *Humanae vitae* (nr 24) – nie tylko respektuje rytm biologiczny, lecz ujmuje każdą osobę holistycznie. Odpowiada na jej wewnętrzną jedność ducha, psychiki i ciała, jedność niedającą się nigdy sprowadzić do zwykłego zespołu mechanizmów biologicznych.

Interpretując biomarkery płodności i zdrowia, uzdalnia się kobietę do kontrolowania za pomocą CrMS własnego zdrowia prokreacyjnego i ginekologicznego, respektując jej własną integralność osobową, wzmacniając więź małżeńską i szanując godność każdego życia ludzkiego. Możemy zatem stwierdzić, że płodność jako pewien wymiar seksualności wyraża w NPT istotną konotację miłości: autentyczną więź pary, prowadzącą do wzajemnego obdarowywania się.

W rozdziale III przeanalizowaliśmy ściśle medyczne sposoby stosowania NPT, które mają na celu leczenie niepłodności zarówno męskiej, jak i kobiecej, poczynając od procedur diagnostyczno-terapeutycznych. Następnie przeszliśmy do leczenia zachowawczego i wykorzystania chirurgii w NPT, aby wreszcie dojść do wniosku, że skuteczność NPT została potwierdzona jej wysoce pozytywnymi rezultatami.

W procedurach diagnostyczno-terapeutycznych podstawowym elementem jest dogłębne zrozumienie przyczyn, które wpływają na płodność, tak aby przywrócić normalną fizjologię prokreacyjną, która z wielu powodów została zakłócona. Różnica między NPT a zapłodnieniem *in vitro* polega właśnie na tym, że w tej pierwszej metodzie fundamentalne jest postawienie diagnozy niepłodności, podczas gdy w drugim rozwiązaniu problem niepłodności jest całkowicie ignorowany, gdyż nie próbuje się dojść do jego przyczyn.

W kolejnych rozdziałach opisaliśmy innowacyjne koncepcje w leczeniu zdrowia prokreacyjnego, stosowane przez Hilgersa w procedurach diagnostyczno-terapeutycznych i w farmakologii. Ponadto pokazaliśmy, że w poszukiwaniu nowych rozwiązań we wspomaganiu płodności w NPT interwencje dietetyczne mają szczególne znaczenie, gdyż są w stanie wyleczyć pewne zaburzenia układu rozrodczego, w tym także niepłodność.

Odnosnie do chirurgii w NPT należy stwierdzić, że w porównaniu z chirurgią klasyczną kładzie ona szczególny akcent na celowość, to znaczy przywrócenie naturalnego funkcjonowania organizmu. Ważne w chirurgicznej NPT okazują się podstawowe techniki antyzrostowe z racji ich nowatorskiego sposobu stosowania przy usuwaniu przyczyn uniemożliwiających poczęcie dziecka. Do metod naturalnych NPT dołącza również leczenie farmakologiczne.

Wszystkie sposoby zastosowania nowej nauki dotyczącej zdrowia prokreacyjnego zostały potwierdzone licznymi rezultatami pozytywnymi, osiągniętymi w trakcie badań na całym świecie i publikowanymi w czasopiśmie naukowych<sup>668</sup>. Uzyskane dane pokazały przede wszystkim, że liczba kobiet, które ostatecznie uzyskały ciążę za pomocą NPT, przewyższa liczbę kobiet, które uzyskują ją przy pomocy technik medycznie wspomaganego zapłodnienia i poczęcia.

Ostatni i najważniejszy rozdział IV dotyczył etyczno-moralnych implikacji NPT (NaProEthics – etyki prokreacji naturalnej), dających się wyprowadzić z personalistycznej wizji człowieka. Kluczowymi elementami, nad którymi zatrzymaliśmy się, były: godność, wartość płodności, proponowany przez

---

<sup>668</sup> Por. Paragraf 3.4, rozdziału IV.

NPT nowy styl życia wpływający na więź małżeńską oraz kultura NPT, która przyczynia się do formowania sumień.

W NPT fundamentalnym kryterium pozostaje godność człowieka. Każda istota ludzka już od samego swego poczęcia ma prawo do życia, integralności cielesnej i nigdy nie należy jej traktować jako środka, lecz zawsze trzeba ją widzieć jako cel. W NPT respektuje się fakt, że akt małżeński ma miejsce w ramach małżeństwa, również w przypadku, gdy konieczne jest jego ułatwienie, tak aby poczęte dziecko zostało od samego początku przyjęte z miłością.

Zbadaliśmy, jak NPT szanuje godność małżonków, kładąc akcent na starannej diagnozie, oraz jak szanuje integralność aktu małżeńskiego w kwestii pobierania płynu nasiennego.

W przekazywaniu życia podkreśla się także godność wszystkich pracowników służby zdrowia. Głównym elementem Kodeksu Etycznego osób zaangażowanych w NPT jest to, że ta ostatnia przyczynia się do integralnego dobra człowieka. Ocena moralna w dużym stopniu wynika z holistycznego traktowania człowieka, postrzeganego w jego złożonej rzeczywistości, zarazem cielesnej, jak i duchowej.

NPT jest nie tylko skuteczną metodą leczenia niepłodności, ale także pozytywnie wpływa na więź małżeńską, wzmacniając ją przez zrozumienie i afirmację płciowości pojmowanej jako rzeczywistość wieloczynnikowa. Efekt taki uzyskuje się dzięki zastosowaniu indeksu oceny więzi małżeńskiej (S-P-I-C-E): *Spiritual, Physical, Intellectual, Communicative, Creative and Emotional*. NPT tworzy nową kulturę życia – odwieczne wartości ludzkości wchłaniają przemiany wynikające z postępu, prowadząc do nowego stylu zachowania, w którym wzajemnie się uzupełniają. Zakłada zatem personalistyczną koncepcję osoby, a jednocześnie ubogaca ją chrześcijańską koncepcją człowieka w świetle tajemnicy Chrystusa. W tym kontekście nowa nauka medyczna przynosi dobre owoce. Sumienie i zachowanie są w niej oddawane na służbę rodzinie.

**Oryginalnym elementem pracy jest kompleksowe przedstawienie, opisanie i ukazanie NPT w środowisku polskim, jako nowego i spójnego systemu diagnostycznego, medycznego i klinicznego wspomaganie płodności, odpowiadające naturze człowieka.** Innymi oryginalnymi aspektami pozostają: przedstawienie myśli Thomasa W. Hilgersa, który stawia sobie za cel leczenie zdrowia prokreacyjnego w sposób innowacyjny, wspierając więź małżeńską; włączenie metody personalistycznej za pośrednictwem NPT do bioetyki personalistycznej; personalistyczne podejście do dylematów moralnych związanych z brakiem rodzicielstwa i rozbudowane odpowiedzi na temat przekazywania życia ludzkiego proponowane przez nową naukę.

Oczywiście w naszym poszukiwaniu nie mogliśmy omówić całego zastosowania medycznego NPT w aspekcie wspomaganie płodności. Doktor Hil-

gers poświęcił NPT prawie czterdzieści lat swego życia, a zatem naszym życzeniem jest, aby niniejsza praca stanowiła bodziec do dalszych studiów nad tym zagadnieniem i zarazem przyczyniła się do rozpowszechnienia i stosowania NPT w środowisku polskim, gdzie mamy wielu wspaniałych instruktorów Modelu Creightona i konsultantów medycznych w zakresie naprotechnologii.

Uważamy, że mogłyby powstać bardziej pogłębione opracowania, na przykład dotyczące wykorzystania NPT w ramach nowej ewangelizacji, przede wszystkim w środowisku małżeństwa i rodziny, aby osiągnąć lepszą formację małżonków i narzeczonych. Głębsze poznanie NPT może się okazać wartościowe także w obszarze służby zdrowia w celu odpowiedniego przygotowania lekarzy i zainteresowanego personelu medycznego. Wkład lekarzy katolickich może być przydatny dla instytucji małżeństwa, gdyż dąży on do wzmocnienia fundamentów cywilizacji miłości i życia. Na płaszczyźnie medycznej pomocne też może być pokazanie oryginalności i skuteczności interwencji medycznych NPT.

NPT udowodniła swoją możliwość stosowania i większą skuteczność niż techniki medyczne wspomaganego zapłodnienia i poczęcia. W aspekcie ekonomicznym dziwi fakt, że NPT, której koszty są niskie, a więc nie wymaga ona dużego wkładu finansowego ze strony osób ją stosujących, nie jest w należyтым stopniu rozpowszechniona. Nie ma potrzeby dodawać, że *lobby* technik medycznie wspomaganego zapłodnienia i poczęcia dysponuje miliardowymi zasobami i przynosi zyski tysiącom osób, a więc można zakładać, że nie pozwoli sobie zbyt łatwo odebrać wpływów. Akceptowalność i łatwość stosowania metod naturalnych dla pacjentów, którzy się poddają NPT, powinna jednak skłonić wspólnotę naukową do zainteresowania się tą metodą i do jej implementowania.

Naszym intencją jest, aby niniejsza praca zwiększyła wśród opinii publicznej i w środowiskach naukowych świadomość korzyści z unikania jakichkolwiek manipulacji ludzkim życiem od samego jego początku. Każde ludzkie życie jest godne szacunku i troski już od momentu poczęcia, jest bowiem jedyne i niepowtarzalne, ma prawo do istnienia, do ochrony i do szczęścia.

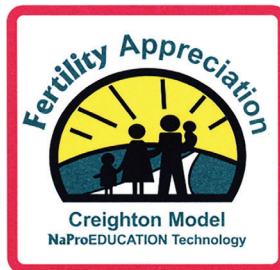
Ufamy, że nasze poszukiwanie wniesie również czynny wkład w rozwiązanie coraz bardziej rozpowszechnionego w naszych czasach problemu niepłodności małżeńskiej. Pragniemy, aby NPT szerzyła się w Polsce, podobnie jak w innych krajach, potwierdzając swoją przydatność oraz niezawodne korzyści.

Wreszcie naszym życzeniem jest, aby wielki wkład profesora Thomasa W. Hilgersa w naukę moralną Kościoła o przekazywaniu życia był przydatnym wsparciem dla teologów moralistów, pracowników służby zdrowia i nauczycieli naturalnego planowania rodziny oraz aby przyniósł wielkie wsparcie dla dobra małżeństwa i współczesnej rodziny.

# Apendyks A

## CREIGHTON MODEL **FertilityCare™ System**

AUTENTYCZNY JĘZYK  
ZDROWIA I PŁODNOŚCI KOBIETY<sup>SM</sup>



## **FertilityCare™ & NaProTECHNOLOGY®**

Nowoczesne podejście do zdrowia kobiety

Karta służy do zapisu (NaProTRACK™) biomarkerów naturalnie występujących faz płodności i niepłodności. Te same biomarkery pozwalają kobiecie na obserwowanie i zachowywanie zdrowia ginekologicznego i rozrodczego. **MODEL CREIGHTON** jest naukowo udokumentowany, precyzyjny i skuteczny. Może służyć do uzyskiwania poczęcia lub odkładania poczęcia w czasie. Umożliwia precyzyjną diagnostykę przyczyn niepłodności, poronień nawykowych, nieprawidłowych krwawień z dróg rodnych, nawracających torbieli jajników, bólów miednicy mniejszej, zespołu napięcia przedmiesiączkowego, itp. Wszystko to we współpracy z płodnością, z szacunkiem do kobiety i integralności małżeństwa. System ten ponadto pomaga małżonkom odkryć duchową głębię ludzkiej płciowości. Więcej informacji: [www.creightonmodel.pl](http://www.creightonmodel.pl), [www.naprotechnology.pl](http://www.naprotechnology.pl), [www.fcpc.pl](http://www.fcpc.pl).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35		
szczek																																					
data																																					
opis							SBP																														
szczek																																					
data																																					
opis							SBP																														
szczek																																					
data																																					
opis							SBP																														
szczek																																					
data																																					
opis							SBP																														
szczek																																					
data																																					
opis							SBP																														
szczek																																					
data																																					
opis							SBP																														
szczek																																					
data																																					
opis							SBP																														
szczek																																					
data																																					
opis							SBP																														
szczek																																					
data																																					
opis							SBP																														
szczek																																					
data																																					
opis							SBP																														
szczek																																					
data																																					
opis							SBP																														
szczek																																					
data																																					
opis							SBP																														
szczek																																					
data																																					
opis							SBP																														
szczek																																					
data																																					
opis							SBP																														
szczek																																					
data																																					
opis							SBP																														
szczek																																					
data																																					
opis							SBP																														
szczek																																					
data																																					
opis							SBP																														
szczek																																					
data																																					
opis							SBP																														

PRZ/POINIENIE: zamawiana kartka znowszki  
umow słu na spotamieindydualne

SBP = samobadanie piersi

Uzywaj symboli: P = PEAK • 123 = dni piodne po dniu PEAK • 1 = wspolycie



Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Nr ID \_\_\_\_\_ Karta nr \_\_\_\_\_ TC \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_

Instruktor: \_\_\_\_\_ Nr tel. \_\_\_\_\_

MODELU CREIGHTON powinno uczyć się **WYŁĄCZNIE** w ramach spotkań z wykwalifikowanym instruktorem. Pamiętaj o kolejnych spotkaniach, a innych zainteresowanych odsyłaj na pełnowartościowe szkolenie.

Data następnego spotkania	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
---------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----

**PRZYNOŚ KARTĘ NA KAŻDE SPOTKANIE INDYWIDUALNE**

#### DEFINICJE

**ŚLUZ TYPU PEAKOWEGO** = każda wydzielina śluzowa, która jest **przezroczysta, i/lub bardzo rozciągliwa, i/lub z lubrykacją**  
**ŚLUZ TYPU NIEPEAKOWEGO** = każda wydzielina śluzowa, która **nie jest ani przezroczysta, ani bardzo rozciągliwa, ani z lubrykacją**  
**DZIEŃ PEAK** = **ostatni dzień** występowania wydzieliny śluzowej, która jest **przezroczysta, i/lub bardzo rozciągliwa, i/lub z lubrykacją**

#### SYSTEM ZAPISU WYDZIELINY POCHWOWEJ

<b>H</b> = obfite krwawienie	<b>0</b> = suchość	<b>B</b> = brązowe (lub czarne) krwawienie
<b>M</b> = średnie krwawienie	<b>2</b> = wilgotna <b>bez</b> lubrykacji	<b>C</b> = nieprzezroczysta (biała)
<b>L</b> = skąpe krwawienie	<b>2W</b> = mokra <b>bez</b> lubrykacji	<b>CK</b> = nieprzezroczysta/przezroczysta
<b>VL</b> = bardzo skąpe krwawienie (plamienie)	<b>4</b> = byszcząca <b>bez</b> lubrykacji	<b>G</b> = gumowata (kleista)
<b>B</b> = brązowe (lub czarne) krwawienie	<b>6</b> = mało rozciągliwa (0,5 cm)	<b>K</b> = przezroczysta
	<b>8</b> = średnio rozciągliwa (1–2 cm)	<b>L</b> = lubrykacja
	<b>10</b> = bardzo rozciągliwa (2,5 cm i więcej)	<b>P</b> = papkowata (konsystencja kremu)
Zawsze zapisuj obecność śluzu lub jego brak w dni skąpego i bardzo skąpego krwawienia.	<b>10DL</b> = wilgotna z lubrykacją	<b>Y</b> = żółta (także jasnożółta)
	<b>10SL</b> = byszcząca z lubrykacją	
	<b>10WL</b> = mokra z lubrykacją	

Zapisuj jak często w ciągu dnia obserwowałaś najbardziej płodny objaw tego dnia. Używaj następujących symboli:

X1 = widziany jeden raz tego dnia X2 = widziany dwa razy tego dnia X3 = widziany trzy razy tego dnia AD = widziany cały dzień

#### INSTRUKCJE

INSTRUKTOR WSKAŻE CI WŁAŚCIWE INSTRUKCJE Z PONIŻSZEJ LISTY:

- A. Prowadź obserwacje regularnie.
- B. Wypełniaj kartę codziennie na koniec dnia. Zapisuj najbardziej płodny objaw tego dnia.
- C. Unikaj kontaktu genitalnego.
- D. Dni płodne (uzyskiwanie poczęcia):
- krwawienie miesiaczkowe
  - od pojawienia się śluzu do trzeciego pełnego dnia po dniu **PEAK**
  - 1 lub 2 dni śluzu typu **niepeakowego** w fazie **przedPEAK**owej
  - 3 lub więcej dni śluzu typu **niepeakowego** w fazie **przedPEAK**owej **oraz** 3 kolejne dni
  - każdy pojedynczy dzień śluzu typu **peakowego** **oraz** 3 kolejne dni
  - każde nietypowe krwawienie **oraz** 3 kolejne dni
- E. Dni niepłodne (odkładanie poczęcia):
- suche dni w fazie **przedPEAK**owej – na koniec dnia, co drugi dzień
  - suche dni w fazie **przedPEAK**owej – na koniec dnia, każdego dnia
  - czwarty dzień po dniu **PEAK** – zawsze na koniec dnia
  - suche dni w fazie **poPEAK**owej (po czwartym dniu) – koniec dnia, co drugi dzień
  - suche dni w fazie **poPEAK**owej (po czwartym dniu) – na koniec dnia, każdego dnia
  - suche dni w fazie **poPEAK**owej (po czwartym dniu) – o dowolnej porze dnia
  - suche dni w czasie krwawienia L, VL, lub B pod koniec miesiaczki – na koniec dnia
- F. Instrukcja dotycząca nasienia (zob. w podręczniku).
- G. „Podwójny” **PEAK**:
- w **PEAK** +3 zadaj pytanie o „podwójny” **PEAK**
  - jeśli faza **poPEAK**owa jest dłuższa niż 16 dni, a system był poprawnie używany do odkładania poczęcia, spodziewaj się późniejszej miesiaczki z powodu „podwójnego” **PEAK**u
  - jeśli **przewidujesz „podwójny” PEAK**, stosuj instrukcję końca dnia dla dni niepłodnych i kontynuuj prawidłowe obserwacje
- H. W razie wątpliwości uznaj ten dzień i 3 kolejne za płodne.
- I. Specjalne instrukcje dotyczące płodności:
- unikaj kontaktu genitalnego do czasu pojawienia się śluzu dobrej jakości (tylko dla pacjentów z obniżoną płodnością)
  - korzystaj z dni o największej ilości i najlepszej jakości śluzu **oraz** z dwóch kolejnych dni
  - zapisuj rozciągliwość śluzu w centymetrach (od 2,5 cm) (tylko dla pacjentów z obniżoną płodnością)
  - zapisuj ból brzucha (**AP**), ból po prawej stronie (**RAP**), ból po lewej stronie (**LAP**) (tylko dla pacjentów z obniżoną płodnością)
- J. Pytanie o zasadnicze podobieństwo. **Czy dzisiaj jest zasadniczo tak samo jak wczoraj?** Tak (Y) / Nie (N)
- K. Instrukcje dla żółtych znaczków:
- w fazie **przedPEAK**owej – na koniec dnia, co drugi dzień
  - w fazie **poPEAK**owej (po czwartym dniu) – na koniec dnia, co drugi dzień
  - w fazie **poPEAK**owej (po czwartym dniu) – na koniec dnia, każdego dnia
  - w fazie **poPEAK**owej (po czwartym dniu) – o dowolnej porze dnia
  - zakończ stosowanie po pojawieniu się miesiaczki (dotyczy kamniących piersi)
  - zakończ stosowanie żółtych znaczków w fazie **przedPEAK**owej w cyklach regularnych kiedy cykl śluzowy < 9 dni
- L. Jeśli karmisz wyłącznie piersią, pierwszych 56 dni po porodzie jest niepłodnych.
- M. Stosuj instrukcję końca dnia przez pierwszy prawidłowy cykl miesiaczkowy.
- N. Inne (np. test nasienia, test powtórnego przetarcia, PTC, itd.).
- O. Kontynuuj obserwacje przez całą ciążę.

NAZWA, ADRES I NUMER TELEFONU OŚRODKA  
**FertilityCare™**



# Apendyks B

## KODEKS ETYCZNY AMERYKAŃSKIEJ AKADEMII PŁODNOŚCI

Zasady i standardy podmiotu  
świadczącego usługi w zakresie NaProTECHNOLOGY™

### ZASADY KODEKSU ETYCZNEGO

#### **ZASADA 1**

ORGANIZACJA THE FERTILITYCARE PROFESSIONAL RESPEKTUJE GODNOŚĆ I DOBRO KAŻDEJ OSOBY, Z KTÓRĄ WSPÓŁPRACUJE, ŚWIADCZĄC SVOJE USŁUGI.

#### **ZASADA 2**

ORGANIZACJA THE FERTILITYCARE PROFESSIONAL SZANUJE WARTOŚĆ I GODNOŚĆ ŻYCIA LUDZKIEGO OD POCZĘCIA AŻ DO NATURALNEJ ŚMIERCI.

#### **ZASADA 3**

ORGANIZACJA THE FERTILITYCARE PROFESSIONAL PRZESTRZEGA PRZEPISÓW AKADEMII REGULUJĄCYCH NATURALNE PLANOWANIE RODZINY, THE CREIGHTON MODEL FERTILITYCARE SYSTEM™ ORAZ NaProTECHNOLOGY.

#### **ZASADA 4**

ORGANIZACJA THE FERTILITYCARE PROFESSIONAL PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA FORMUŁOWANE PRZEZ SIEBIE OSĄDY PROFESJONALNE.

#### **ZASADA 5**

DZIAŁALNOŚĆ ORGANIZACJI THE FERTILITYCARE PROFESSIONAL ORAZ PRZESTRZEGANIE ZASAD ETYCZNYCH MAJĄ NADRZĘDNE ZNACZENIE W STOSUN-

KU DO SPRZECZNYCH Z NIMI PRAKTYK ZWIĄZANYCH Z DZIAŁALNOŚCIĄ ZAROBKOWĄ LUB ZATRUDNIENIEM.

**ZASADA 6**

ORGANIZACJA THE FERTILITYCARE PROFESSIONAL MOŻE DOMAGAĆ SIĘ GODNEGO I STABILNEGO WYNAGRODZENIA ZA ŚWIADCZONE USŁUGI.

**ZASADA 7**

ORGANIZACJA THE FERTILITYCARE PROFESSIONAL DOSTARCZA KLIENTOM DOKŁADNYCH INFORMACJI NA TEMAT SWOJEJ DZIAŁALNOŚCI I OFEROWANYCH USŁUG.

**ZASADA 8**

POSTĘPOWANIE CZŁONKÓW ORGANIZACJI THE FERTILITYCARE PROFESSIONAL NIE MOŻE PRZYNOŚIĆ ZŁEJ SŁAWY AKADEMII ORAZ BRANŻY, W KTÓREJ DZIAŁA.

**ZASADA 9**

ORGANIZACJA THE FERTILITYCARE PROFESSIONAL OKAZUJE LOJALNOŚĆ I WSPARCIE AKADEMII W JEJ WYSIŁKACH ZMIERZAJĄCYCH DO OSIĄGANIA WYZNACZANYCH CELÓW.

## Zasady i standardy dostawcy usług w zakresie NaProTECHNOLOGY

### ZASADA 1

1.0 ORGANIZACJA THE FERTILITYCARE PROFESSIONAL RESPEKTUJE GODNOŚĆ I DOBRO KAŻDEJ OSOBY, Z KTÓRĄ WSPÓŁPRACUJE, ŚWIADCZĄC SWOJE USŁUGI.

1.1 Troska o godność i dobro pacjenta.

1.1.1 Organizacja The FertilityCare professional uznaje, że każda osoba stanowi niepowtarzalne indywiduum. Owa niepowtarzalność powinna być respektowana w sposób zgodny z Kodeksem Etycznym Akademii.

1.1.2 Organizacja The FertilityCare professional ma prawo odmówić świadczenia usług ze względu na sprzeczności nie do pogodzenia z zasadami moralnymi.

1.1.3 Organizacja The FertilityCare professional, nie wyrażając zgody na pewne działania lub zachowania, uznaje jednak osobę ludzką, promując jej rozwój osobowy.

1.1.4 Organizacja The FertilityCare professional dąży do zdobycia jak najlepszych umiejętności dydaktycznych oraz wiedzy merytorycznej, mając na uwadze dobro swoich usługobiorców.

1.1.5 Członkowie organizacji The FertilityCare professional, aby jak najlepiej wspierać pary w korzystaniu z systemu The Creighton Model FertilityCare System, sami go stosują lub, jeśli to niemożliwe (przypadki osób samotnych/przekwitających), wyrażają swoje uznanie i poparcie dla The Creighton Model FertilityCare System.

### ZASADA 2

2.0 ORGANIZACJA THE FERTILITYCARE PROFESSIONAL SZANUJE WARTOŚĆ I GODNOŚĆ ŻYCIA LUDZKIEGO OD POCZĘCIA AŻ DO NATURALNEJ ŚMIERCI.

2.1 Respektowanie godności każdego ludzkiego życia, narodzonego i nienarodzonego.

2.1.1 Organizacja The FertilityCare professional wspiera każdą parę, która spodziewa się dziecka.

2.2 Świadomość, czym jest płodność, i docenienie jej wartości.

2.2.1 Organizacja The FertilityCare professional szanuje i wspiera każdego, kto pragnie poznać swoją płodność.

2.2.2 Organizacja The FertilityCare professional respektuje i promuje ideał, zgodnie z którym każda para powinna żyć w harmonii i poczuciu szacunku dla płodności kobiety i mężczyzny.

2.2.3 Organizacja *The FertilityCare professional* szanuje wartość i godność komunio-twórczych i prokreacyjnych aspektów stosunku małżeńskiego, sprzeciwiając się jakimkolwiek działaniom z nimi niezgodnym.

2.2.4 Organizacja *The FertilityCare professional* sprzeciwia się stosowaniu antykoncepcji, sterylizacji, technik medycznie wspomaganego zapłodnienia i poczęcia, aborcji oraz środków poronnych.

2.2.5 Członkowie organizacja *The FertilityCare professional* zachęcają do nie-stosowania antykoncepcji oraz środków poronnych na podstawie swojej wiedzy z zakresu tematyki płodności i bezpłodności, uważając, że takie działania nie wpisują się w naturalne planowanie rodziny.

2.2.6 Organizacja *The FertilityCare professional* nie promuje, nie zachęca i nie popiera stosowania: antykoncepcji, sterylizacji, technik medycznie wspomaganego zapłodnienia i poczęcia, aborcji oraz środków poronnych.

### ZASADA 3

3.0 ORGANIZACJA THE FERTILITYCARE PROFESSIONAL PRZESTRZEGA PRZEPISÓW AKADEMII REGULUJĄCYCH NATURALNE PLANOWANIE RODZINY, THE CREIGHTON MODEL FERTILITYCARE SYSTEM, ORAZ NAPROTECHNOLOGII.

3.1 Praktyka zawodowa.

3.1.1 Członkowie organizacji *The FertilityCare professional*, nie będąc lekarzami, nie diagnozują stanu zdrowia klienta, lecz są odpowiedzialni za dostarczenie odpowiednich informacji (za zgodą klienta), które pomogą w postawieniu diagnozy.

3.2 Respektowanie informacji poufnych.

3.2.1 Organizacja *The FertilityCare professional* szanuje komunikację między usługodawcą a usługobiorcą jako uprzywilejowaną i poufną.

3.2.1.1 Informacje dotyczące przypadku poszczególnego klienta mogą być udzielane wyłącznie za jego zgodą.

3.2.1.2 Dane dotyczące klienta mogą być udostępniane wyłącznie na podstawie jego zgody pisemnej.

3.2.1.3 Informacje dotyczące przypadku poszczególnego klienta mogą być udzielane bez jego zgody pisemnej, jeżeli będą używane do celów naukowych lub wykorzystane w ramach akredytowanego programu edukacyjnego prowadzonego przez *The Creighton Model FertilityCare System*. Informacje te będą traktowane jako ściśle poufne.

3.2.1.4 Informacje dotyczące danego klienta, które uzyskano do celów prezentacji i dyskusji podczas spotkań zawodowych, są traktowane jako poufne

w obrębie tej grupy, chyba że otrzymano zgodę na ich upublicznienie. Imię i nazwisko klienta nie pojawia się przy takich informacjach.

### 3.3 Odpowiedzialność członków organizacji.

3.3.1 Organizacja *The FertilityCare professional* ma obowiązek zgłaszania domniemanej niekompetencji oraz/lub nieetycznego postępowania swoich członków oraz kandydatów na członków Zarządu Akademii.

3.3.2 Niezgłoszenie domniemanej niekompetencji oraz/lub nieetycznego postępowania stanowi naruszenie standardów etycznych Akademii.

## ZASADA 4

4.0 ORGANIZACJA THE FERTILITYCARE PROFESSIONAL PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA FORMUŁOWANE PRZEZ SIEBIE OSĄDY PROFESJONALNE.

4.1 Ponoszenie odpowiedzialności.

4.1.1 Organizacja *The FertilityCare professional* na początku pracy z daną parą bierze odpowiedzialność za planowanie jej programu edukacyjnego, a także za implementowanie, nadzorowanie, ewaluację i wcielanie w życie programu, tak aby kierowanie płodnością prowadziło do oczekiwanych rezultatów.

4.1.2 Jeżeli organizacja *The FertilityCare professional* nie posiada umiejętności pozwalających jej na nauczenie danej pary metody *The Creighton Model FertilityCare System*, usługodawca ma obowiązek wskazać wyspecjalizowaną osobę, która jest w stanie świadczyć tę usługę.

4.2 Cedowanie odpowiedzialności.

4.2.1 Organizacja *The FertilityCare professional* nie ceduje odpowiedzialności za nauczenie danej pary metody *The Creighton Model FertilityCare System* na osobę, która nie posiada kwalifikacji uprawniających do uczenia.

4.3 Przekierowanie klienta do innych usługodawców.

4.3.1 Jeżeli klient poprosi o przekierowanie do innego członka organizacji *The FertilityCare professional*, zostanie przekierowany do osoby posiadającej kwalifikacje konieczne do poprowadzenia danej sprawy.

4.4 Przekierowanie do innych specjalistów.

4.4.1 Organizacja *The FertilityCare professional* ma obowiązek poinformować danych klientów o tym, że prowadzenie ich sprawy leży poza jej kompetencjami, jeżeli sytuacja zostanie tak oceniona.

4.4.2 Przekazanie danych dotyczących danego klienta do innego członka organizacji *The FertilityCare professional* lub do innego usługodawcy, z którym klient chciałby się skonsultować, może nastąpić wyłącznie na podstawie zgody pisemnej klienta.

**ZASADA 5**

5.0 DZIAŁALNOŚĆ ORGANIZACJI THE FERTILITYCARE PROFESSIONAL ORAZ PRZESTRZEGANIE ZASAD ETYCZNYCH MAJĄ NADRZĘDNE ZNACZENIE W STOSUNKU DO SPRZECZNYCH Z NIMI PRAKTYK ZWIĄZANYCH Z DZIAŁALNOŚCIĄ ZAROBKOWĄ LUB ZATRUDNIENIEM.

5.1 Przestrzeganie zasad etycznych Akademii niezależnie od statusu zatrudnienia.

5.1.1 Zrzeszanie się w firmę, spółkę partnerską, korporację czy inną formę organizacji nie zwalnia danego członka FertilityCare professional, niezależnie od tego, czy jest on pracodawcą czy partnerem biznesowym, ani indywidualnie, ani zbiorowo, od obowiązku promowania, podtrzymywania i stosowania się do standardów etycznych tej działalności.

5.1.2 Jako pracodawca lub partner biznesowy członek organizacji The FertilityCare professional nie może pozwalać żadnemu pracownikowi na podejmowanie działalności sprzecznej z Kodeksem Etycznym Akademii.

5.1.3 Na członku organizacji The FertilityCare professional, który ma status pracownika, spoczywa obowiązek informowania pracodawcy/pracodawców o jakichkolwiek jego/ich działaniach, z powodu których usługodawca popada w konflikt z zasadami etycznymi Akademii.

5.1.4 Członek organizacji The FertilityCare professional, który ma status pracownika, powinien także dążyć do poprawy tych aspektów pracy, które stoją w sprzeczności z zasadami etycznymi Akademii.

5.1.5 Członek organizacji The FertilityCare professional, który ma status pracownika, nie może ani przyzwalać, ani być zmuszanym do wykonania jakichkolwiek czynności niezgodnych z Kodeksem Etycznym Akademii.

**ZASADA 6**

6.0 ORGANIZACJA THE FERTILITYCARE PROFESSIONAL MOŻE DOMAGAĆ SIĘ GODNEGO STABILNEGO WYNAGRODZENIA ZA ŚWIADCZONE USŁUGI.

6.1 Kwestie finansowe.

6.1.1 Rozważając, co stanowi o odpowiednio wysokim, zasłużonym i fiskalnie stabilnym wynagrodzeniu za świadczone usługi, należy wziąć pod uwagę profesjonalne wykształcenie członka organizacji The FertilityCare professional oraz konieczność otrzymania sprawiedliwej zapłaty odpowiadającej świadczonym usługom.

6.1.2 Organizacja The FertilityCare professional nie przedkłada własnego interesu finansowego nad dobro klienta.



## ZASADA 7

7.0 ORGANIZACJA THE FERTILITYCARE PROFESSIONAL DOSTARCZA KLIENTOM DOKŁADNYCH INFORMACJI NA TEMAT SWOJEJ DZIAŁALNOŚCI I OFEROWANYCH USŁUG.

7.1 Informacje na temat branży.

7.1.1 Organizacja The FertilityCare professional dąży do budzenia świadomości, czym są: naturalne planowanie rodziny, The Creighton Model FertilityCare System, NaProTechnology i związane z nimi korzyści.

7.1.2 Pisanie profesjonalnych artykułów wchodzących w skład medycznych i niemedyceńskich publikacji, uczestnictwo w seminariach, wykładach oraz programach społecznych powinno być umotywowane pragnieniem budzenia świadomości, czym są: naturalne planowanie rodziny, The Creighton Model FertilityCare System, NaProTechnology i związane z nimi korzyści oraz oferowane usługi.

7.1.3 Organizacja The FertilityCare professional zwalcza pozór, jakoby ogólne informacje wystarczały do należytego nauczania się, czym jest The Creighton Model FertilityCare System. Klienci nie nauczą się tego bez zindywidualizowanej edukacji, ewaluacji i zarządzania ich sprawą.

7.1.4 Wszystkie oświadczenia publiczne oraz publikacje odzwierciedlają kodeks etyczny wyznaczony przez Akademię.

7.2 Informacja o oferowanych usługach.

7.2.1 Organizacja The FertilityCare professional nie publikuje i nie wygłasza twierdzeń, które zawierają treści fałszywe, mylne, zwodnicze, samozachwalające lub krzywdzące.

7.2.2 Organizacja The FertilityCare professional może dostarczyć klientowi na piśmie, drogą radiową lub telewizyjną następujące informacje.

7.2.2.1 Dokładne informacje na temat naturalnego planowania rodziny, The Creighton Model FertilityCare System, NaProTechnology i oferowanych usługach.

7.2.2.2 Nazwy własne, w tym nazwy firm oraz nazwiska współpracowników oraz podmiotów zrzeszonych, a także adresy i numery telefonów.

7.2.2.3 Daty i miejsca otrzymania dyplomów.

7.2.2.4 Szkoły, do których uczęszczali poszczególni członkowie, z podaniem daty ich ukończenia, otrzymanego tytułu, wyróżnień edukacyjnych oraz miejsc praktyki zawodowej.

7.2.2.4.1 Nieetycznym jest, aby członek organizacji, który nie otrzymał danego tytułu lub certyfikatu, używał przed nazwiskiem jego skrótowiec lub pełną nazwę.

7.2.2.4.2 Członkom radzi się jednak, aby zgodnie z obowiązującymi w wielu państwach przepisami, używanie tytułu „lekarz” lub jego skrótowca przez

kogokolwiek wykonującego zawód związany z ochroną zdrowia, kto nie jest dyplomowanym lekarzem, może stanowić akt oszustwa, jeżeli niedookreślony zostanie cały jego tytuł zawodowy.

7.2.2.5 Członkostwo, urzędy oraz udział w związanych z naturalnym planowaniem rodziny lub innych stowarzyszeniach z zakresu ochrony zdrowia.

7.2.2.6 Członkostwo, urzędy oraz zasiadanie w komisjach Akademii.

7.2.2.7 Znajomość języków obcych (konkretnego członka lub kogoś w biurze).

7.2.2.8 Dopuszczalność kart kredytowych lub innych działań kredytowych.

7.2.2.9 Godziny, w których można przyjść lub zadzwonić do Biura.

7.2.2.10 Opłaty za zwyczajne usługi organizacji *The FertilityCare*:

7.2.2.10.1 Jeżeli organizacja *The FertilityCare professional* ustala pewną stawkę za daną usługę, nie może być ona świadczona za wyższą opłatą.

7.2.3 Organizacja *FertilityCare professional* nie przyznaje wynagrodzenia finansowego ani nie daje nic wartościowego przedstawicielom mediów, płacąc z góry lub uiszczając należność za upublicznią już profesjonalną reklamę medialną. Reklama płatna musi być wyraźnie w ten sposób określona, chyba że jej odpłatność wynika jednoznacznie z kontekstu.

7.2.4 Organizacja *FertilityCare professional* nie przyznaje wynagrodzenia finansowego ani nie daje nic wartościowego osobom trzecim za skierowanie do niej klientów. Wyjątek stanowi opłata za informacje publiczne niesprecyzne z niniejszą zasadą.

## **ZASADA 8**

8.0 POSTĘPOWANIE CZŁONKÓW ORGANIZACJI *THE FERTILITYCARE PROFESSIONAL* NIE MOŻE PRZYNOŚIĆ ZŁEJ SŁAWY AKADEMII ORAZ BRANŻY, W KTÓREJ DZIAŁA.

8.1 Postępowanie członków organizacji.

8.1.1 Organizacja *The FertilityCare professional* ma pełną świadomość, iż działalność z zakresu naturalnego planowania rodziny jest postrzegana przez pryzmat postępowania jej członków w życiu społecznym i zawodowym. Jej członkowie nie mogą zatem wywoływać zgorszenia, lecz powinni postępować w sposób odpowiadający ich statusowi zawodowemu.

## **ZASADA 9**

9.0 ORGANIZACJA *THE FERTILITYCARE PROFESSIONAL* OKAZUJE LOJALNOŚĆ I WSPARCIE AKADEMII W JEJ WYSIŁKACH ZMIERZAJĄCYCH DO OSIĄGANIA WYZNACZANYCH CELÓW.

9.1 Stosunki z Akademią.

9.1.1 Wsparcie i lojalność okazywane Akademii implikują zobowiązanie do współpracy z przedstawicielami Akademii, sprawnego odpowiadania na oficjalne prośby oraz dostarczania rzetelnych informacji.

9.1.2 Wyłącznie osoby wyznaczone przez Dyрекcję mają prawo zabierać głos w imieniu Akademii.

9.1.3 Logo Akademii jest oficjalnie zarejestrowanym znakiem firmowym i własnością Akademii. Może być używane tylko jako wybrane i zatwierdzone przez Akademię. Zakazane jest zarówno pokazywanie loga w reklamie usług, jak i rekomendowanie stosowanych urzędzeń, jeżeli nie uzyskano na to zgody Dyrekcji.

9.2 Członkostwo w innych organizacjach.

9.2.1 Członkostwo w jakiegokolwiek innej organizacji lub grupie nie może prowadzić do sytuacji, w których organizacja *The FertilityCare professional* naruszałaby standardy obowiązujące w Akademii.

9.3. zatrudnienie w innych organizacjach niż *The FertilityCare professional*.

9.3.1 Działanie w innych zawodach lub zatrudnienie w innych organizacjach niż *The FertilityCare professional* nie może prowadzić do sytuacji, w których usługodawca naruszałby standardy etyczne obowiązujące w Akademii.



# Bibliografia

## 1. Źródła

### 1.1. Źródła odnoszące się do badań

#### 1.1.1. Literatura

Fehring R. – Notare T., ed., *Human Fertility. Where Faith and Science Meet*, Marquette University Press, Milwaukee 2008.

Fehring R. – Notare T., *Science, Faith and Human Fertility. The Third Conference on Ethical Fertility Health Management*, Marquette University Press, Milwaukee 2012.

Hilgers T.W., *The Medical Applications of Natural Family Planning. A Physician's Guide to NaProTECHNOLOGY*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 1991.

Hilgers T.W., *The Ovulation Method of Natural Family Planning: An Introductory Booklet for the New User with an Introduction to Napro-technology: The Contemporary Approach to Women's Health Care*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 1992.

Hilgers T.W., *The Scientific Foundations of the Ovulation Method*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 1995.

Hilgers T.W., *Creighton Model FertilityCare™ System: An Authentic Language of a Woman's Health and Fertility<sup>SM</sup>*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2001<sup>5</sup>.

Hilgers T.W., *Reproductive Anatomy and Physiology*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2002<sup>2</sup>.

Hilgers T.W., *The Creighton Model FertilityCare™ System and Introductory Booklet for New Users*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2002.

Hilgers T.W., *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004.

Hilgers T.W., *The NaProTECHNOLOGY Revolution: Unleashing the Power in a Woman's Cycle*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2010.

Hilgers T.W. – Daly K.D. – Hilgers S.K. – Prebil A.M., *The Creighton Model FertilityCare™ System. A Standardized Case Management Approach to Teaching*, Book I: *Basic Teaching Skills*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2002<sup>2</sup>.

Hilgers T.W. – Daly K.D. – Hilgers S.K. – Prebil A.M., *The Creighton Model FertilityCare™ System. A Standardized Case Management Approach to Teaching*, Book II: *Advanced Teaching Skills*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2003.

Hilgers T.W. – Daly K.D. – Hilgers S.K. – Prebil A.M., *The Creighton Model FertilityCare™ System Core Curriculum*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2003<sup>2</sup>.

Hilgers T.W. – Daly K.D. – Hilgers S.K. – Prebil A.M., *The Picture Dictionary of the Creighton Model FertilityCare™ System*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2011<sup>3</sup>.

Hilgers T.W. – Daly K.D. – Hilgers S.K. – Prebil A.M., *The Paradigm Shift in Family Planning*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2014.

Marzec P., *Naprotechnologia – nowoczesna troska o zdrowie*, Mistyk, Tarnów 2015.

Packard J.B., ed., *In Their Own Words: Women Healed*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004.

Pingitore R. – Barbato M., ed., *Infertilità non è detta l'ultima parola*, MI-MEP-DOCETE, Pessano con Bornago (MI) 2012.

Terlikowski T.P., *Nadzieja na dziecko, czyli cała prawda o naprotechnologii*, Fronda PL, Warszawa 2015.

Wallace M. – Hilgers T.W., ed., *The Gift of Life: The Proceedings of a Conference on the Vatican Instruction on the Respect for Human Life*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 1990.

### 1.1.2. Artykuły

Barczentewicz M., *NaProTECHNOLOGY™ – nowa wizja NPR: diagnostyka i leczenie niepłodności*, „Życie i Płodność” 2 (2009), s. 83–91.

Barczentewicz M., *NaProTECHNOLOGY™ – podstawy naukowe i skuteczność metody*, w: *NaProTECHNOLOGY™ – ekologia płodności*, red. E. Wiater, eSPe, Kraków 2009, s. 13–36.

Barczentewicz M., *Czynnik męski jako jedna z przyczyn obniżonej płodności*, w: *NaProTECHNOLOGY™ w diagnozowaniu i leczeniu niepłodności. Szanse – wyzwania – efekty*, Wrocław 2012, s. 22.

Barczentewicz M., *Niepłodność jako wieloczynnikowy problem choroby przewlekłej. Metody leczenia zachowawczego w NaProTECHNOLOGY™*,

w: *NaProTECHNOLOGY™ w diagnozowaniu i leczeniu niepłodności. Szanse – wyzwania – efekty*, Wrocław 2012, s. 20.

Barron M.L. – Daly K.D., *Expert in Fertility Appreciation: The Creighton Model Practitioner*, “Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing” 4 (2001), s. 386–391.

Baryła A., *Czy odpowiednie odżywianie może poprawić płodność*, w: *NaProTECHNOLOGY™ w diagnozowaniu i leczeniu niepłodności. Szanse – wyzwania – efekty*, Wrocław 2012, s. 15.

Bassa B., *NaProTechnology – nadzieją dla niepłodnych małżonków*, w: „Studia Aloisiana” 1 (2012), s. 61–67.

Bigelow J.L. et al., *Mucus Observations in the Fertile Window: A Better Predictor of Conception Than Timing of Intercourse*, “Human Reproduction” 4 (2004), s. 889–892.

Boice J.A. et al., *Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States Summary of the NIAID-Sponsored Expert Panel Report*, “Nutrition Research” 31 (2011), s. 61–75.

Boyle P. – Stanford J., *Natural Procreative Technology – a Multifactorial Approach to the Chronic Problem of Infertility*, “Sveikatos mokslai” 3 (2011), s. 37–42.

Brown N. – Panksepp J., *Low-dose Naltrexone for Disease Prevention and Quality of Life*, “Medical Hypotheses” 3 (2009), s. 333–337.

Caddy L., *NaProTECHNOLOGY Nursing*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. T.W. Hilgers, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 1121–1136.

Cohen M.R. – Stein I.F. – Kaye B.M., *Spinnbarkeit: A Characteristic of Cervical Mucus*, “Fertility and Sterility” 3 (1952), s. 201–209.

Doud J., *Use effectiveness of the Creighton Model of NFP*, “International Review of Natural Family Planning” 1 (1985), s. 54–72.

Dzioba A., *Karta obserwacji cyklu Creighton Model FertilityCare™ System – klucz do zrozumienia płodności*, w: *Zdrowie prokreacyjne NaPro-TECHNOLOGY w diagnozowaniu i leczeniu bezpłodności*, red. B. Chazan, Bonami, Poznań 2010, s. 25–30.

Ejtmowicz N., *Etyczna ocena NaProTECHNOLOGY na tle sztucznych technik prokreacyjnych*, „Życie i Płodność” 3 (2011), s. 87–102.

Eyvazzadeh A.D. et al., *The Role of the Endogenous Opioid System in Polycystic Ovary Syndrome*, “Fertility and Sterility” 1 (2009), s. 1–12.

Fehring R.J. – Lawrence D. – Philpot C., *Use effectiveness of the Creighton Model Ovulation Method of Natural Family Planning*, “Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing” 4 (1994), s. 303–330.

Frisch R.E., *Body Fat, Menarche, Fitness and Fertility*, "Human Reproduction" 6 (1987), s. 521–523.

Grochowska I., *Integralny wymiar ludzkiej seksualności w Modelu SPICE profesora Thomasa Hilgersa*, „Fides et Ratio” 7 (2011), s. 4–16.

Hammoud A.O. et al., *Male Obesity and Alteration in Sperm Parameters*, "Fertility and Sterility" 6 (2008), s. 2222–2225.

Hemphill C.C. – Karges K. – Mirkes R., *Reducing Uterine and Ovarian Mortality Risks of Religious Sisters. A Critique and Counterproposal*, "The National Catholic Bioethics Quarterly" 12 (2012), s. 235–239.

Hilgers T.W. – Daly K.D. – Prebil A.M. – Hilgers S.K., *Cumulative Pregnancy Rates in Patients with Apparently in Fertility-Focused Intercourse*, "The Journal of Reproductive Medicine" 10 (1992), s. 864–866.

Hilgers T.W. – Prebil A.M. – Daly K.D., *The Effectiveness of the Ovulation Method as Means of Achieving and Avoiding Pregnancy*, w: *Presented at the Education Phase II Continuing Education Conference for Natural Family Planning Practitioners*, Mercy Fontenelle Center, Omaha (NE) 1980.

Hilgers T.W. – Stanford J., *Creighton Model NaProEDUCATION Technology for Avoiding Pregnancy*, "The Journal of Reproductive Medicine" 6 (1998), s. 495–502.

Hilgers T.W. – Yeung P., *Intratubal Pressure Before and After Transcervical Catheterization of the Fallopian Tubes*, "Fertility and Sterility" 1 (1999), s. 174–178.

Hilgers T.W., *The Statistical Evaluation of Natural Methods of Family Planning*, "International Review of Natural Family Planning" 3 (1984), s. 226–264.

Hilgers T.W., *Basic Charting and Chart Reading*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 107–118.

Hilgers T.W., *Basic CrMS Instructions*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 129–140.

Hilgers T.W., *Charting Continuous Discharges*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 119–128.

Hilgers T.W., *Chronic Pelvic Pain and Dysmenorrhea*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 1075–1082.

Hilgers T.W., *Cooperative Progesterone and Estrogen Replacement Therapy*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 335–340.



Hilgers T.W., *Diagnostic Laparoscopy: "Near Contact" Approach*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 845–854.

Hilgers T.W., *Disturbing Trends in the Health Care of Women, Children and Families*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 1–17.

Hilgers T.W., *Effectiveness of NaProTECHNOLOGY in the Treatment of Infertility*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 677–693.

Hilgers T.W., *Effects of Stress*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 341–344.

Hilgers T.W., *Fundamental Anti-Adhesion Surgical Techniques*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 907–931.

Hilgers T.W., *Introduction to the CREIGHTON MODEL System*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 43–56.

Hilgers T.W., *Introductory Presentation of the CrMS*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 83–106.

Hilgers T.W., *Male Infertility: Evaluation and Treatment*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 635–642.

Hilgers T.W., *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism*, w: *The Medical and Surgical of NaProTECHNOLOGY*, ed. T.W. Hilgers, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 29–40.

Hilgers T.W., *NaProTECHNOLOGY in Infertility: Evaluation and Treatment*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 509–540.

Hilgers T.W., *Ovarian Cysts: Evaluation and Treatment*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 381–386.

Hilgers T.W., *Polycystic Ovarian Disease: Medical Effects and Effects on Fertility*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 573–590.

Hilgers T.W., *Postpartum Depression: Evaluation and Treatment*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 369–380.

Hilgers T.W., *Preface*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. XXV–XXVII.

Hilgers T.W., *Premenstrual Syndrome: Evaluation and Treatment*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 345–368.

Hilgers T.W., *Recurrent Spontaneous Abortion: Evaluation and Treatment*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 775–796.

Hilgers T.W., *Selective Hysterosalpingography and Transcervical Catheterization of the Fallopian Tubes*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 899–906.

Hilgers T.W., *Special Instructions and Applications*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 141–160.

Hilgers T.W., *Standardization of Teaching*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 57–82.

Hilgers T.W., *Unusual Bleeding: Evaluation and Treatment*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 387–406.

Hilgers T.W., *What is Surgical NaProTECHNOLOGY?*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 839–844.

Hilgers T.W., *What is the NaProTECHNOLOGY?*, w: *The Medical and Surgical of NaProTECHNOLOGY*, ed. Id., Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 19–28.

Hilgers T.W., *Near Adhesion-Free Reconstructive Pelvic Surgery: Three Distinct Phases of Progress Over 23 Years*, “*Journal of Gynecologic Surgery*” 1 (2010), s. 31–40.

Hilgers T.W., *The New Women’s Health Science of NaProTECHNOLOGY*, “*Archives of Perinatal Medicine*” 4 (2011), s. 191–198.

Howard M.P. – Stanford J.B., *Pregnancy Probabilities During Use of the Creighton Model FertilityCare™ System*, “*Archive of Family Medicine*” 5 (1999), s. 391–402.

Howard M.P., *Use Effectiveness of the Ovulation Method (Creighton Model) of Natural Family Planning*, w: *Presented at the Ninth Annual Meeting of the American Academy of Natural family planning*, Milwaukee 1990.

Jemelka B.E. – Parker D.W. – Mirkes R., *NaProTECHNOLOGY and Conscientious OB/GYN Medicine*, “*Virtual Mentor*” 3 (2013), s. 213–219.

Keefe C.E. – Mirkes R. – Yeung P., *The Evaluation and Treatment of Cervical Factor Infertility. A Medical-Moral Analysis*, “The Linacre Quarterly” 4 (2012), s. 409–425.

Klimas P., *Chirurgia w NaProTECHNOLOGY™*, w: *Zdrowie prokreacyjne NaProTECHNOLOGY w diagnozowaniu i leczeniu niepłodności*, red. B. Hazan, Bonami, Poznań 2010, s. 63–64.

Larimore W.L. – Stanford J.B., *Postfertilization Effects of Oral Contraceptives and their Relationship to Informed Consent*, “Archives to Family Medicine” 9 (2000), s. 126–133.

*Letter Sent on the Tenth Anniversary of the Pope Paul VI Institute’s Funding “From the Vatican”* (24.08.1995),

Machinek M., *Dlaczego Kościół nie dopuszcza zapłodnienia in vitro, a akceptuje i propaguje metody naprotechnologii?*, „Katecheta” 12 (2011), s. 59–60.

McCaslin G.R., *The Role of the FertilityCare™ Practitioner in NaProTECHNOLOGY*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. T.W. Hilgers, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 1115–1120.

Michael D. et al., *Fertility Awareness-based Methods of Family Planning: A Review of Effectiveness for Avoiding Pregnancy Using SORT*, “Osteopathic Family Physician” 5 (2013), s. 2–8.

Mirkes R., *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism*, w: *The Medical and Surgical of NaProTECHNOLOGY*, ed. T.W. Hilgers, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 29–40.

Mirkes R., *NaProTECHNOLOGY and the New Humanism*, “Fellowship of Catholic Scholars Quarterly” 2 (2004), s. 24–27.

Ostrowska A., *MODEL CREIGHTONA – żyj w zgodzie ze swoim rytmem*, w: *NaProTECHNOLOGY – ekologia płodności*, red. E. Wiater, eSPe, Kraków 2009, s. 59–68.

Rich-Edwards W. et al., *Physical Activity, Body Mass Index, and Ovulatory Disorder Infertility*, “Epidemiology” 2 (2002), s. 184–190.

Ronchetti R. et al., *Food Allergies, Cross-Reactions and Agroalimentary Biotechnologies*, “Advances in Medical Sciences” 52 (2007), s. 98–103.

Stanford J.B. – Parnell T.A. – Boyle P., *Outcomes from Treatment of Infertility with Natural Procreative Technology in an Irish General Practice*, “The Journal of the American Board of Family Medicine” 5 (2008), s. 375–384.

Stanford J.B. – Smith K.R., *Characteristics of Women Associated with Continuing Instruction in the Creighton Model FertilityCare™ System*, “Contraception” 2 (2000), s. 121–129.

Stanford J.B., *Measuring Effectiveness and Pregnancy Rates of the CrMS*, w: *The Medical and Surgical Practice of NaProTECHNOLOGY*, ed. T.W. Hilgers, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE) 2004, s. 215–226.

Tham E. – Schliep K. – Stanford J.B., *Natural Procreative Technology for Infertility and Recurrent Miscarriage: Outcomes in a Canadian Family Practice*, “Canadian Family Physician” 5 (2012), s. 267–274.

Wasilewska J. – M. Kaczmarek – T. Wasilewski, *Immunological and Non-Immunological Approaches to Dietetic Interventions in Infertility Treatment*, “Sveikatos mokslai” 3 (2011), s. 40–44.

Wasilewska J. et al., *The Exogenous Opioid Peptides and DPPIV Serum Activity in Infants with Apnoea Expressed as Apparent Life Threatening Events (ALTE)*, “Neuropeptides” 9 (2011), s. 189–195.

Wasilewski T. et al., *Results of Treatment of 412 Infertile Couples. Two Years of Experience with Natural Procreative Technology Therapy, Preliminary Data*, “Sveikatos mokslai” 3 (2011), s. 50–54.

Wojaczek M., *Naprotechnologia wyrazem troski o zdrowie*, w: *Nieplodność – zagadnienia interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka – E. Janiuk – J. Dzierżanowski, Impuls, Kraków 2009, s. 43–50.

### 1.1.3. Źródła pozateologiczne

American Academy of FertilityCare Professionals, *Code of Ethics – Principles and Standards of Professional Conduct for the FertilityCare Provider*, St. Louis 2002.

Hilgers T.W., *Letter to the President Barack Obama* (12.04.2012), w: [www.popepaulvi.com/PDF/letter-president.pdf](http://www.popepaulvi.com/PDF/letter-president.pdf) (dostęp: 7 marca 2020).

Pope Paul VI Institute, *Creighton Model FertilityCare™ System – Allied Health Education Program*, Pope Paul VI Institute Press, Omaha (NE), s. 2014–2015.

## 1.2. Pismo Święte

*Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Biblia Tysiąclecia*, Wydanie 3, Poznań–Warszawa 1982.

## 1.3. Magisterium Kościoła

### 1.3.1. Nauczanie soborowe

Concilio Ecumenico Vaticano II, *Dignitatis humanae* (7 dicembre 1965), Dichiarazione sulla libertà religiosa, w: *Enchiridion Vaticanum 1. Documenti ufficiali del Concilio Vaticano II 1962–1965*, testo ufficiale e versione italiana, ed. E. Lora, EDB, Bologna 1985<sup>13</sup>, nn. 1042–1086 (AAS 58 (1966), s. 929–946).

Concilio Ecumenico Vaticano II, *Gaudium et spes* (7 dicembre 1965), Costituzione pastorale sulla Chiesa nel mondo contemporaneo, w: *Enchiridion Vat-*

*icanum 1. Documenti ufficiali del Concilio Vaticano II 1962–1965*, testo ufficiale e versione italiana, ed. E. Lora, EDB, Bologna 1985<sup>13</sup>, nn. 1319–1644 (AAS 58 (1966), s. 1025–1120).

Concilio Ecumenico Vaticano II, *Gravissimum educationis* (28 ottobre 1965), Dichiarazione sull'educazione cristiana, w: *Enchiridion Vaticanum 1. Documenti ufficiali del Concilio Vaticano II 1962–1965*, testo ufficiale e versione italiana, ed. E. Lora, EDB, Bologna 1985<sup>13</sup>, nn. 819–852 (AAS 58 (1966), s. 728–739).

Concilium Chalcedonense, *Definitio fidei*, w: *Conciliorum Oecumenicorum Decreta*, ed. G. Alberigo et al., EDB, Bologna 1991<sup>3</sup>.

Concilium Nicaeum I, *Expositio fidei CCCXVIII patrum*, w: *Conciliorum Oecumenicorum Decreta*, ed. G. Alberigo et al., EDB, Bologna 1991<sup>3</sup>.

### 1.3.2. Encykliki, adhortacje i listy apostolskie

Benedetto XVI, *Spe salvi* (30 novembre 2007), Lettera enciclica sulla speranza cristiana, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2007.

Francesco, *Evangelii gaudium* (24 novembre 2013), Esortazione apostolica sull'annuncio del vangelo nel mondo attuale, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2013.

Francesco, *Amoris laetitia* (19 marzo 2016), Esortazione apostolica postsinodale sull'amore nella famiglia, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2016.

Giovanni Paolo II, *Familiaris consortio* (22 novembre 1981), Esortazione apostolica circa i compiti della famiglia cristiana, *Enchiridion Vaticanum 7. Documenti ufficiali della Santa Sede 1980–1981*, ed. E. Lora, EDB, Bologna 1997, nn. 1522–1810 (AAS 73 (1981), s. 81–191).

Giovanni Paolo II, *Veritatis splendor* (6 agosto 1993), Lettera enciclica su alcune questioni fondamentali dell'insegnamento morale della Chiesa, w: *Enchiridion delle Encicliche 8, Giovanni Paolo I, Giovanni Paolo II (1978–1998)*, ed. E. Lora e R. Simionati, EDB, Bologna 1998, nn. 1500–1799 (AAS 85 (1993), s. 1133–1228).

Giovanni Paolo II, *Gratissimam sane* (2 febbraio 1994), Lettera alle Famiglie, w: *Enchiridion Vaticanum 14. Documenti ufficiali della Santa Sede 1994–1995*, ed. E. Lora, EDB, Bologna 1997, nn. 158–344 (AAS 86 (1994), s. 868–925).

Giovanni Paolo II, *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), Enciclica sul valore e l'inviolabilità della vita umana, w: *Enchiridion delle Encicliche 8, Giovanni Paolo I, Giovanni Paolo II 1987–1998*, ed. E. Lora, EDB, Bologna 1998, nn. 2167–2517 (AAS 87 (1995), s. 401–522).

Leone XIII, *Arcanum divinae sapientiae* (10 febbraio 1880), Lettera enciclica sul matrimonio cristiano, w: *Enchiridion delle Encicliche 3. Leone XIII*

1878–1903, ed. E. Lora – R. Simionati, EDB, Bologna 1997, nn. 111–189 (AAS 12 (1879), s. 385–402).

Paulo VI, *Humanae vitae* (25 luglio 1968), Lettera enciclica sulla retta regolazione della natalità, w: *Enchiridion delle Encicliche 7. Giovanni XXIII, Paolo VI (1958–1978)*, ed. E. Lora – R. Simionati, EDB, Bologna 1994, nn. 1135–1200 (AAS 60 (1968), s. 481–503).

Pio XI, *Casti connubii* (31 dicembre 1930), Lettera enciclica sul matrimonio cristiano, w: *Enchiridion delle Encicliche 5. Pio XI (1922–1939)*, ed. E. Lora – R. Simionati, EDB, Bologna 1995, nn. 447–582 (AAS 23 (1931), s. 177–228).

### 1.3.3. Przemówienia i orędzia

Benedetto XVI, *Ai partecipanti all'Assemblea della Pontificia Accademia per la Vita. Dignità umana e cristiana della procreazione* (25 febbraio 2012), w: *Insegnamenti di Benedetto XVI*, vol. VIII/1, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2013, s. 242–243.

Francesco, *Ai partecipanti alla XXVIII conferenza internazionale promossa dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari. Assistenza ai malati e anziani sia ricca di spazi di dignità* (23 novembre 2013), w: *Insegnamenti di Francesco*, vol. I/2, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2015, s. 528–529.

Francesco, *Alla delegazione dell'Istituto Dignitatis Humanae. Riscoprire dignità umana in una società efficientista che scarta deboli, nascituri, poveri, malati* (7 dicembre 2013), w: *Insegnamenti di Francesco*, vol. I/2, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2015, s. 732–733.

Francesco, *Al Comitato Nazionale per la Bioetica* (28 gennaio 2016), „L'Osservatore Romano”, 29 gennaio 2016, s. 8.

Francesco, *Ai partecipanti all'incontro promosso dalla commissione carità e salute della Conferenza Episcopale Italiana* (10 febbraio 2017), „L'Osservatore Romano”, 11 febbraio 2017, s. 8.

Giovanni Paolo II, *Commemorazione di Albert Einstein. L'armonia profonda che lega le verità della scienza e le verità della fede* (10 novembre 1979), w: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, vol. II/1, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1980, s. 1107–1114.

Giovanni Paolo II, *La qualifica di medico cattolico impegna a una testimonianza superiore* (3 ottobre 1982), w: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, vol. V/3, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1982, s. 669–677.

Giovanni Paolo II, «*Visita all'Università di Friburgo*». *La scienza è veramente libera quando si lascia determinare dalla verità* (13 giugno 1984), w: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, vol. VII/1, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1984, s. 1704–1710.

Giovanni Paolo II, *Giovani umanizzate la terra* (19 ottobre 1986), w: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, vol. IX/2, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1986, s. 1112–1123.

Giovanni Paolo II, *Ai Leaders dei Movimenti internazionali Pro-Vita. Una mentalità anti-vita, disumana aberrante* (15 novembre 1991), w: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, vol. XIV/2, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1993, s. 1158–1162.

Giovanni Paolo II, *Messaggio ai partecipanti al convegno internazionale sulla regolazione naturale della fertilità e cultura della vita* (28 gennaio 2004), w: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, vol. XXVII/1, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2006, s. 113–115.

Pio XII, *Ai partecipanti al II Congresso Mondiale della fertilità e sterilità* (19 maggio 1956), w: Id., *Discorsi e Radiomessaggi di Sua Santità Pio XII*, vol. XVII, Tipografia Poliglotta, Città del Vaticano 1955–1956, s. 211–221.

Pio XII, *Ai partecipanti al VII Congresso Internazionale di Ematologia* (12 settembre 1985), w: Id., *Discorsi ai medici*, ed. F. Angelini, vol. XX, Edizioni Orizzonte Medico, Roma 1876–1950, s. 341–352.

Pio XII, *Alle Congressiste dell'Unione Cattolica Italiana Ostetriche* (29 ottobre 1951), w: Id., *Discorsi e Radiomessaggi di Sua Santità Pio XII*, vol. XII, Tipografia Poliglotta, Città del Vaticano 1950–1955, s. 331–353.

#### 1.3.4. Kuria Rzymka

Congregazione del Sant'Uffizio, *De «educatione sexuali» et de «eugenica»* (21 marzo 1931), Decreto, w: AAS 23 (1931), s. 118–119.

Congregazione del Sant'Uffizio, *De sterilizatione directa* (24 febbraio 1940), Decreto, w: AAS 32 (1940), s. 73.

Congregazione per l'Educazione Cattolica, *Orientamenti educativi sull'amore umano. Lineamenti di educazione sessuale* (1 novembre 1981), ElleDiCi, Leumann (TO) 1983.

Congregazione per la Dottrina della Fede, *Donum vitae* (22 febbraio 1987), Istruzione sul rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione, w: *Enchiridion Vaticanum 10. Documenti ufficiali della Santa Sede*, ed. B. Testacci – E. Lora, EDB, Bologna 1989, nn. 1150–1253.

Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dignitas personae* (8 settembre 2008), Istruzione su alcune questioni di bioetica, w: *Enchiridion Vaticanum 25, Documenti ufficiali della Santa Sede 2008*, ed. L. Graselli, EDB, Bologna 2011, nn. 1360–1441.

Pontificia Accademia per la Vita, *La dignità della procreazione e le tecnologie riproduttive. Aspetti antropologici ed etici* (Atti della X Assemblea Genera-

le della Pontificia Accademia per la Vita, 20–22 febbraio 2004), Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2005.

Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Carta degli operatori sanitari* (24 novembre 1994), w: *Enchiridion Vaticanum S3. Documenti ufficiali della Santa Sede*, ed. L. Grasselli – E. Lora, EDB, Bologna 2005, nn. 685–860.

Pontificio Consiglio per la Famiglia, *Famiglia e procreazione umana*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2006.

### 1.3.5. Inne źródła eklezjalne

*Codex Iuris Canonici*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1983.

Conferenza Episcopale Polacca, *O wyzwaniach bioetycznych, przed którymi stoi współczesny człowiek*, Biblos, Tarnów 2013.

Irish Catholic Bishops' Conference, *Assisted Human Reproduction: Facts and Ethical Issues*, Veritas, Dublin 2008.

*Katechizm Kościoła Katolickiego*, Pallottium, Poznań 1994.

### 1.3.6. Autorzy święci

Agostino, *De Trinitate*, XV, VII, 11, w: *PL* 42, col. 1065.

Boezio, *Liber de persona et duabus naturis*, III, w: *PL* 64, col. 1443.

Giovanni Damasceno, *Dialectica*, XLIII, w: *PG* 94, col. 614.

Tommaso d'Aquino, *Summa contra gentiles*, 3 voll., ed. C. Petra – P. Marc – P. Caramello, Marietti, Taurini – Romae 1961–1967.

Tommaso d'Aquino, *Summa Theologiae: cum textu ex recensione Leonina*, 4 voll., w: P. Caramello, Marietti, Taurini – Romae 1952–1956.



## 2. Studia

### 2.1 Literatura uzupełniajaca

Alberca F., *Bioetica oltre i confini della scienza*, Edizioni Scientifiche Italiane, Roma 2015.

Bedouelle G. – Brugues J.-L. – Becquart P., *Amore e sessualità nel cristianesimo*, Jaca Book, Milano 2007.

Bernardi M., *Il sesso inventato*, Editrice Emme, Milano 1971.

Bertocchi L. – Matzuzzi M., *La famiglia controversa: la disputa sulla pastorale familiare nella Chiesa di Papa Francesco*, Castelvevchi, Roma 2016.

Ciccone L., *Per una cultura della vita a partire dalla famiglia*, ElleDiCi, Leumann (TO) 1988.

Ciccone L., *Etica sessuale. Persona, matrimonio, vita verginale*, Edizioni Ares, Milano 2004.

Eisenberg A. et al., *Dieta przyszlej matki Rebis*, Poznań 2005<sup>3</sup>.

Erikson E.H., *Infanzia e società*, Armando, Roma 1967.

Faggioni M.P., *La vita nelle nostre mani. Manuale di Bioetica teologica*, Edizioni Camilliane, Torino 2004<sup>3</sup>.

Faggioni M.P., *Sessualità, matrimonio, famiglia*, EDB, Bologna 2013.

Flamigni C., *Il primo libro della sterilità. I problemi clinici e psicologici, la diagnosi e le cure ordinarie*, UTET, Torino 2008.

Francesco, *Gli insegnamenti di Jorge Mario Bergoglio. Papa Francesco sulla famiglia e sulla vita: 1999–2014*, ed. G. Grieco, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 2014.

Frattallone R., *La vita e l'amore, problemi di morale sessuale e matrimoniale*, ESUR-Ignatianum, Messina 1992.

Gaeta S., *Papa Francesco: la vita e le sfide*, San Paolo, Cinisello Balsamo 2013.

Giovanni Paolo II, *Uomo e donna lo creò. Catechesi sull'amore umano*, Città Nuova Editrice, Roma 2007<sup>8</sup>.

Ingrao I., *Amore e sesso ai tempi di Papa Francesco: le coppie, le famiglie, la Chiesa*, Piemme, Casale Monferrato (AL), 2014.

Kinsey C., *Il comportamento sessuale dell'uomo*, Bompiani, Milano 1950.

Kowalski E., *Osoba i bioetyka*, Homo Dei, Kraków 2009.

Kowalski E., *Człowiek i bioetyka*, Homo Dei, Kraków 2015.

Marco D.D., *Biotechnology and the Assault Parenthood*, Ignatius Press, San Francisco 2001.

Mariani A., *Bioetica e teologia morale. Fondamenti per un'etica della vita*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2003.

Modica A.S., *Le condizioni cliniche acquisite di infertilità maschile*, Marcianum Press, Venezia 2014.

Niewiadomski K., *Rola komunikacji niewerbalnej w budowaniu relacji międzysobowych*, Serafin, Kraków 2013.

Palazzini L., *L'interesse del minore tra bioetica e biodiritto*, Edizioni Studium, Roma 2010.

Palumbieri S., *Antropologia e sessualità. Presupposti per un'educazione permanente*, SEI, Torino 1996.

Palumbieri S., *Amo, dunque sono: presupposti antropologici nella civiltà dell'amore*, Edizioni paoline, Milano 1999.

Palumbieri S., *Antropologia e filosofia della sessualità*, red. G. Russo, *Bioetica della sessualità, della vita nascente e pediatrica*, ElleDiCi, Torino 1999.

Palumbieri S., *L'uomo meraviglia e paradosso. Trattato sulla costituzione, concentrazione, condizione antropologica*, ed. C. Freni, Urbaniana University Press, Roma 2006.

di Pietro M.L. – Sgreccia E., *Procreazione assistita e fecondazione artificiale tra scienza, bioetica e diritto*, Editrice La Scuola, Brescia 1999.

Pryba A., *Planowanie rodziny a więź małżeńska*, Hosianum, Olsztyn 2002.

Reich W., *La rivoluzione sessuale*, Feltrinelli, Milano 1963.

Rhonheimer M., *Etica della procreazione*, Pontificia Università Lateranense, Mursia, Roma 2000.

Romano L. et al., *Dall'aborto chimico alla contraccezione di emergenza. Riflessioni biomediche, etiche e giuridiche*, Ed. ART, Roma 2008.

Rowe P.J. et al., *Infertilità maschile – Manuale OMS per lo studio, la diagnosi e il trattamento*, Editoriale Fernando Folini, Casalnoceto (AL) 2002.

de Saint-Thierry G., *De natura et dignitate amoris*, 21, 8, w: *Opera didactica et spirytualia*, red. S. Ceglar, P. Verdeyen, Brepols, Turnhout 2003.

Sanders W.B., *Il comportamento sessuale della donna*, Bompiani, Milano 1955.

Semen Y., *La sessualità secondo Giovanni Paolo II*, Edizioni San Paolo, Ciniello Balsamo (MI) 2005.

Sgreccia E., *La bioetica personalista*, vol. I: *Le radici della bioetica*, ed. E. Sgreccia – V. Mele – G. Miranda, Vita e Pensiero, Milano 1998.

Stein E., *La donna. Il suo compito secondo la natura e la grazia*, ed. L. Gelber, Città Nuova, Roma 1999<sup>5</sup>.

Viafora C., *La bioetica alla ricerca della persona negli stati di confine*, Gregoriana, Padova 1994.

Viafora C., *Introduzione alla bioetica*, Franco Angeli, Milano 2012<sup>2</sup>.

Visigalli R., *Sterilità e infertilità di coppia. Counseling e terapia psicologica*, Franco Angeli, Milano 2011.

## 2.2. Słowniki i Encyklopedie

Carrasco de Paula I. – Pennacchini M., *Contraccezione. Parte etica*, w: *Enciclopedia di Bioetica e Scienza Giuridica*, vol. III: *Contraccezione*, ed. E. Sgreccia – A. Tarantino, ESI, Napoli 2010, s. 507–512.

Castellucci P., *Infertilità. Parte etica*, w: *Enciclopedia di Bioetica e Scienza Giuridica*, vol. VII: *Infertilità*, ed. E. Sgreccia – A. Tarantino, ESI, Napoli 2014, s. 463–473.

Denzinger H., *Enchiridion symbolorum, definitionum et declarationum de rebus fidei et morum*, edycja bilingwa, ed. P. Hünermann, EDB, Bologna 1995, 2010<sup>43</sup>.

Lanzone A., *Infertilità. Parte medica*, w: *Enciclopedia di Bioetica e Scienza Giuridica*, vol. VII: *Infertilità*, ed. E. Sgreccia – A. Tarantino, ESI, Napoli 2014, s. 457–463.

Montanari F. et al., *Vocabolario della lingua greca*, Loescher Editore, 2004<sup>2</sup>.

Orzeszyna J., *Naturalne metody planowania rodziny*, w: *Encyklopedia bietyki* red. A. Muszala, POLWEN, Radom 2009, s. 428–435.

Sabatini F. – Coletti V., ed., *Dizionario della Lingua Italiana*, Rizzoli Larousse S.p.A., Milano 2003.

Salvino L., *Contraccettive, tecnologie*, w: *Enciclopedia di bioetica e sessuologia*, ed. G. Russo, ElleDiCi, Leumann (TO) 2004, s. 537–541.

Verdoscia L., *Bertocci*, w: Aa. Vv., *Enciclopedia della persona nel XX secolo*, ed. A. Pavan, ESI, Napoli 2009, s. 126–129.

Werbiński I., *Modlitwa małżonków*, w: *Słownik małżeństwa i rodziny*, red. E. Ozorowski, Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej, Warszawa–Łomianki, s. 278–279.

## 2.3. Artykuły

Acién P. – Acién M.I., *The History of Female Genital Tract Malformation Classifications and Proposal on an Updated System*, “The Human Reproduction Update” 5 (2011), s. 693–707.

Applegarth L.D., *Aspetti psicologici dell’infertilità*, w: Aa. Vv., *Infertilità – Valutazione e trattamento*, ed. W.R. Keye – R.J. Chang – R.W. Rebar – M.R. Soules, Verduci Editore, Roma 1996, s. 24–42. Orig.: *Infertility – Evaluation and Treatment*, W.R. Keye – R.J. Chang – R.W. Rebar – M.R. Soules (ed.), W.B. Saunders Company, Philadelphia 1995, tłumacz A. Santoliquido.

Berti E., *Il concetto di persona nella storia del pensiero filosofico*, w: Aa. Vv., *Persona e personalismo. Aspetti filosofici e teologici*, Gregoriana Libreria Editrice, Padova 1992, s. 41–74.

Benedykt XVI, *Przemówienie podczas sesji z okazji 40. rocznicy ukazania się encykliki Pawła VI Humanae Vitae*, Papieski Uniwersytet Laterański, Rzym, 10 maja 2008, „Sprawy Rodziny” 83/2008, nr 3, s. 22–25.

Boice J.A. et al., *Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy in the United States. Summary of the NIAID-Sponsored Expert Panel Report, “Nutrition Research”* 31 (2011), s. 61–75.

Bompiani A. et al., *La cosiddetta riduzione embrionale sotto il profilo assistenziale ed etico*, „Medicina e Morale” 45 (1995), s. 223–258.

Bortkiewicz P., *Wokół problematyki małżeństw bezdzietnych*, „Homo Dei” 2 (2005), s. 11–20.

Bullen B.A. et al., *Induction of Menstrual Disorders by Strenuous Exercise in Untrained Women*, “The New England Journal of Medicine” 21 (1985), s. 1349–1353.

Calogero A.E. et al., *Infezioni e infiammazioni più comuni*, w: Aa. Vv., *Infertilità umana – Principi e pratica*, ed. G.B. La Sala et al., Villani, Edra, Milano 2014, s. 203–208.

Candiani G.B. – Fedele L. – Vercellini P., *Malattia endometriosa*, w: Aa. Vv., *La Clinica Ostetrica e Ginecologica*, vol. II, ed. G.B. Candiani – V. Danesino – A. Gastaldi, Masson, Milano 1996<sup>2</sup>, s. 1343–1377.

Capodanno F. – la Sala G.B., *Fattore infettivologico*, w: Aa. Vv., *Infertilità umana – Principi e pratica*, ed. G.B. La Sala et al., Villani, Edra, Milano 2014, s. 88–93.

Carrasco de Paula I., *Sul personalismo ontologicamente fondato: un contributo di Sgreccia alla bioetica*, w: Aa. Vv., *Vita, ragione, dialogo. Scritti in onore di Elio Sgreccia*, ed. M.Ch. Basile, Cantagalli, Siena 2012, s. 121–183.

Castiglioni F.M. et al., *Varicocele*, w: Aa. Vv., *Infertilità umana – Principi e pratica*, ed. G.B. La Sala et al., Villani, Edra, Milano 2014, s. 232–240.

Cesari G., *La fecondità nella sterilità*, „Medicina e Morale” 1 (1993), s. 283–291.

Chazan B. – Środa M., *Niepłodność małżeńska a wymóg poszanowania życia i godności człowieka w postępowaniu medycznym*, „Życie i Płodność” 2 (2008), s. 69–79.

Chierighin F., *Le ambiguità del concetto di persona e l'impersonale*, w: Aa. Vv., *L'idea di persona*, ed. V. Melchiorre, Vita e Pensiero, Milano 1996, s. 65–86.

Cittadini E. – Palermo R. – Zangara C., *Sterilità*, w: Aa. Vv., *La Clinica Ostetrica e Ginecologica*, vol. II, ed. G.B. Candiani – V. Danesino – A. Gastaldi, Masson, Milano 1996<sup>2</sup>, s. 1171–1224.

Comitato Nazionale per la Bioetica, *Identità e statuto dell'embrione umano* (22 giugno 1996), Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per l'informazione e l'Editoria, Roma 1996.

Conway K. – Russell G., *Couples' Grief and Experience of Support in the Aftermath of Miscarriage*, "Psychology and Psychotherapy" 4 (2000), s. 531–545.

Danesino V. – Guaschino S., *Malattie sessualmente trasmesse e malattia infiammatoria pelvica*, w: Aa. Vv., *La Clinica Ostetrica e Ginecologica*, vol. II, ed. G.B. Candiani – V. Danesino – A. Gastaldi, Masson, Milano 1996<sup>2</sup>, s. 1403–1425.

Domar A.D. – Seibel M.M. – Benson H., *The Mind/Body Program for Infertility: a New Behavioral Treatment Approach for Women with Infertility*, "Fertility and Sterility" 2 (1990), s. 246–249.

Duban E.C. – Nezhat C.H., *Tubal Factor Infertility: Diagnosis and Management in the Era of Assisted Reproductive Technology*, "The Obstetrics and Gynecology Clinics of North America" 4 (2012), s. 551–556.

Feyereisen E. et al., *Myotonic Dystrophy: Does it Affect Ovarian Follicular Status and Responsiveness to Controlled Ovarian Stimulation?*, "Human Reproduction" 1 (2006), s. 175–182.

Garner C.H., *Pregnancy After Infertility*, "Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing" 6 (1985), s. 58–62.

Gennaro A., *Controllo delle nascite*, "Medicina e Morale" 11 (1948), s. 321–337.

Gladstein I.Z. et al., *The Reproducibility of the Postcoital Test: A Prospective Study*, "Obstetrics and Gynecology" 85 (1995), s. 369–400.

Grennteld D. – Walther V., *Psychological Aspects of Recurrent Pregnancy Loss*, "The Infertility and Reproductive Medicine Clinics of North America" 2 (1991), s. 235–247.

Hamilton-Fairley D. – Taylor A., *Anovulation*, "The British Medical Journal" 7414 (2003), s. 546–549.

Hammoud A.O. et al., *Male Obesity and Alteration in Sperm Parameters*, "Fertility and Sterility" 6 (2008), s. 2222–2225.

Harris B. et al., *Maternity Blues and Major Endocrine Changes: Cardiff Puerperal Mood and Hormone Study II*, "The British Medical Journal" 6934 (1994), s. 949–953.

Heim C. et al., *Abuse-Related Post-Traumatic Stress Disorder and Alterations of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Women with Chronic Pelvic Pain*, "Psychosomatic Medicine" 3 (1998), s. 309–318.

Hennel-Brzozowska A., *Adopcja jako rozwiązanie problemu małżeństw bezpłodnych – aspekty psychologiczne*, „Życie i Płodność” 2–3 (2008), s. 87–94.

Jansen M.S. et al., *Lower Sperm Counts Following Prenatal Tobacco Exposure*, "Human Reproduction" 9 (2005), s. 2559–2569.

Jędrzejczak P. – Bogacka O., *Jakość życia a stan nasienia u mężczyzn*, „Ginekologia Polska” 2 (2008), s. 115–119.

Jensen T.K. et al., *Caffeine Intake and Semen Quality in a Population of 2554 Young Danish Men*, "The American Journal of Epidemiology" 8 (2010), s. 883–889.

Joffe M. – Li Z., *Association Time to Pregnancy and the Outcome of Pregnancy*, "Fertility and Sterility" 1 (1994), s. 71–75.

Kalus A., *Doświadczenie bezdzietności w małżeństwie*, „Życie i Płodność” 2–3(2008), s. 81–86.

Kiddy D.S. et al., *Improvement in Endocrine and Ovarian Function During Dietary Treatment of Obese Women with Polycystic Ovary Syndrome*, "Clinical Endocrinology" 1 (1992), s. 105–111.

Kinle M., *Naturalne planowanie rodziny – metody rozpoznawania płodności*, w: *Naturalne planowanie rodziny w ujęciu wybranych dyscyplin naukowych*, red. W. Wieczorek, Gaudium, Lublin 2008, s. 161–186.

Knotz K., *Akt małżeński – specyfika współżycia w okresie płodnym i niepłodnym*, „Życie i Płodność” 1 (2007), s. 27–35.

Larimore W.L. – Stanford J.B., *Postfertilization Effects of Oral Contraceptives and their Relationship to Informed Consent*, "Archive of Family Medicine" 9 (2000), s. 126–133.

Leone S., «*Diritti dell'embrione*», *Bioetica fondamentale e generale*, ed. G. Russo, SEI, Torino 1995, s. 571–576.

Lichtenberg-Kokoszka E., *Biomedyczne aspekty niepłodności*, w: *Niepłodność – zagadnienia interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka – E. Janiuk – J. Dzierżanowski, Impuls, Kraków 2009, s. 11–26.

Luborsky J.L. et al., *Premature Menopause in a Multi-ethnic Population Study of the Menopause Transition*, "Human Reproduction" 1 (2003), s. 199–206.

Lucas R., *Statuto antropologico dell'embrione umano*, w: Pontificia Academia Pro Vita, *Identità e statuto dell'embrione umano*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1998, s. 159–185.

Mahlstedt P.P., *The Psychological Component of Infertility*, "Fertility and Sterility" 3 (1985), s. 335–346.

Mancini A., et al., *La prevenzione in andrologia: recenti acquisizioni e nuove prospettive scientifiche ed etiche*, „Medicina e Morale” 5 (2006), s. 891–904.

Mancuso S. – Guida C. – Lanzone A., *Capacità riproduttiva della donna oggi*, „Medicina e Morale” 1 (1993), s. 53–58.

Mandato V.D. et al., *Endometriosis*, w: Aa. Vv., *Infertilità umana – Principi e pratica*, ed. G.B. La Sala et al., Villani, Edra, Milano 2014, s. 103–107.

Mandato V.D. et al., *Miomi uterini*, w: Aa. Vv., *Infertilità umana – Principi e pratica*, ed. G.B. La Sala et al., Villani, Edra, Milano 2014, s. 53–57.

Mandato V.D. et al., *Patologia endocavitaria uterina*, w: Aa. Vv., *Infertilità umana – Principi e pratica*, ed. G.B. La Sala et al., Villani, Edra, Milano 2014, s. 67–70.

Marcinkowska K., *Seksualność małżeńska – o miłości osób w optyce personalistycznej*, „*Życie i Płodność*” 3 (2011), s. 59–69.

Markowska A. i in., *Wpływ leczenia onkologicznego na płodność kobiet i posiadanie potomstwa*, „*Ginekologia Polska*” 81 (2010), s. 445–451.

Masucci L., *Diagnostica microbiologica delle infezioni urogenitali correlate alla fertilità*, w: Aa. Vv., *La ricerca della gravidanza nell'infertilità di coppia*, ed. A. Saporosi – S. Girotto, Cortina Verona, Verona 2011, s. 31–37.

McLachlan R.I., *When Is Azoospermic Infertility Treatable without Intra-cytoplasmic Sperm Injection?*, „*Clinical Endocrinology*” 2 (2013), s. 176–180.

Melina L., *Naturalna regulacja poczęć a godność osoby*, w: *Dar ciała darem osoby. O przemilczanym wymiarze kryzysu więzi małżeńskiej*, red. P. Ślączka, TNKUL, Lublin 2005, s. 99–114.

Menchini-Fabris G.F. – Turchi P., *Sterilità*, w: Aa. Vv., *La Clinica Ostetrica e Ginecologica*, vol. II, ed. G.B. Candiani – V. Danesino – A. Gastaldi, Masson, Milano 1996<sup>2</sup>, s. 1192–1209.

Meschede D. et al., *Chromosome Abnormalities in 447 Couples Undergoing Intracytoplasmic Sperm Injection-prevalence, Types, Sex Distribution and Reproductive Relevance*, „*Human Reproduction*” 3 (1998), s. 576–582.

Milanese G. et al., *Infezione da HPV*, w: Aa. Vv., *Infertilità umana – Principi e pratica*, ed. G.B. La Sala et al., Villani, Edra, Milano 2014, s. 209–212.

Möller A. – Fällström K., *Psychological Factors in the Etiology of Infertility: a Longitudinal Study*, „*The Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*” 1 (1991), s. 13–26.

Muthusami K.R. – Chinnaswamy P., *Effect of Chronic Alcoholism on Male Fertility Hormones and Semen Quality*, „*Fertility and Sterility*” 4 (2005), s. 919–924.

Muzzi L. et al., *Endometriosi e sterilità*, w: Aa. Vv., *La ricerca della gravidanza nell'infertilità di coppia*, ed. A. Saporosi – S. Girotto, Cortina Verona, Verona 2011, s. 39–49.

Nagórny J., *Godność powołania medycznego*, „*Roczniki Teologiczne*” 3 (1997), s. 5–25.

Neri G., *Difetti genetici della differenziazione sessuale*, w: Aa. Vv., *Genetica umana e medica*, ed. G. Neri – M. Genuardi, Masson, Milano 2010<sup>2</sup>, s. 443–458.

Neri G., *Sindromi-neuro-cardio-facio-cutanee*, w: Aa. Vv., *Genetica umana e medica*, ed. G. Neri – M. Genuardi, Masson, Milano 2010<sup>2</sup>, s. 311–320.

del Noce G. – Contalbi G., *Disturbi dell'iaculazione e dell'erezione*, w: Aa. Vv., *Infertilità umana – Principi e pratica*, ed. G.B. La Sala et al., Villani, Edra, Milano 2014, s. 248–255.

Olbrych K., *Nowy humanizm Jana Pawła II jako perspektywa dla współczesnej rzeczywistości szkolnej i wychowawczej*, w: „Pedagogia Christiana” 32 (2013), s. 53–67.

Olszanowski P., *Wpływ antykoncepcji na jakość więzi małżeńskiej*, „Colloquia Theologica Ottoniana” 1 (2010), s. 83–98.

Ozorowski E., *Technika, rozum i wiara w nauczaniu Jana Pawła II: (Veritatis splendor, Fides et ratio)*, „Saeculum Christianum” 1 (2000), s. 221–234.

Palazzani L., *I significati del concetto filosofico di persona e implicazioni nel dibattito bioetico e biogiuridico attuale sullo statuto dell'embrione umano*, w: Pontificia Academia Pro Vita, *Identità e statuto dell'embrione umano*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1998, s. 53–74.

Palermo R., *Età e riproduzione*, w: *Medicina della riproduzione*, ed. A. Borini – F.M. Ubaldi, CIC Edizioni Internazionali, Roma 2010, s. 29–51.

Palomba S. – La Sala G.B., *Malattia infiammatoria pelvica*, w: Aa. Vv., *Infertilità umana – Principi e pratica*, ed. G.B. La Sala et al., Villani, Edra, Milano 2014, s. 107–112.

Palomba S. – La Sala G.B., *Malformazioni mülleriane*, w: Aa. Vv., *Infertilità umana – Principi e pratica*, ed. G.B. La Sala et al., Villani, Edra, Milano 2014, s. 57–67.

Palomba S. – La Sala G.B., *Patologia tubarica*, w: Aa. Vv., *Infertilità umana – Principi e pratica*, ed. G.B. La Sala et al., Villani, Edra, Milano 2014, s. 74–75.

Palomba S. – La Sala G.B., *PCO/PCOS*, w: Aa. Vv., *Infertilità umana – Principi e pratica*, ed. G.B. La Sala et al., Villani, Edra, Milano 2014, s. 95–103.

Palomba S. – La Sala G.B., *Sindrome aderenziale pelvica*, w: Aa. Vv., *Infertilità umana – Principi e pratica*, ed. G.B. La Sala et al., Villani, Edra, Milano 2014, s. 71–73.

Palomba S. – Villani M.T. – La Sala G.B., *Disordini ovulatori*, w: Aa. Vv., *Infertilità umana – Principi e pratica*, ed. G.B. La Sala et al., Villani, Edra, Milano 2014, s. 47–51.

de Pascalis L. – La Sala G.B., *La sessualità nella coppia infertile*, w: Aa. Vv., *Infertilità umana – Principi e pratica*, ed. G.B. La Sala et al., Villani, Edra, Milano 2014, s. 25–28.

di Pietro M.L. – Minacori R., *La contraccezione d'emergenza*, „Medicina e Morale” 51 (2000), s. 11–39.

di Pietro M.L., *Prevenzione del rischio riproduttivo in ambiente lavorativo: considerazioni etico-giuridiche*, w: *Rilevanza dei fattori etici e sociali nella prevenzione delle malattie professionali*, ed. E. Sgreccia – V. Mele, Vita e Pensiero, Milano 1994, s. 101–154.

di Pietro M.L., *La cura dell'infertilità*, „L'Osservatore Romano”, 18 marzo 2009, Città del Vaticano, s. 6.



Pessina A., *Fondazione e applicazione dei principi etici. Aspetti del dibattito sulla bioetic*, „Rivista Neo-scolastica” 88 (1991), s. 560–598.

Piediferro G., *Fattori di rischio*, w: Aa. Vv., *Infertilità umana – Principi e pratica*, ed. G.B. La Sala et al., Villani, Edra, Milano 2014, s. 190–196.

Polito M. et al., *Criptorchidismo*, w: Aa. Vv., *Infertilità umana – Principi e pratica*, ed. G.B. La Sala et al., Villani, Edra, Milano 2014, s. 240–248.

Radwan J., *Badanie niepłodnej pary*, w: *Niepłodność i rozród – niepłodność i rozród wspomagany*, red. J. Radwan – S. Wolczyński, Termedia, Poznań 2011, s. 47–66.

Redwine D.B., *Distribution of Endometriosis in the Pelvis by Age Groups and Fertility*, „Fertility and Sterility” 1 (1987), s. 173–175.

Rich-Edwards J.W. et al., *Physical Activity, Body Mass Index, and Ovulatory Disorder Infertility*, „Epidemiology” 2 (2002), s. 184–190

Ronchetti R. et al., *Food Allergies, Cross-reactions and Agroalimentary Biotechnologies*, „Advances in Medical Sciences” 52 (2007), s. 98–103.

Rondini I. et al., *Fattore genetico dell'infertilità femminile*, w: Aa. Vv., *Infertilità umana – Principi e pratica*, ed. G.B. La Sala et al., Villani, Edra, Milano 2014, s. 77–88.

Scatoletti B., *Aspetti psicologici nella diagnosi e cura dell'infertilità di coppia: una rassegna della letteratura recente*, „Informazione Psicologica Psicoterapia Psichiatria” 29 (1996), s. 37–44.

Schwartz B. et al., *Exercise-associated Amenorrhea: a Distinct Entity?*, „American Journal of Obstetrics and Gynecology” 5 (1981), s. 662–670.

Selvaggi L. – Martinez D. – Lanzone A., *Patologia disfunzionale ovarica*, w: Aa. Vv., *La ricerca della gravidanza nell'infertilità di coppia*, ed. G.B. La Sala et al., Villani, Edra, Milano 2014, s. 24–29.

Sgreccia E. – di Pietro M.L., *La persona e il modello personalista*, w: *Bioetica. Manuale per i Diplomi Universitari della Sanità*, ed. E. Sgreccia – A.S. Spagnolo, Vita e Pensiero, Milano 1999, s. 149–169.

Sgreccia E., *Questioni emergenti nell'ambito della bioetica*, „Medicina e Morale” 45 (1995), s. 931–949.

Sgreccia P., *La persona al centro*, „Medicina e Morale” 5 (2014), s. 791–812.

Shefi S. et al., *Wet Heat Exposure: a Potentially Reversible Cause of Low Semen Quality in Infertile Men*, „The British Journal of Urology” 1 (2007), s. 50–56.

Sinaii N. et al., *High Rates of Autoimmune and Endocrine Disorders, Fibromyalgia, Chronic Fatigue Syndrome and Atopic Diseases Among Women with Endometriosis: a Survey Analysis*, „Human Reproduction” 10 (2002), s. 2715–2724.

Stillman R.J., *Smoking and Reproductive Health*, "Seminars in Reproductive Endocrinology" 7 (1989), s. 291–348.

Stopa K., *Humanizacja medycyny w świetle nauczania Jana Pawła II i Karty Pracowników Służby Zdrowia*, „Życie i Płodność” 4 (2010), s. 69–85.

Strickler R.C., *Fattori che influenzano la fertilità*, w: Aa. Vv., *Infertilità – Valutazione e trattamento*, ed. W.R. Keye – R.J. Chang – R.W. Rebar – M.R. Soules, Verduci Editore, Roma 1996, s. 7–19. Orig.: *Infertility – Evaluation and Treatment*, W.R. Keye – R.J. Chang – R.W. Rebar – M.R. Soules (ed.), W.B.Saunders Company, Philadelphia 1995, tłumacz A. Santoliquido.

Sulmasy D.P., *Dignity and Bioethics: History, Theory and Selected Applications*, w: *Human Dignity and Bioethics*, ed. President's Council on Bioethics, Washington D.C., 2008, s. 469–504.

Suszczewicz N. – Ślizień-Kuczapska E., *Antykoncepcja hormonalna – dlaczego „nie”? Medyczny punkt widzenia*, „Życie i Płodność” 1 (2012), s. 15–33.

Tabano S. et al., *Genetica dell'infertilità maschile*, w: Aa. Vv., *Infertilità umana – Principi e pratica*, ed. G.B. La Sala et al., Villani, Edra, Milano 2014, s. 255–278.

Taskin O. et al., *Prevention and Treatment of Ovarian Cysts with Oral Contra-CEPTives: A Prospective Randomized Study*, "Journal of Gynecologic Surgery" 1 (1996), s. 21–24.

Tesson E., *La Chiesa e la regolazione delle nascite*, „Digest religioso” 2 (1957), s. 39–43.

The American Society for Reproductive Medicine, *Optimizing Natural Fertility*, w: "Fertility and Sterility" S1–6 (2008), s. 631–637.

Tortoriello D.V. et al., *Increased Expression of Hypothalamic Leptin Receptor and Adiponectin Accompany Resistance to Dietary-induced Obesity and Infertility in Female C57BL/6J Mice*, "International Journal of Obesity" 3 (2007), s. 395–402.

United Nations, *International Conference on Population and Development*, Cairo, 5–13 September 1994, United Nations, UNFPA, New York 1994 (numer dokumentu A/CONF.171/ 13, 18 październik 1994, w: [www. /icpd/conference/offeng/poa.html](http://www.icpd/conference/offeng/poa.html) (dostęp: 7 marca 2020)).

Wang I.G. – Tortoriello D.V., *Subfertility Associated with Dietary-induced Obesity in Female DbA/2j Mice Can Be Reversed by Diet Modification*, "Fertility and Sterility" suppl. 1 (2005), s. S382–S383.

Wasser S.K. – Sewall G. – Soules M.R., *Psychosocial Stress as a Cause of Infertility*, "Fertility and Sterility" 3 (1993), s. 685–689.

Westrom L., *Incidence, Prevalence, and Trends of Acute Pelvic Inflammatory Disease and Its Consequences in Industrialized Countries*, "American Journal of Obstetrics and Gynecology" 1 (1980), s. 880–892.

Wieczorek W. – Galant E., *Biomedyczne i psychospołeczne konsekwencje antykoncepcji*, „Życie i Płodność” 1 (2012), s. 35–44.

Wieczorek W., *Znaczenie modlitwy w pogłębianiu więzi małżeńskiej*, w: Aa. Vv., *Naturalne planowanie rodziny*, Gaudium, Lublin 2008, s. 115–126.

Wisner K.L. – Stowe Z.N., *Psychobiology of Postpartum Mood Disorders, Seminars in Reproductive Endocrinology*” 1 (1997), s. 77–89.

Wojtyła K., *Persona e atto*, w: Id., *Metafisica della persona. Tutte le opere filosofiche e saggi integrativi*, ed. G. Reale – T. Styczeń, Bompiani Il Pensiero Occidentale, Milano 2005<sup>3</sup>, s. 829–1216.

World Health Organization, *Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation: a Multinational Case-control Study of Ectopic Pregnancy*, “The Clinical Reproduction and Fertility” 3 (1985), s. 131–143.

Yazigi R.A. et al., *Demonstration of Specific Binding of Cocaine to Human Spermatozoa*, “The Journal of the American Medical Association” 14 (1991), s. 1956–1959.

Zadykowicz T., *Modlitwa*, w: *Jan Paweł II. Nauczanie moralne Kościoła*, red. J. Nagórny – K. Jeżyna, POLWEN, Radom 2005, s. 338–339.

Zavos P.M. – Goodpasture J.C., *Clinical Improvements of Specific Seminal Deficiencies Via Intercourse with Seminal Collection Device Versus Masturbation*, “Fertility and Sterility” 1 (1989), s. 190–193.

Zollini M., *Sindromi cromosomiche e disordini genomici*, w: Aa. Vv., *Genetica umana e medica*, ed. G. Neri – M. Genuardi, Masson, Milano 2010<sup>2</sup>, s. 203–240.

### 3. Netografia

[www.catholicinfertility.org](http://www.catholicinfertility.org) (dostęp: 21 lutego 2020).  
[www.creightonmodel.com](http://www.creightonmodel.com) (dostęp: 1 stycznia 2020).  
[www.csaladtervezo.hu](http://www.csaladtervezo.hu) (dostęp: 14 lutego 2020).  
[www.drhilgers.com](http://www.drhilgers.com) (dostęp: 1 stycznia 2020).  
[www.fertilitycare.com.au](http://www.fertilitycare.com.au) (dostęp: 10 stycznia 2020).  
[www.fertilitycare.fr](http://www.fertilitycare.fr) (dostęp: 15 lutego 2020).  
[www.fertilitycare.hr](http://www.fertilitycare.hr) (dostęp: 19 lutego 2020).  
[www.fertilitycare.nl](http://www.fertilitycare.nl) (dostęp: 13 lutego 2020).  
[www.fertilitycare.nl](http://www.fertilitycare.nl) (dostęp: 12 lutego 2020).  
[www.fertilitycare.org](http://www.fertilitycare.org) (dostęp: 16 stycznia 2020).  
[www.fertilitycare.si](http://www.fertilitycare.si) (dostęp: 10 stycznia 2020).  
[www.leczenie-nieplodnosci.pl](http://www.leczenie-nieplodnosci.pl) (dostęp: 1 marca 2020).  
[www.libertaepersona.org](http://www.libertaepersona.org) (dostęp: 5 marca 2020).  
[www.lifefertilitycare.co.uk](http://www.lifefertilitycare.co.uk) (dostęp: 19 lutego 2020).  
[www.naprofamilia.pl](http://www.naprofamilia.pl) (dostęp: 2 marca 2020).  
[www.naprotechnologia.wroclaw.pl](http://www.naprotechnologia.wroclaw.pl) (dostęp: 4 marca 2020).  
[www.naprotechnology.pl](http://www.naprotechnology.pl) (dostęp: 6 marca 2020).  
[www.naprotecnologia.ch](http://www.naprotecnologia.ch) (dostęp: 15 lutego 2020).  
[www.neofertility.ie](http://www.neofertility.ie) (dostęp: 18 lutego 2020).  
[www.oplodnosci.pl](http://www.oplodnosci.pl) (dostęp: 5 marca 2020).  
[www.plodar.sk](http://www.plodar.sk) (dostęp: 10 stycznia 2020).  
[www.popepaulvi.com](http://www.popepaulvi.com) (dostęp: 4 marca 2020).  
[www.problemyzplodnoscia.pl](http://www.problemyzplodnoscia.pl) (dostęp: 1 stycznia 2020).  
[www.restorative-reproductive-medicine.com](http://www.restorative-reproductive-medicine.com) (dostęp: 28 lutego 2020).  
[www.salvoldi.org](http://www.salvoldi.org) (dostęp: 9 lutego 2020).  
[www.szansaspotkania.pl](http://www.szansaspotkania.pl) (dostęp: 21 lutego 2020).

# Wykaz skrótów

<i>a.C.</i>	przed Chrystusem
<i>Aa. Vv.</i>	różni autorzy
<i>AAFCP</i>	<i>American Academy of FertilityCare Professionals</i> = Amerykańska Akademia Instruktorów <i>FertilityCare</i>
<i>AAS</i>	<i>Acta Apostolicae Sedis</i>
<i>AFM</i>	<i>Archive of Family Medicine</i>
<i>AJOG</i>	<i>American Journal of Obstetrics and Gynecology</i>
<i>AL</i>	Franciszek, <i>Amoris laetitia</i>
<i>art. / artt.</i>	artykuł / artykuły
<i>AVE</i>	Anonima Veritas Editrice
<i>AWŁ</i>	Archidiecezjalne Wydawnictwo Łódzkie
<i>BMJ</i>	<i>The British Medical Journal</i>
<i>Book I</i>	T.W. Hilgers – S.K. Hilgers – A.M. Prebil – K.D. Daly, <i>The Creighton Model FertilityCare™ System. A Standardized Case Management Approach to Teaching, Book I: Basic Teaching Skills</i>
<i>Book II</i>	T.W. Hilgers – S.K. Hilgers – A.M. Prebil – K.D. Daly, <i>The Creighton Model FertilityCare™ System. A Standardized Case Management Approach to Teaching, Book II: Advanced Teaching Skills</i>
<i>can.</i>	kanon
<i>KKKK</i>	<i>Katechizm Kościoła Katolickiego</i>
<i>CDF</i>	Kongregacja ds. Wiary
<i>CERT</i>	<i>Cooperative Estrogen Replacement Therapy</i> = kooperacyjna terapia zastępcza estrogenowa
<i>cf.</i>	dal lat. <i>confer</i> , <i>conferantur</i> = porównaj, zobacz
<i>cm</i>	centymetr
<i>COA</i>	<i>Commission on Accreditation</i> = Komisja ds. Akredytacji
<i>COC</i>	<i>Commission on Certification</i> = Komisja certyfikacyjna
<i>col., coll.</i>	kolumna, kolumny
<i>CPRT</i>	<i>Cooperative Progesterone Replacement Therapy</i> = kooperacyjna terapia zastępcza progesteronowa

CrM	<i>Creighton Model</i> = Model Creighton – naturalna metoda regulacji płodności
CrMS	<i>Creighton Model FertilityCare™ System</i> = system opieki nad płodnością według modelu Creightona
d.C.	po Chrystusie
DE	dysfunkcja erekcji
DM	Pio XII, <i>Discorsi ai medici</i>
DANN	<i>Deoxyribonucleic Acid</i> = kwas dezoksyrybonukleinowy
DP	<i>Dignitas personae</i>
DR	<i>Discorsi e Radiomessaggi di Sua Santità Pio XII</i>
DV	<i>Donum vitae</i>
EBSG	E. Sgreccia – A. Tarantino (a cura di), <i>Enciclopedia d i Bioetica e Scienza Giuridica</i> , voll. I–X ss., 2009–2016
ed. / edd.	edito = edycja/i, wydawca, wydawcy
EDB	Edizioni Dehoniane Bologna
EE	<i>Enchiridion delle encicliche (1740–2005)</i> , 8 voll., EDB, Bologna 1994–2005
EnchVat	<i>Enchiridion Vaticanum. Documenti ufficiali della Santa Sede</i> , 28+4 voll., EDB, Bologna 1962
ESD	Edizioni Studio Domenicano
ESI	Edizioni Scientifiche Italiane
et al.	et alli = i inni
EV	<i>Evangelium vitae</i>
FC	<i>Familiaris consortio</i>
FCE	<i>The FertilityCare™ Educator</i> = edukator w systemie Creightona
FCI	<i>The FertilityCare™ Instructor</i> = instruktor stażysta w systemie Creightona
FCP	<i>The FertilityCare™ Practitioner</i> = instruktor w systemie Creightona
FCS	<i>The FertilityCare™ Supervisor</i> = certyfikowani superwizorzy w systemie Creightona
Fertil Steril	<i>Fertility and Sterility</i>
FFI	<i>Fertility-Focused Intercourse</i> = stosunki seksualne koncentrujące się na płodności
FIVET	zapłodnienie pozaustrojowe i transfer zarodka
FSH	<i>Follicle-stimulating Hormone</i> = hormon folikulotropowy
GE	<i>Gravissimum educationis</i>
GIFT	<i>Gametes Intrafallopian Transfer</i> = dojawowodowy transfer gamet
Ginekol Pol	<i>Ginekologia Polska</i>

GS	<i>Gaudium et spes</i>
HCG	<i>Human Chorionic Gonadotropin</i> = gonadotropin kosmówkowa
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> = ludzki wirus niedoboru odporności
HPV	<i>Human Papilloma Virus</i> = wirus brodawczaka ludzkiego
HSG	<i>Hysterosalpingography</i> = histerosalpingografia
<i>Hum Reprod</i>	<i>Human Reproduction</i>
HV	<i>Humanae vitae</i>
IA	sztuczne zapłodnienie
ICSI I	<i>Intracytoplasmic Sperm Injection</i> = docytoplazmatyczna iniekcja plemnika
<i>Id. / Ead / Iid.</i>	Idem – ten sam / Eadem – ta sama/ Iidem – ci sami
IMC	wskaźnik masy ciała
<i>InsegnBXVI</i>	Nauczanie Benedykta XVI
<i>InsegnGPII</i>	Nauczanie Jana Pawła II
<i>InsegnPVI</i>	Nauczanie Pawła VI
IRNFP	<i>International Review of Natural Family Planning</i>
ITP	<i>Intratubal Pressure</i> = ciśnienie wewnątrz jajowodów
IUI	<i>Intrauterine Insemination</i> = inseminacja domaciczna
JABFM	<i>The Journal of the American Board of Family Medicine</i>
JABM	<i>The Journal of the American Board of Family Medicine</i>
JOGNN	<i>Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing</i>
JRM	<i>The Journal of Reproductive Medicine</i>
KUL	Katolicki Uniwersytet Lubelski
LAS	Libreria Ateneo Salesiano
LEV	Libreria Editrice Vaticana
LH	<i>Luteinizing Hormone</i> = hormon luteinizujący
LUF	<i>Luteinized Unruptured Follicle Syndrome</i> = syndrom luteinizacji niepękniętego pęcherzyka jajnikowego
MAGI	<i>Male Accessory Gland Infection</i> = infekcje i zapalenia odcinka moczowo-płciowego
<i>MedMor</i>	<i>Medicina e Morale</i>
MIP	zapalenie miednicy mniejszej
MM	malformacje müllerialne
MOB	Metoda owulacji Billingsów
MST	<i>Malattie sessualmente trasmesse</i> = choroby przenoszone drogą płciową
MU	mięśniaki macicy
<i>n. / nn.</i>	numer / numery
NCBQ	<i>The National Catholic Bioethics Quarterly</i>

NDBL.	Salvino – P. Salvatore (edd.), <i>Nuovo Dizionario di Bioetica</i>
NFPMC	<i>Natural Family Planning Medical Consultant</i> = konsultant medyczny z zakresu naprotechnologii
NPT	<i>Natural Procreative Technology</i> = technologia naturalnej prokreacji
°C	Celsius
OR	<i>L'Osservatore Romano</i>
par.	paragraf
PAV	<i>Pontificia Accademia per la Vita</i> =Papieska Akademia Życia
PCOS	<i>Polycystic Ovary Syndrome</i> = zespół policystycznych jajników
PG	<i>Patrologiae Cursus completus, series graeca</i>
PID	<i>Pelvic Inflammatory Disease</i> = choroba zapalenia miednicy mniejszej
PL	<i>Patrologiae Cursus completus, series latina</i>
PMDD	<i>Premenstrual Dysphoric Disorder</i> = przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne
PMS	<i>Premenstrual Syndrome</i> = zespół napięcia przedmiesiączkowego
PPD	<i>Postpartum depression</i> = depresja poporodowa
q.	quaestio
SEI	Società Editrice Internazionale
SHSG	<i>Selective Hysterosalpingography</i> = histerosalpingografia selektywna
SMHS	<i>Sveikatos mokslai</i> [„Health sciences”]
SPICE	<i>Spiritual, Physical, Intellectual, Communicative, Creative and Emotional</i> = indeks oceny więzi małżeńskiej
SRE	<i>Seminars in Reproductive Endocrinology</i>
StMor	<i>Studia Moralia</i>
suppl.	suplement
TCFT	<i>Transcervical Catheterization of the Fallopian Tubes</i> = katetyzacja transszyjkowa jajowodów
UTET	Unione Tipografico-Editrice Torinese
VDRS	<i>Vaginal Discharge Recording System</i> <sup>SM</sup> = system zapisywania śluzu pochwowego
vol. / voll.	volume
VS	<i>Veritatis splendor</i>
WHO	World Health Organization
ŻiP	<i>Życie i Płodność</i>



# SPIS TREŚCI

Przedmowa .....	5
Wprowadzenie .....	9

## Rozdział I

<b>Zagadnienia niepłodności .....</b>	<b>17</b>
1.1. Uściślenia terminologiczne .....	17
1.1.1. Niepłodność, bezpłodność, ograniczona płodność (subfertility) .....	18
1.1.2. Status niepłodności .....	19
1.2. Czynniki ryzyka wpływające na płodność .....	20
1.2.1. Czynniki chemiczne .....	20
1.2.2. Czynniki fizyczne .....	23
1.2.3. Czynniki biologiczne .....	24
1.3. Psychologiczne aspekty niepłodności .....	28
1.3.1. Niepłodność o podłożu psychicznym .....	29
1.3.1.1. Dysfunkcja seksualna .....	29
1.3.1.2. Stres .....	30
1.3.2. Odpowiedzi emocjonalne na utratę rodzicielstwa .....	31
1.3.2.1. Poczucie winy .....	31
1.3.2.2. Depresja .....	31
1.3.2.3. Złość .....	32
1.3.2.4. Izolacja .....	33
1.3.3. Wpływ niepłodności na relację wewnątrz pary .....	34
1.3.3.1. Reakcja partnera .....	34
1.3.3.2. Stosunek seksualny .....	34
1.3.3.3. Powtarzające się samoistne poronienia .....	35
1.4. Etiologia kobiecej niepłodności .....	36
1.4.1. Czynniki owulacyjny .....	36
1.4.2. Czynniki maciczno-jajowodowo-miednicowy .....	38
1.4.2.1. Patologie macicy .....	38
1.4.2.2. Patologie jajowodów .....	39
1.4.2.3. Zespół zrostów w miednicy mniejszej .....	40
1.4.3. Czynniki genetyczny .....	41

1.4.3.1. Anomalie liczby chromosomów . . . . .	41
1.4.3.2. Anomalie struktury chromosomów . . . . .	42
1.4.3.3. Zmiany monogeniczne . . . . .	43
1.4.4. Czynniki infekcyjny . . . . .	44
1.4.5. Inne czynniki . . . . .	46
1.4.5.1. PCOS . . . . .	46
1.4.5.2. Endometrioza . . . . .	47
1.4.5.3. Zapalenie narządów w miednicy mniejszej . . . . .	48
1.5. Etiologia niepłodności męskiej . . . . .	49
1.5.1. Przyczyny hormonalne . . . . .	49
1.5.2. Infekcje i zapalenia odcinka moczowo-płciowego . . . . .	50
1.5.3. Agenezje i niedrożności dróg ejakulacyjnych . . . . .	51
1.5.4. Żyłki powrózka nasiennego . . . . .	52
1.5.5. Wnętrostwo . . . . .	53
1.5.6. Dysfunkcje ejakulacji i erekcji . . . . .	54

## Rozdział II

<b>Nowy system leczenia płodności za pomocą NaProTECHNOLOGY™ . . . . .</b>	<b>57</b>
2.1. Odpowiedź na nauczanie Kościoła . . . . .	58
2.1.1. Spojrzenie Kościoła . . . . .	58
2.1.1.1. <i>Od Arcanum divinae sapientiae do Gaudium et spes.</i> . . . .	58
2.1.1.2. <i>Humanae vitae</i> . . . . .	61
2.1.2. Geneza nowej nauki . . . . .	63
2.1.2.1. Apel Pawła VI . . . . .	63
2.1.2.2. Metody naturalne . . . . .	64
2.1.2.3. Odpowiedź na wezwanie . . . . .	66
2.2. Wprowadzenie do NPT . . . . .	70
2.2.1. Znaczenie i fundament nowej nauki . . . . .	70
2.2.2. „ <i>Inner soul</i> ” seksualności . . . . .	73
2.2.2.1. Między dwoma ujęciami wolności seksualnej . . . . .	73
2.2.2.2. „Zasada selektywnego stosunku seksualnego” . . . . .	74
2.2.2.3. S-P-I-C-E. . . . .	75
2.2.2.4. Płodność . . . . .	77
2.2.3. Nowatorskie elementy NPT . . . . .	78
2.3. Rozpoznanie płodności w CrMS . . . . .	81
2.3.1. Model przewodni . . . . .	81
2.3.2. Podstawowe pojęcie . . . . .	83
2.3.3. Początki systemu . . . . .	85
2.3.4. Sposób działania . . . . .	87
2.3.4.1. Obserwowanie . . . . .	87

2.3.4.2. Opisywanie .....	88
2.3.4.3. Zapisywanie .....	89
2.3.5. Edukacja i formacja .....	94
2.3.5.1. Programy studiów i poszukiwań .....	95
2.3.5.1.1. Program dla specjalistów (FCP) .....	95
2.3.5.1.2. Program dla konsultantów medycznych (NFPMC) ...	98
2.3.5.2. Program nauczania .....	98
2.3.6. Skuteczność CrMS .....	105

### Rozdział III

<b>NaProTECHNOLOGY™ w praktyce medycznej .....</b>	<b>109</b>
3.1. Postawienie diagnozy .....	109
3.1.1. Metodyka .....	109
3.1.2. Faza diagnostyczna – męska .....	112
3.1.3. Faza diagnostyczna – kobieca .....	114
3.2. Leczenie zachowawcze .....	117
3.2.1. Rozpoznanie endokrynologiczne i leczenie .....	117
3.2.2. Odbiegająca od normy praca jajników .....	120
3.2.3. Skutki stresu .....	122
3.2.4. Nawracające torbiele jajników .....	123
3.2.4.1. Uporczywe torbiele pęcherzykowe .....	124
3.2.4.2. Uporczywe torbiele luteinowe (luteinizacja niepękniętego pęcherzyka) .....	125
3.2.5. Zespół napięcia przedmiesiączkowego .....	126
3.2.6. Depresja poporodowa .....	128
3.2.7. Samoistne poronienie .....	130
3.2.8. Zespół wielotorbielowatych jajników .....	132
3.2.9. Skurcze menstruacyjne i bóle w miednicy mniejszej .....	135
3.2.10. Nietypowe krwawienie .....	137
3.2.11. Męska niepłodność .....	140
3.2.12. Interwencje dietetyczne .....	142
3.2.12.1. Alergia pokarmowa i choroby alergiczne .....	144
3.2.12.2. Działalność opioidowa peptydów pochodzących z pokarmów .....	145
3.2.12.3. Niedowaga, nadwaga i otyłość .....	146
3.3. NPT chirurgiczna .....	149
3.3.1. Procedury chirurgiczne .....	150
3.3.2. Techniki antyzrostowe .....	153
3.4. Skuteczność NPT .....	155
3.4.1. Wyniki uzyskane w USA .....	155

3.4.2. Wyniki uzyskane w Irlandii . . . . .	157
3.4.3. Wyniki uzyskane w Kanadzie . . . . .	159
3.4.4. Wyniki uzyskane w Polsce . . . . .	160

## Rozdział IV

<b>Ku ocenie etycznej . . . . .</b>	<b>165</b>
4.1. Godność prokreacji . . . . .	165
4.1.1. Godność nieletnich . . . . .	167
4.1.1.1. Prawo do bycia poczętym w małżeństwie . . . . .	167
4.1.1.2. Prawo do życia oraz do integralności fizycznej i genetycznej . . . . .	169
4.1.2. Godność rodziców . . . . .	172
4.1.2.1. Podejście holistyczne . . . . .	172
4.1.2.2. Wspomaganie aktu małżeńskiego . . . . .	173
4.1.2.3. Koncentrowanie się na chorobie . . . . .	175
4.1.2.4. Pobieranie płynu nasiennego . . . . .	176
4.1.3. Godność personelu medycznego . . . . .	177
4.1.4. Idea płodności duchowej . . . . .	179
4.2. Poszanowanie wartości płciowości . . . . .	182
4.2.1. Płciowość mózgowcentryczna a płciowość genitocentryczna . . . . .	182
4.2.2. S-P-I-C-E na służbie miłości . . . . .	184
4.2.2.1. Element duchowy . . . . .	184
4.2.2.2. Element fizyczny . . . . .	185
4.2.2.3. Element intelektualny . . . . .	188
4.2.2.4. Element kreatywny/komunikacyjny . . . . .	188
4.2.2.5. Element emocjonalny/psychologiczny . . . . .	189
4.2.3. Między dwoma podejściami do płodności . . . . .	190
4.2.3.1. Wybór antykoncepcji . . . . .	192
4.2.3.2. Intencjonalność zachowania seksualnego . . . . .	194
4.2.3.3. Naturalna regulacja płodności . . . . .	195
4.3. W stronę kultury prawdziwie ludzkiej . . . . .	197
4.3.1. Perspektywa pioniera . . . . .	198
4.3.2. Perspektywa naukowa . . . . .	200
4.3.3. Perspektywa wiary . . . . .	202
4.3.4. Perspektywa etyki . . . . .	203
<b>Zakończenie . . . . .</b>	<b>207</b>

<b>Apendyks A</b> .....	213
<b>Apendyks B</b> .....	217
Kodeks Etyczny Amerykańskiej Akademii Płodności	
Zasady i standardy podmiotu świadczącego usługi w zakresie	
NaProTECHNOLOGY™	
Zasady Kodeksu Etycznego .....	217
Zasady i standardy dostawcy usług w zakresie	
NaProTECHNOLOGY .....	219
<b>Bibliografia</b> .....	227
1. Źródła .....	227
1.1. Źródła odnoszące się do badań .....	227
1.1.1. Literatura .....	227
1.1.2. Artykuły .....	228
1.1.3. Źródła pozateologiczne .....	234
1.2. Pismo Święte .....	234
1.3. Magisterium Kościoła .....	234
1.3.1. Nauczanie soborowe .....	234
1.3.2. Encykliki, adhortacje i listy apostolskie .....	235
1.3.3. Przemówienia i orędzia .....	236
1.3.4. Kuria Rzymska .....	237
1.3.5. Inne źródła eklezyjalne .....	238
1.3.6. Autorzy święci .....	238
2. Studia .....	239
2.1 Literatura uzupełniająca .....	239
2.2. Słowniki i Encyklopedie .....	241
2.3. Artykuły .....	241
3. Netografia .....	250
<b>Wykaz skrótów</b> .....	251

## 1. Województwo dolnośląskie

## Instruktorzy Modelu Creighton

Imię i nazwisko	Status	Lokalizacja	Kontakt	Centrum	Współpraca
Joanna Bober	FCP	Wrocław	joanna.bober@fvw.wroclaw.pl tel. kom. 603 372 313	FertilityCare Center Joanna Bober	współpracujący z NaProTechnology
Krzysztof Strug	FCP	Wrocław	krzysztof.strug@fvw.wroclaw.pl tel. kom. 692 550 798	Krzysztof Strug Centrum Troski o Płodność	współpracujący z NaProTechnology
Anna Malinowska	FCP	Piława Dolna	anna.malinowska77@gmail.com tel. kom. 602 351 390	Ośrodek Troski o Płodność	współpracujący z NaProTechnology
Magdalena Krajewska	FCP	Wilkszyn	mikrajewska@rodzina.wroclaw.pl www.rodzina.wroclaw.pl	Ośrodek Troski o Płodność Rodzina ul. Wiśniowa 8, 55-330 Wilkszyn	współpracujący z NaProTechnology
Paulina Nowicka	FCP	Wrocław	paulina.nowicka77@gmail.com tel. kom. 608 573 539	Centrum Troski o Płodność Fertilitas	
Gawel Natalia	FCP	Wrocław	nataliak.gawel@gmail.com tel. kom. 601 088 752	Ośrodek Troski o Płodność Natalia Gawel	

## Lekarze – konsultanci medyczni

Imię i nazwisko	Specjalizacja	Kontakt	Adres
dr n.med. Urszula Sieradzka	specjalista ginekolog położnik, NPPMC	kontakt@nowe-zycie.pl tel. +48 52 510 89 00	ul. Kręta 25, Wrocław
Lech Wojewódzic	specjalista ginekolog położnik, NPPMC	kontakt@nowe-zycie.pl www.nowe-zycie.pl	ul. Andersa 4, 59-220 Legnica
dr n. med. Katarzyna Dunajska	specjalista chorób wewnętrznych, specjalista endokrynolog, NPPMC	kontakt@nowe-zycie.pl tel. +48 52 510 89 00 www.nowe-zycie.pl	Centrum Zdrowia Ogrodowa ul. Elharda 7, Wrocław

## 2. Województwo kujawsko-pomorskie

## Instruktorzy Modelu Creighton

Imię i nazwisko	Status	Lokalizacja	Kontakt	Centrum	Współpraca
Agnieszka Remus	FCP	Bydgoszcz	kontakt@nowe-zycie.pl tel. +48 52 510 89 00 www.nowe-zycie.pl	Nowe Życie – Centrum Troski o Płodność ul. Farna 8, 85-101 Bydgoszcz	współpracujący z NaProTechnology
Carine Stranz-Rambowicz	FCP	Bydgoszcz	kontakt@nowe-zycie.pl tel. +48 52 510 89 00 www.nowe-zycie.pl	Nowe Życie – Centrum Troski o Płodność ul. Farna 8, 85-101 Bydgoszcz	współpracujący z NaProTechnology

### Lekarze – konsultanci medyczni

Imię i nazwisko	Specjalizacja	Kontakt	Adres
Lidia Wąrdowska	rezydent położnictwa i ginekologii, NFPMC	tel. 512 181 614	Toruń, ul Broniewskiego 19
Jacek Skórczewski	specjalista ginekolog położnik, NFPMC	tel. 663 268 082	Bydgoszcz, ul. Jagiellońska 111/6

### 3. Województwo lubelskie

#### Instruktorzy Modelu Creighton

Imię i nazwisko	Status	Lokalizacja	Kontakt	Centrum	Współpraca
Małgorzata Pezda	FCP	Lublin	gosiainiap@wp.pl tel. kom. 513 532 746	FertilityCare Center Małgorzata Pezda	współpracujący z NaProTechnology
Monika Szczepaniak	FCP	Lublin	pronapro.mszeapaniak@gmail.com tel. kom. 880 605 702	FertilityCare Center Adessa Monika Szczepaniak	współpracujący z NaProTechnology
Anna Wojtyła	FCP	Lublin	amaawojtyla@wp.pl tel. kom. 663 205 031	Centrum FertilityCare Anna Wojtyła	współpracujący z NaProTechnology
Anna Stephan	FCP	Radzyń Podlaski	asterphan.poradnia@gmail.com www.poradniaswietejrodziny.pl	Osrodek Troski o Płodność Anna Stephan	współpracujący z NaProTechnology

### Lekarze – konsultanci medyczni

Imię i nazwisko	Specjalizacja	Kontakt	Adres
Maciej Barczentewicz	specjalista ginekolog położnik, NFPMC	maciej.barczentewicz@macierzynstwozycie.pl tel. (81) 534 31 04 tel. kom. 601 164 523	„Macierzyństwo i Życie” ul. Czechowska 10/39, Lublin www.macierzynstwozycie.pl
Anna Dzioba	specjalista medycyny rodzinnej, NFPMC	annadzioba@gmail.com tel. (81) 442 92 20 tel. (81) 442 92 22	NZOZ Życie ul. Lubartowska 64, Lublin

### 4. Województwo lubuskie

#### Instruktorzy Modelu Creighton

Imię i nazwisko	Status	Lokalizacja	Kontakt	Centrum	Współpraca
Barbara Jasirska	FCP	Sulechów k/Zielonej Góry	basia@juglans.com.pl tel. kom. 607 661 338	Osrodek Troski o Płodność JUGLANS ul. Kazimierza Wielkiego 6A Zielona Góra	współpracujący z NaProTechnology

Izabela Jasińska	FCP	Gorzów Wlkp.	izabelaj@wp.pl tel. kom. 577 807 322	FertilityCare Center Izabela Jasińska Ośrodek Troski o Płodność Ewlogia ul. Koniawska 27A, Gorzów Wlkp.	Współpracujący z NaProTechnology
------------------	-----	--------------	---	---	-------------------------------------

#### Lekarze – konsultanci medyczni

Imię i nazwisko	Specjalizacja	Kontakt	Adres
Piotr Gratkowski	specjalista ginekolog położnik, NFPMC	pgratkowski@wp.pl tel. kom. 601 755 253	Specjalistyczny Gabinet Lekarski ul. Dworcowa 4, II piętro, pokój 15 66-400 Gorzów Wlkp.

#### 5. Województwo łódzkie

##### Instruktorzy Modelu Creighton

Imię i nazwisko	Status	Lokalizacja	Kontakt	Centrum	Współpraca
Anna Dziuba-Marzec	FCP	Wieluń	poradnia@fertilianum.pl tel. 607 822 291 www.fertilianum.pl	Centrum Fertilianum Wieluń	współpracujący z NaProTechnology

#### Lekarze – konsultanci medyczni

Imię i nazwisko	Specjalizacja	Kontakt	Adres
dr n. med. Joanna Sinyczyńska	specjalista endokrynolog, NFPMC	info@cmscode.pl tel. kom. 783 540 235	Centrum Medycyny Spersonalizowanej CODE ul. Tuwima 15, Łódź
Radosław Maksym	specjalista ginekolog – androlog, NFPMC	info@cmscode.pl tel. kom. 887 220 088	Centrum Medycyny Spersonalizowanej CODE ul. Tuwima 15, Łódź

#### 6. Województwo małopolskie

##### Instruktorzy Modelu Creighton

Imię i nazwisko	Status	Lokalizacja	Kontakt	Centrum	Współpraca
Iwona Koprowska	FCP	Kraków	tel. kom. 600 701 799	FertilityCare Center Iwona Koprowska	współpracujący z NaProTechnology
Anna Marek	FCP	Kraków	tel. kom. 507 868 528 info@poradniadiazyacia.eu www.poradniadiazyacia.eu iza.salata@gmail.com	Poradnia Wspierania Płodności – Dla Życia Mały Rynek 8, Kraków	współpracujący z NaProTechnology
Izabela Salata	FCP	Kraków	tel. kom. 503 536 604 www.fcpplus.pl	FertilityCare Center Plus	współpracujący z NaProTechnology



Anna Orkisz	FCP	Kraków	tel. kom. 601 053 629	Anna Orkisz – Fertility Care Practitioner ul. Świtezianki 3/1, Kraków	współpracujący z NaProTechnology
Agnieszka Juszyk	FCP, FCE	Tarnów - Mościce	tel. kom. 693 110 006	Ośrodek Troski o Płodność: Fertilias Tarnów- Mościce	współpracujący z NaProTechnology
Marta Wierzbicka-Kuczaj	FCP	Kraków	tel. kom. 664 243 829 martawierzbicka@gmail.com	Poradnia Rozpoznawania Płodności „Płodność i Rodzicielstwo”	współpracujący z NaProTechnology

#### Lekarze – konsultanci medyczni

Imię i nazwisko	Specjalizacja	Kontakt	Adres
Leszek Lachowicz	specjalista ginekolog położnik, androlog kliniczny, NFPPMC	rejestracja przez sms: tel. kom. 663 178 699	Centrum Leczenia Niepłodności Mężzkiej NaProTechnology ul. Świtezianki 3/2, Kraków
Maria Szczawińska	specjalista ginekolog położnik, NFPPMC	tel. kom. 726 858 695	Specjalistyczny Gabinet Ginekologiczno-Polożniczy ul. Świtezianki 3/2, Kraków

#### 7. Województwo mazowieckie

##### Instruktorzy Modelu Creighton

Imię i nazwisko	Status	Lokalizacja	Kontakt	Centrum	Współpraca
Anna Hazuka	FCP	Warszawa	anhazuka@wp.pl tel. kom. 602 205 248	Fertility Care Center Ana	współpracująca z NaProTechnology
Hanna Kamińska	FCP	Warszawa	tel. kom. 607 180 325 hannakaminskafcp@gmail.com emarchlewskapula.fc@gmail.com	Gaudium Vitae FertilityCare Center ul. Kopernika 15/15, Warszawa	współpracująca z NaProTechnology
Elżbieta Marchlewska-Puła	FCP	Warszawa	tel. kom 881 232 405 www.insytut-rodziny.pl	FertilityCare Centre of Elzbieta Marchlewska-Puła Instytut Rodziny ul. Romera 4b, Warszawa - Ursynów	współpracująca z NaProTechnology
Bożena Bassa	FCP	Łomianki	tel. kom. 695 205 060 bbassa@wp.pl	Centrum Troski o Płodność: Bożena Bassa	współpracujący z NaProTechnology
Paulina Zalewska	FCP	Józefosław, Piaseczno	tel. kom. 600 397 280 piekna.plodnosc@gmail.com www.pieknaplodnosc.pl	Ośrodek Troski o Płodność „Piękna Płodność” Paulina Zalewska	współpracująca z NaProTechnology
Beata Marjańczyk	FCP	Radzymin	tel. kom. 665 894 546 b.marjanzyk@gmail.com	Fertility Care Center Beata Marjańczyk ul. Morelowa 27, Radzymin	współpracujący z NaProTechnology
Agnieszka Rasztawicka-Szponar	FCP	Stanisławów k/Mińska Mazowieckiego	tel. kom. 609 240 376 aga.szponar@gmail.com www.arsfert.pl	Ośrodek Troski o Płodność: ArsFerti Stanisławów k/Mińska Mazowieckiego	współpracujący z NaProTechnology

Aleksandra Stupecka	FCP	Plock	tel. kom. 502 559 252 aleksandra.stupecka@plodnosc-plock.pl www.plodnosc-plock.pl	Centrum Troski o Plodność Fertilita	współpracujący z NaProTechnology
Anna Ostatek	FCP	Radom	tel. kom. 604 423 314 annaksj@op.pl	Centrum Troski o Plodność Anna Ostatek ul. Kolberga 20/78, 26-600 Radom Instytut Rodziny	współpracujący z NaProTechnology
Marzena Tomaszewska-Mikołajczak	FCP	Warszawa	tel. kom. 607 822 801 m.t.mikolajczak@gmail.com	ul. Romera 4b, Warszawa - Ursynów	

### Lekarze – konsultanci medyczni

Imię i nazwisko		Specjalizacja	Kontakt	Adres	
Aleksandra Baryła	specjalista ginekolog położnik, NPPMC		recepcja@instytut-rodziny.pl tel. (22) 100 64 37 www.instytut-rodziny.pl	Instytut Rodziny ul. Romera 4B, Warszawa	
dr.n. med. Katarzyna Jankowska	specjalista chorób wewnętrznych, endokrynolog, androlog, NPPMC		tel. (22) 100 64 37 recepcja@instytut-rodziny.pl www.instytut-rodziny.pl	Instytut Rodziny ul. Romera 4B, Warszawa	
Piotr Klimas	specjalista ginekolog położnik, CFPMC		naprotechnology@gmail.com	1) Zespół poradni i lecznictwa Bonifratrów ul. Sapieżyńska 3, Warszawa Rejestracja: pn-pt 7.00 - 20.00, so: 8.00 - 13.00 tel. (22) 635 53 44 tel. (22) 635 91 67 tel. (22) 635 83 47 2) Babka Medica ul. Słomińskiego 19 lok. 517, Warszawa tel. (22) 637 50 01 3) Dom Narodzin Św. Rodziny, ul. Polna 28A, Lomianki zapisy: tel. 509 682 514	
Barbara Antoniak	specjalista ginekolog położnik, NPPMC		b.j.kurek@wp.pl tel. kom. 505 435 304	Specjalistyczny Gabinet Lekarski ul. Grochowska 269 m. 5 05-844 Warszawa	

Joanna Mierzejewska	specjalista medycyny rodzinnej, NFPPMC	lekarz.joanna@mierzewscy.org	Specjalistyczny Gabinet Lekarski Profamilia2000 Pasaż Ursynowski 1, Warszawa www.profamilia2000.pl
Natalia Suszczewicz	rezydent z ginekologii i położnictwa, NFPPMC	tel. (22) 100 64 37 repcja@instytut-rodziny.pl www.instytut-rodziny.pl	Instytut Rodziny ul. Romera 4B, Warszawa
dr n. med. Magdalena Szymańska	specjalista ginekolog-poloznik, NFPPMC	tel. (22) 100 64 37 repcja@instytut-rodziny.pl www.instytut-rodziny.pl	Instytut Rodziny ul. Romera 4B, Warszawa
Marek Ślusarski	specjalista ginekolog-poloznik, specjalista endokrynolog, NFPPMC	tel. kom. 602 755 381	1. Specjalistyczny Gabinet Lekarski ul. Mickiewicza 21/1 Ożarów Mazowiecki 2. Instytut Rodziny ul. Romera 4B, Warszawa
Ewa Śliżeń-Kuczapska	specjalista ginekolog-poloznik, NFPPMC	tel. (22) 64120 44 profamilia2000@gmail.com tel. (22) 100 64 37	Profamilia2000 Pasaż Ursynowski 1/100, Warszawa
dr n. med. Radosław Maksym	specjalista ginekolog-poloznik, androlog kliniczny, NFPPMC	repcja@instytut-rodziny.pl www.instytut-rodziny.pl	Instytut Rodziny ul. Romera 4B, Warszawa
Grzegorz Nyc	specjalista ginekolog-poloznik, NFPPMC	tel. kom. 608 614 752	Praktyka Lekarska Grzegorz Nyc ul. Waryńskiego 9a/13, Radom

## 8. Województwo opolskie

### Instruktorzy Modelu Creighton

Imię i nazwisko	Status	Lokalizacja	Kontakt	Centrum	Współpraca
Monika Godzich-Słowiak	FCP	Opole	tel. kom. 603 070 244 monika.godzich-slwiak@gmail.com	Centrum Trojski o Plodność Monika Godzich-Słowiak ul. Sz. Koszyka 1/16, Opole	

## 9. Województwo podkarpackie

## Instruktorzy Modelu Creighton

Imię i nazwisko	Status	Lokalizacja	Kontakt	Centrum	Współpraca
Anna Kozyra	FCP	Rzeszów Sokołów Małopolski Leżajsk	ania.muz@interia.pl anulkakoz@gmail.com tel. kom. 667 192 782 www.ferti-eligo.rzeszow.pl tel. 792 576 986	FERTI-ELIGO Ośrodek Troški o Płodność Anna Kozyra	współpracujący z NaProTechnology
Bernadeta Paśko	FCP	Rzeszów	bernadeta.pasko@wp.pl kontakt@o-plodnosci.rzeszow.pl www.o-plodnosci.rzeszow.pl	Ośrodek Troški o Płodność Medi Care Bernadeta Paśko	
Aneta Hudyecz	FCP	Jarosław, Rzeszów	tel. kom. 502 326 356 hudyecz@op.pl	Ośrodek Troški o Płodność Aneta Hudyecz	współpracujący z NaProTechnology
Agnieszka Trojnar	FCP	Rzeszów	atrojnar.fertivita@gmail.com tel. kom. 606 286 228	Ośrodek Troški o Płodność Ferti-Vita Agnieszka Trojnar	współpracujący z NaProTechnology

## Lekarze – konsultanci medyczni

Imię i nazwisko	Specjalizacja	Kontakt	Adres
Bogdan Obrzut	specjalista ginekolog położnik, NPPMC	bogdan.obrzut@gmail.com tel. 17 857 70 77 tel. 730 333 360	ul. Litewska 4/4 Rzeszów
Dariusz Ulman	specjalista ginekolog położnik, NPPMC	ulman.gabine@gmail.com tel. 609 645 524	ul. Litewska 4B Rzeszów
Olimpia Mora-Janiszewska	specjalista ginekolog położnik, NPPMC	olimpiajaniszewska@gmail.com tel. 603 899 459	

## 10. Województwo podlaskie

## Instruktorzy Modelu Creighton

Imię i nazwisko	Status	Lokalizacja	Kontakt	Centrum	Współpraca
Agnieszka Ostrowska	FCP	Białystok	tel. 85 653 12 70 www.napromedica.pl	Fertility Care Center of Medica	współpracujący z NaProTechnology
Marta Wieszawska	FCP	Białystok	tel. 85 653 12 70 www.napromedica.pl	Fertility Care Center of Medica	współpracujący z NaProTechnology

## Lekarze – konsultanci medyczni

Imię i nazwisko	Specjalizacja	Kontakt	Adres
Karolina Siemienowicz	NFPMC	siemienowicz.karolina@gmail.com tel. (85) 653 12 75 tel. (85) 653 12 70	NZOZ NaProMedica ul. Antoniuk Fabryczny 10, Białystok www.napromedica.pl
Tadeusz Wasilewski	specjalista ginekolog położnik, NFPMC	kliniaka@napromedica.pl tel. (85) 653 12 70 tel. (85) 653 12 75	NZOZ NaProMedica ul. Antoniuk Fabryczny 10, Białystok www.napromedica.pl
Jolanta Wasilewska	specjalista pediatra, specjalista alergolog, NFPMC	kliniaka@napromedica.pl tel. (85) 653 12 70 tel. (85) 653 12 75	NZOZ NaProMedica ul. Antoniuk Fabryczny 10, Białystok www.napromedica.pl

## 11. Województwo pomorskie

## Instruktorzy Modelu Creighton

Imię i nazwisko	Status	Lokalizacja	Kontakt	Centrum	Współpraca
Lidia Rybarczyk	FCP	Gdańsk	tel. kom. 783 002 002 lekarzenapro@gmail.com	FertilityCare VITA NaproCentrum ul. Wyspiańskiego 25	współpracujący z NaProTechnology
Emilia Wawrzyszyn	FCP	Gdańsk	tel. kom. 783 002 002 lekarzenapro@gmail.com	Ośrodek Troski o Płodność „ARS VITAE” NaproCentrum ul. Wyspiańskiego 25 80-411 Gdańsk-Wrzeszcz	współpracujący z NaProTechnology

## Lekarze – konsultanci medyczni

Imię i nazwisko	Specjalizacja	Kontakt	Adres
dr n. med. Aleksandra Maria Kicińska	specjalista chorób wewnętrznych, immunolog kliniczny, fizjolog płodności, NFPMC	tel. kom. 509 733 102 a.kicinska@gumed.edu.pl	In Vivo UCK Al. Zwycięstwa 30, Gdańsk NaproCentrum
Dorota Bubnowska-Nalepa	specjalista medycyny rodzinnej, NFPMC	tel. kom. 783 002 002 lekarzenapro@gmail.com	ul. Wyspiańskiego 25 80-411 Gdańsk-Wrzeszcz

Monika Wojtkiewicz	specjalista ginekolog położnik, NFPiMC	tel. kom. 783 002 002 lekarzenapro@gmail.com	NaproCentrum ul. Wyspiańskiego 25 80-411 Gdansk-Wrzeszcz
--------------------	--	---	--

## 12. Województwo śląskie

### Instruktorzy Modelu Creighton

Imię i nazwisko	Status	Lokalizacja	Kontakt	Centrum	Współpraca
Daria Mikula-Wesolowska	FCE	Bielsko-Biala	darnapro@gmail.com tel. kom. 504 776 461	Ośrodek Troski o Płodność Daria Mikula-Wesolowska	współpracujący z NaProTechnology
Aneta Ratajcz	FCE	Bielsko Biala	anetaratajcz@gmail.com tel. kom. 501 064 092	Poradnia FertilityCare Aneta Ratajcz	współpracujący z NaProTechnology
Ewa Słuszniaż	FCE	Częstochowa	poradnia@ewasłuszniaz.pl tel. kom. 600 046 684	Ośrodek Troski o Płodność „VITAE”	współpracujący z NaProTechnology
Karolina Głeń	FCE	Gliwice	indiligo.glen@gmail.com tel. kom. 518 758 752	Ośrodek Troski o Płodność IN DILIGO	współpracujący z NaProTechnology
Joanna Golonka	FCE	Katowice	golasia@gmail.com tel. kom. 519 512 991	Ośrodek Troski o Płodność Joanna Golonka	współpracujący z NaProTechnology
Magdalena Kimmel	FCE	Lipowa	magdalenakimmel@gmail.com tel. kom. 579 069 089	Centrum FertilityCare im. Joanny Beretty Molla	współpracujący z NaProTechnology
Ewa Jurczyk	FCE	Mysłowice	ewajurczyk@gmail.com tel. kom. 882 795 099	Centrum FertilityCare ProFamilia	współpracujący z NaProTechnology
Katarzyna Morzy	FCE	Milówka	katarzyna.morzy@gmail.com www.profamilia21.pl	Ośrodek Troski o Płodność „Nadzieja”	współpracujący z NaProTechnology
Anna Mucha	FCE	Bytom	tel. kom. 505 682 499 a.mucha.sns@gmail.com tel. kom. 694 239 314	Poradnia Życia Małżeńskiego i Rodzinnego Mucha ul. Chelmońskiego 18, 41-902 Bytom	współpracujący z NaProTechnology
Jagoda Rogozińska	FCE	Tarnowskie Góry	jagoda.rogozinska@gmail.com tel. kom. 509 059 814	„Siloe” – Ośrodek Troski i Chrześcijańska Poradnia Małżeńska i Rodzinna ul. Różana 2, 42-600 Tarnowskie Góry	współpracujący z NaProTechnology

### Lekarze - konsultanci medyczni

Imię i nazwisko	Specjalizacja	Kontakt	Adres
dr n. med. Przemysław Binkiewicz	dr n. med. specjalista ginekolog położnik, NFPiMC	bin@pro.onet.pl tel. (32) 281 33 40	Specjalistyczne Praktyki Lekarskie ul. Strzelców Bytomskich 9/23, Bytom

Piotr Dyrda	rezydent położnictwa i ginekologii, NFPPMC	a) tel. kom. 577 886 899 b) tel. kom. 607 917 195	a) Specjalistyczne Gabinety Medyczne ul. Kościuszki 175, Katowice www.gabinetymed.pl b) Przychodnia Centrum Naturalnie ul. Żorska 267 Rybnik Poradnia Rodzinna ul. Bielska 45A, Skoczów www.poradniarodzinnas-koczow.pl Poradnia Rozpoznawania Płodności Bielsko-Biała www.darnapro.pl
Adam Kuźnik	specjalista medycyny rodzinnej, NFPPMC	adam.kuznik@creightonmodel.com.pl tel. kom. 783 378 686	
Daria Miłkula-Wesołowska	choroby wewnętrzne, NFPPMC	darnapro@gmail.com tel. kom. 504 776 461	
Iwona Michnikowska-Grzegorzczak	specjalista ginekolog położnik, NFPPMC	tel. kom. 603 799 448	Tarnowskie Góry ul. Nakielska 1-3
Tomasz Kandzia	specjalista ginekolog położnik, NFPPMC	1) tel. kom. 577 886 899 2) tel. (32) 281 33 40	1) Specjalistyczne Gabinety Medyczne ul. Kościuszki 175, Katowice www.gabinetymed.pl 2) Specjalistyczne Praktyki Lekarskie ul. Strzelców Bytomskich 9/23, Bytom

### 13. Województwo świętokrzyskie

#### Instruktorzy Modelu Creighton

Imię i nazwisko	Status	Lokalizacja	Kontakt	Centrum	Współpraca
Paulina Duda	FCP	Łagów	silaplodnosci@gmail.com tel. kom. 501 105 827	Sila Płodności FertilityCare Center Wola Łagowska 91, 26-025 Łagów	współpracujący z NaProTechnology

#### Lekarze – konsultanci medyczni

Imię i nazwisko	Specjalizacja	Kontakt	Adres
Przemysław Miodożeniec	NFPPMC	przemyslaw.miodozeniec@gmail.com	Centrum Medyczne Omega ul. Jagiellońska 70, Kielce tel. (41) 366 31 21; (41) 347 55 95

## 14. Województwo warmińsko-mazurskie

## Instruktorzy Modelu Creighton

Brak instruktorów w tym województwie.

## 15. Województwo wielkopolskie

## Instruktorzy Modelu Creighton

Imię i nazwisko	Status	Lokalizacja	Kontakt	Centrum	Współpraca
Mirosława Szymaniak	FCP	Poznań	mirka.szym@wp.pl miroslawaszymaniak@prolifeclinic.pl tel. kom. 667 296 723 tel. kom. 693 298 438	Mirosława Szymaniak Fertility Care Practitioner ProLife Clinic ul. Kosinińskiego 14/1, Poznań	współpracujący z NaProTechnology
Anna Rybus	FCP	Poznań	biuro@napoczatek.pl www.napoczatek.pl	Poczatek Ośrodek Troski o Płodność	współpracujący z NaProTechnology
Agnieszka Kupis-Kowalska	FCP	Kalisz	crms.kalisz@gmail.com tel. kom. 502 315 019	Ośrodek Troski o Płodność w Rodzinie im. Św. Józefa	współpracujący z NaProTechnology
Ewa Cichocka	FCP	Licheń Stary	tel. kom. 609 528 116 plodnosc@lichen.pl www.lichen.pl	Ośrodek Wsparcia Płodności	współpracujący z NaProTechnology
Szymon Kuznowicz	FCP	Licheń Stary	tel. kom. 693 298 938 plodnosc@lichen.pl www.fundacja.lichen.pl	Ośrodek Wsparcia Płodności	współpracujący z NaProTechnology
Katarzyna Muzykiewicz	FCP	Licheń Stary	tel. kom. 721 818 826 plodnosc@lichen.pl www.fundacja.lichen.pl	Ośrodek Wsparcia Płodności	współpracujący z NaProTechnology
Joanna Kowalska	FCP	Malanów	tel. kom. 601 835 198 joanna.kowalska333@gmail.com	Ośrodek Troski o Płodność Joanna Kowalska	współpracujący z NaProTechnology
Karolina Rzesos	FCP	Poznań	tel. 504 258 233 karolina@poczta.fm	ProLife Clinic ul. Kosinińskiego 14/1, Poznań	współpracujący z NaProTechnology

## Lekarze – konsultanci medyczni

Imię i nazwisko	Specjalizacja	Kontakt	Adres
Piotr Broda	specjalista ginekolog położnik NFPMC	www.napromed.pl tel. (61) 225 99 88 (w godzinach otwarcia kliniki)	Pro Life Clinic ul. Kosinińskiego 14/1 61-519 Poznań



Barbara Bartoś	specjalista ginekolog położnik, NFPPMC	bartosbarbara@o2.pl tel. kom. 507 665 945	Gabinet ginekologiczny w Ośrodku Wsparcia Płodności „NaProTechnology”, ul. Klasztorna 4, 62-563 Licheni Stary
Katarzyna Florakiewicz	specjalista medycyny rodzinnej, NFPPMC	katarzyna.florakiewicz@prolifclinic.pl	ul. Kosńskiego 14/1, Poznań Pro Life Clinic www.prolifclinic.pl
Marek Ślusarski	specjalista ginekolog-położnik, specjalista endokrynolog, NFPPMC	tel. kom 602 755 381	Gabinet ginekologiczny w Ośrodku Wsparcia Płodności „NaProTechnology”, ul. Klasztorna 4, 62-563 Licheni Stary; rejestracja pon-pt 8.00-15.00 pod nr tel: 609 528 116
Jacek Czerniak	specjalista chorób wewnętrznych, NFPPMC	jacz@esculap.pl	1. Prywatny Gabinet Lekarski ul. Rzemieślnicza 16, Kleszew 2. Gabinet ginekologiczny w Ośrodku Wsparcia Płodności „NaProTechnology”, ul. Klasztorna 4, 62-563 Licheni Stary; rejestracja pon-pt 8.00-15.00 pod nr tel: 609 528 116

## 16. Województwo zachodniopomorskie

### Instruktorzy Modelu Creighton

Imię i nazwisko	Status	Lokalizacja	Kontakt	Centrum	Współpraca
Katarzyna Sachaj	FCP	Szczecin	tel. kom. 503 398 303 ksachaj@gmail.com	Ośrodek Troski o Płodność „FERTILTITAS”	współpracujący z NaProTechnology
Ewelina Grzyb	FCP	Police	tel. kom. 600 560 069 ewelina.grzyb@wp.pl	Ośrodek Troski o Płodność Ewelina Grzyb ul. Spółdzielców 99, Police	

### Lekarze – konsultanci medyczni

Imię i nazwisko	Specjalizacja	Kontakt	Adres
Jacek Froehlich	specjalista medycyny rodzinnej, NFPPMC	tel. 607 683 235	Przychodnia Rodzinna ul. Wąrcisława IV 13-15/1, Szczecinek
Małgorzata Wolny	specjalista chorób wewnętrznych, diabetolog, NFPPMC	tel. 91 311 15 31	Przychodnia Medycyny Rodzinnej ul. Kazimierska 4F/U, Szczecin
Iwona Rawicka	specjalista ginekolog położnik, NFPPMC	iwonaraw@poczta.onet.pl tel. kom. 502 243 468	Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska Przeclaw 52c 72-005-Przeclaw





„Z punktu widzenia medycznego, publikacja stanowi ważny głos w dyskusji nad wciąż narastającym zjawiskiem niepłodności, podając jednocześnie alternatywny sposób rozwiązań wspomagania zdrowia prokreacyjnego”.

(z recenzji lekarza specjalisty ginekologa-położnika  
Marii E. Koneckiej, NFPMC)

„Oryginalność pracy polega na przedstawieniu i opisanu w sposób wyczerpujący NaProTECHNOLOGII, jako zwartego systemu diagnostycznego, medycznego i klinicznego, który wspiera i odpowiada naturze ludzkiej”.

(z recenzji prof. Krzysztofa Bielińskiego CSsR, Akademia Alfonsjańska)

„Monografia autora jest więc bardzo efektowną i efektywną próbą ukazania walorów NaProTECHNOLOGII. Dodatkowym jej atutem jest pokazanie harmonii pomiędzy wymogiem moralnym sformułowanym przez Magisterium Kościoła a niezwykle skutecznym i jednocześnie wyrafinowanym technicznie sposobem rozwiązywania egzystencjalnych ludzkich problemów, w tym przypadku niepłodności. Nie jest więc prawdą, że aby skutecznie pomóc w rozwiązywaniu życiowych ludzkich problemów, to należy uciekać się do moralnie nagannych metod. NaProTECHNOLOGIA temu zaprzecza – i to jest pokazane w tej pracy”.

(z recenzji ks. dra hab. Tomasza Kraja, prof. UPJPII)



Uniwersytet Papieski  
Jana Pawła II  
w Krakowie

ISBN 978-83-7438-965-5



9 788374 389655