

BP JÓZEF WRÓBEL SCJ

PRESELEKCJA PŁCI DZIECKA Z PERSPEKTYWY BIOETYKI KATOLICKIEJ

CHILD'S SEX PRE-SELECTION FROM THE PERSPECTIVE OF CATHOLIC BIOETHICS

A b s t r a c t. The author discusses the problem of child's sex pre-selection. The most important motives of such a choice are parents' preferences and the protection of the child against diseases usually associated with the particular gender. Basically, there are two types of methods that increase the chances of having a child of particular sex: natural methods related to the moment of fertilization and artificial methods based on the selection of male gametes with an appropriate sex chromosome and the use of artificial procreation. The author positively assesses natural methods motivated by the child's health or welfare, but he negatively evaluates the sex pre-selection using artificial methods and motivated by the interest of others (parents, human society, socio-political structures).

Key words: Catholic bioethics; child's sex; child's sex pre-selection.

Translated by Rafał Augustyn

Stało się już regułą, że współczesna biomedycyna wychodzi naprzeciw nie tylko zdrowotnym potrzebom człowieka, ale także jego życzeniom. Niekiedy jej praktyki wychodzą więc poza obszar tradycyjnie rozumianej posługi terapeutycznej. W tej przestrzeni pojawia się, między innymi, chęć posiadania potomstwa o upragnionych cechach lub jakościach, w tym również o określonej płci anatomiczno-fizjologicznej.

Bp dr hab. JÓZEF WRÓBEL SCJ, prof. KUL – kierownik Katedry Bioetyki Teologicznej w Instytucie Teologii Moralnej KUL; adres do korespondencji: ul. S. Kard. Wyszyńskiego 2, 20-105 Lublin.

Procedura preselekcji płci mającego się narodzić dziecka może być osiągnięta za pomocą różnych metod. Niektóre z nich bazują na naturalnych możliwościach udostępnianych przez biologię rodziców. Inne korzystają z metod sztucznych dostarczanych przez współczesne biotechnologie. Wśród nich dominują techniki selekcji gamet i sztucznego zapłodnienia.

Tego typu praktyki nie mogą pozostać niezauważone przez refleksję bioetyczną. Za każdym razem bowiem sam wybór płci, jak i zastosowana metoda dotyczy dziecka obdarowanego godnością i podmiotowością, co formułuje klarowne wymagania i stawia granice dla określonych praktyk, a także dla uprawnień biomedyków i rodziców (opiekunów i wychowawców).

Próba oceny takich poczynań jest przedmiotem niniejszej analizy. W poważnej mierze ma ona charakter nowy, gdyż bezpośrednio nauczanie Kościoła w tej materii jest bardzo skromne. Kilka jedno- lub dwuzdaniowych wypowiedzi odnosi się wyłącznie do metod sztucznych. Jednakże ważnych sugestii dla proponowanych refleksji dostarczają liczne wypowiedzi Magisterium Kościoła katolickiego w kwestiach pokrewnych, w szczególności dotyczących przekazywania ludzkiego życia. Warto też na wstępie odnotować, że w ograniczonym zakresie, zwłaszcza etyczno-społecznym, problematykę tę omawia Elio Sgreccia¹. Szerszy kontekst bioetyczny uwzględnia w swoim artykule Wojciech Surmiak².

Na podkreślenie zasługuje jeszcze jeden aspekt związany z omawianą problematyką (jak i z wieloma innymi zagadnieniami bioetycznymi). Zgodnie z nauczaniem teologii moralnej przedmiotem jej oceny nie jest dopiero zrealizowany czyn – osiągnięty cel. Konkretną wartość moralną posiada już samo ukierunkowanie wolności poprzez zamiar, pierwsze decyzje czy teoretyczne studium projektu, a zwłaszcza eksperymenty, nawet jeżeli na końcu okażą się one nieskuteczne i nie znajdują zastosowania w praktyce. Człowiek dokonuje bowiem wyboru dobra lub zła już w tym momencie, kiedy wyznacza sobie cel o określonej wartości moralnej³.

¹ Por. E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, t. 1: *Fondamenti ed etica biomedica*, Vita e Pensiero, Milano 2007⁴, s. 678-680.

² Por. W. SURMIAK, *Etyczna ocena selekcji lub predeterminacji płci dziecka*, „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne” 2010, t. 43, z. 1, s. 94-106.

³ Por. S. OLEJNIK, *Powołanie chrześcijańskie*, t. 1: *Teologia moralna fundamentalna*, Włocławskie Wydawnictwo Diecezjalne, Włocławek 1998 s. 281; A. KOKOSZKA, *Teologia moralna fundamentalna*, Biblos, Tarnów 1992², s. 140-143.

I. MOTYWY PRESELEKCJI PŁCI DZIECKA

Chęć wyboru płci dziecka może być motywowana wieloma racjami⁴. Najczęściej spotykane, to:

1) Pragnienie rodziców posiadania dziecka określonej płci: na przykład, mają chłopca(ów) i chcieliby mieć również dziewczynkę(i) lub odwrotnie, mają córkę(i) i chcieliby mieć też syna(ów). W wymiarach społecznych pragnienie to nie jest marginalne. Zestawienia statystyczne podają, że w USA aż 40% zabiegów typu FIVET jest motywowanych pragnieniem posiadania dziecka określonej płci⁵;

2) W dobie kultury gender nie brak tendencji do wyboru płci dziecka zgodnie z reprezentowaną orientacją społeczno-kulturową lub ze stosunkiem do własnej płci;

3) W niektórych rejonach świata wyżej jest ceniony syn. Dotyczy to takich krajów, jak na przykład Chiny i Indie (przeważnie z powodów ekonomicznych – zagwarantowanie na starość utrzymania), a także Stany Zjednoczone (przynajmniej pierwsze dziecko dla zachowania rodowego nazwiska). W następstwie takiej orientacji kulturowej dziewczynki są częściej porzucane lub abortowane, co już w tej chwili w dwóch pierwszych krajach jest źródłem poważnych problemów demograficznych – mężczyźni mają trudności ze znalezieniem żony⁶. Według badań, przeprowadzonych w 2001 roku przez Kantar TNS (firma specjalizująca się w badaniach obyczajowości i opinii społecznych, powstała w wyniku połączenia TNS OBOP i TNS Pentor), także w Polsce większość rodziców bardziej chciała mieć dziecko płci męskiej (22% – chłopca, 19% – dziewczynkę; dla 56% nie miało to znaczenia; 3% było niezdecydowanych). Według badań z 2017 roku preferencje te wyrównały się, jednak znacznie zwiększyła się liczba niezdecydowanych (po 17% – chłopca lub dziewczynkę; dla 59% nie miało to znaczenia; 7% było niezdecydowanych)⁷.

⁴ O niektórych motywach zob.: E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, t. 1: *Fondamenti ed etica biomedica*, s. 675-676; W. SURMIAK, *Etyczna ocena selekcji lub predeterminacji płci dziecka*, s. 95-97.

⁵ T. ROŻEK, *Myslimy zawczasu*, Wywiad z prof. Ewą Bartnik, „Gość Niedzielny” 92(2015), nr 16, s. 27 (z 19.04.2015).

⁶ Por. D.C. WERTZ, *Reproductive Technologies*, II. *Sex Selection*, w: *Encyclopedia of Bioethics*, red. W.Th. Reich, t. 4, Warren T. Reich, New York 1995, s. 2213-2215.

⁷ Por. *Chłopiec czy dziewczynka? Polacy o dzieciach w 2001 i 2014 roku*, „Kantar TNS” 2014, s. 5, http://www.tnsglobal.pl/archiwumraportow/files/2014_03/K.008_Chlopiec-czy-dziewczynka_O01a-14.pdf (dostęp: 29.01.2018).

4) Motywy demograficzne. Mając na uwadze fenomen, że generalnie na świecie rodzi się więcej chłopców niż dziewczynek, nie brak propozycji wyrównania tej dysproporcji przez zastosowanie technik pozwalających wybrać płeć dziecka. Warto odnotować, że również w Polsce na świat przychodzi więcej chłopców niż dziewczynek: średnio na 100 dziewczynek rodzi się 105-106 chłopców. W 2015 roku urodziło się 190 244 chłopców i tylko 180 139 dziewczynek. Podobnie sytuacja wygląda w innych krajach świata (USA, Wielka Brytania, Francja, kraje Azji). Natomiast w Afryce i Ameryce Łacińskiej dane te są porównywalne⁸.

5) W niektórych sytuacjach lub środowiskach na wybór płci dziecka wpływ ma motyw wychowawczy. Według przytoczonych wyżej badań, przeprowadzonych przez Kantar TNS w 2001 roku, większość Polaków uważała, że łatwiej jest wychować dziewczynkę (26%), niż chłopca (19%). W 2014 roku opinie te zrównały się, jednak są one zależne od płci rodziców: ojcowie optują za synem, matki za córką⁹.

6) Niekiedy młodzi małżonkowie pragną mieć dziecko określonej płci, ulegając sugestiom swoich rodziców. Kiedy indziej mają oni na uwadze zachowanie nazwiska rodowego lub zapewnienie ciągłości dynastii¹⁰.

7) Wybór płci dziecka bywa proponowany (niekiedy odpłatnie) przez środowisko naukowe, które chce lepiej poznać procesy rozwojowe ludzkiej płci lub prowadzić w tej materii eksperymenty.

8) Obok motywu, przedstawionego w pierwszym punkcie, największy wpływ na wybór płci dziecka mają racje eugeniczne. Rodzice nie chcą mieć dziecka obciążonego chorobami wrodzonymi sprzężonymi z płcią.

Powyższy motyw zasługuje na szersze omówienie. Około 9% z 3000 znanych schorzeń dziedzicznych to właśnie choroby związane z płcią. Przeważnie mają one swoje źródło w zmutowanym genie lub w zmianie liczby genów zlokalizowanych na chromosomie płciowym X.

⁸ Por. GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY, *Dzieci w Polsce w 2014 roku. Charakterystyka demograficzna*. Warszawa, czerwiec 2015 r. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/dzieci-w-polsce-w-2014-roku-charakterystyka-demograficzna,20,1.html>(dostęp:27.01.2018). Por. także D.C. WERTZ, *Reproductive technologies*, s. 2214; P. SZUKALSKI, *Relacja urodzeń noworodków płci żeńskiej i męskiej w czasie i przestrzeni*, „Portal Uniwersytetu Łódzkiego”. http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/3649/Relacja_%20urodze%C5%84.pdf?sequence=1 (dostęp: 10.11.2017).

⁹ Por. *Chłopiec czy dziewczynka? Polacy o dzieciach w 2001 i 2014 roku*, s. 6.

¹⁰ Por. H. CHESTERMAN-PHILLIPS, *Planowanie płci dziecka. Metody naturalne*, Bauer-Weltbild Media Sp. Z o.o., Warszawa 2008, s. 45-47.

Najszerzej znana jest hemofilia typu A (brak lub niedobór VIII czynnika krzepnięcia krwi na skutek mutacji genu F8) i hemofilia typu B (brak lub niedobór IX czynnika krzepnięcia krwi na skutek mutacji genu F9). Z punktu widzenia klinicznego hemofilie te nie różnią się. Przeważnie chorują potomkowie płci męskiej (1:10000 urodzin), gdyż mają tylko jeden chromosom X ze zmutowanym genem. Bardzo rzadko na hemofilię chorują również kobiety (1:100 mln). Sytuacja ta ma miejsce wtedy, kiedy mają one zmutowane geny na obydwu chromosomach X: jeden chromosom X z mutacją genu odziedziczony po matce (nosicielce) i drugi chromosom X z mutacją genu odziedziczony po ojcu chorym na hemofilię¹¹. Znane są też inne mechanizmy zachorowania na hemofilię u kobiet związane z zaburzeniami inaktywacji jednego z chromosomów X.

Inne choroby związane z płcią dziecka to zespół Lescha-Nyhana¹², zespół Kallmanna¹³, zespół Martina-Bella¹⁴. Do chorób sprzężonych z płcią należą dalej niektóre dystrofie mięśniowe, zwłaszcza najczęściej spotykane dystrofie typu Duchenne'a¹⁵ i Beckera¹⁶. Na dystrofie te, podobnie jak w przypadku hemofilii, chorują przeważnie chłopcy, którzy otrzymali od matki chromosom X ze zmutowanym genem. Oznacza to jednocześnie, że matki są nosicielkami choroby (bez objawów), a chorują mężczyźni, ponieważ nie mają drugiego chromosomu X rekompensującego obecność mutacji genu na jednym z nich, tak jak to jest w sytuacji nosicielstwa. Wyjątkiem jest zespół Reta¹⁷, który jest wywoływany przez mutacje genu MECP2 położonego na chromosomie X. Chorują dziewczynki, bo chłopcy z uwagi na wady letalne indukowane przez zaburzenie funkcji tego genu zazwyczaj nie dożywają do terminu porodu albo umierają we wczesnym okresie po urodzeniu. Podobnie

¹¹ Por. G. SYGITOWICZ, E. DAWIDOWSKA, *Problemy nosicielek hemofilii A*, Portal „Na zdrowie.pl”, <https://nazdrowie.pl/artukul/hematologia/problemy-nosicielek-hemofilii/> (dostęp: 15.11.2017).

¹² Także w tym przypadku nosicielem jest kobieta. Zespół objawia się zaś u połowy męskiego potomstwa tej kobiety.

¹³ Jest to grupa chorób uwarunkowanych genetycznie charakteryzujących się zaburzeniem węchu i hipogonadyzmem hipogonadotropowym. Na zespół ten od czterech do pięciu razy częściej chorują mężczyźni. Może występować zarówno dziedzicznie, jak i samoistnie.

¹⁴ Choroba zwana też zespołem „łamliwego chromosomu X”.

¹⁵ Podobnie, jak w przypadku hemofilii, jej nosicielką jest matka, a zapadają na nią prawie wyłącznie chłopcy. Choroba prowadzi do śmierci (chłopców) w 10-30 roku życia.

¹⁶ Choroba jest podobna do poprzedniej, ale nie jest letalna. Później pojawiają się też objawy kliniczne.

¹⁷ Stanowi częstą przyczynę obniżenia poziomu rozwoju intelektualnego u dziewczynek i jest zaliczany do kręgu autystycznego.

jest w przypadku znacznie rzadziej występującego schorzenia niż zespół Retta, jakim jest zespół hipoplazji skóry Blocha i Sulzbergera¹⁸.

Wymienione tutaj przykładowo choroby, sprzężone z chromosomem X, mogą być odkryte już na wczesnych etapach życia embrionalnego i płodowego; inne w pierwszych latach życia. W przypadku hemofilii możliwe jest leczenie zastępcze w postaci podawania do krwiobiegu osoby chorej czynnika przywracającego krzepliwość krwi lub frakcji osocza bogatej w czynnik krzepliwości, co zapewnia normalne życie¹⁹. We wszystkich przedstawionych przypadkach istnieje teoretyczna możliwość stosowania technik bazujących na terapii genowej. Jak dotychczas terapie te mogą być dostępne wyłącznie na poziomie eksperymentalnym. Ryzyko poważnych i pokoleniowo trwałych błędów wyklucza ich praktyczne stosowanie²⁰. Czyni się też wysiłki mające na celu złagodzenie objawów wspomnianych chorób za pomocą różnych terapii, na przykład farmakologicznych²¹.

II. METODY PRESELEKCJI PŁCI DZIECKA

Możliwość wyboru płci dziecka była przedmiotem ludzkich dążeń od odległych czasów. Spotykane w przeszłości porady miały najczęściej charakter mityczny lub iluzoryczny. Nie miały one podstaw naukowych i dziś mogą być traktowane jako ciekawostki o charakterze kulturowo-obyczajowym. Racjonalny charakter mają metody, które pojawiają się w świadectwach lekarzy i małżonków oraz w literaturze naukowej. Większość tych metod korzysta z osiągnięć współczesnej biomedycyny.

¹⁸ Zespół ten to rzadka choroba genetyczna związana z chromosomem X. Polega ona na niezdolności komórek skóry do gromadzenia melaniny i na powstawaniu stanów zapalnych oraz zmian o różnym stopniu. W przypadku pacjentów płci męskiej wada ta ma charakter letalny. Zob. M. PACHOLCZYK, T. FERENC, A. MORDALSKA, *Dziedziczenie jednogenne u człowieka*, w: *Genetyka medyczna*, red. G. Drewna, T. Ferenc, Elsevier Urban and Partner, Wrocław 2011, s. 197-252.

¹⁹ Por. E. FIDZIAŃSKA, J. ZAREMBA, *Genetyka*, w: *Patofizjologia*, red. S. Maśliński, J. Ryżewski, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2007³, s. 89; M. CZOKAŁO-PLICHTA, *Patofizjologia chorób krwi i układu krwiotwórczego: Białka osocza i hemostaza*, w: *Patofizjologia*, s. 568-569.

²⁰ Por. J. WRÓBEL, *Terapie genowe z perspektywy bioetycznej*, „Teologia i Moralność” 2010, t. 8, s. 18-24.

²¹ Por. A.T. MIDRO, B. PANASIUK, *Poradnictwo genetyczne w zespole Retta*, cz. V: *Perspektywy farmakologicznego wspierania rozwoju dzieci*, „Przegląd Pediatryczny” 2016, t. 45, nr 4, s. 16-22.

1. Tradycja metod iluzorycznych i mitycznych

Opisy metod, mających umożliwić wybór płci dziecka, pojawiają się już w starożytnym piśmiennictwie. Hipokrates uczył, że jeżeli rodzice chcą mieć córkę, to ojciec musi podjąć współżycie po ustaniu miesiączki żony i obchodzić się z nią bardzo czule. Z kolei ojciec, który pragnie mieć syna, winien podjąć współżycie wtedy, kiedy żona ma na to ochotę.

Około 500 roku przed Chrystusem Anaksagoras, grecki filozof wywodzący się z Azji Mniejszej, głosił, że gamety pochodzące z prawego gruczołu płciowego gwarantują dziecko płci męskiej; z kolei z lewego płci żeńskiej. Przyjście na świat dziecka pożądanej płci zapewniało więc usunięcie odpowiedniej gonydy. Przekonanie to przetrwało aż do stosunkowo bliskich nam czasów, gdyż takiemu zabiegowi mieli się poddawać niektórzy francuscy arystokraci²².

Wydaje się, że do metod iluzorycznych należy też zaliczyć często przytaczaną na internetowych forach metodę, liczącego sobie 700 lat, chińskiego kalendarzyka. Według jego wskazań płeć dziecka zależy od wieku matki i od miesiąca współżycia²³.

Inne metody miały charakter mityczny lub były związane z wierzeniami. Tak na przykład starożytni Germanie byli przekonani, że celem zrodzenia syna w czasie współżycia w łóżku winna się znajdować siekiera. W średniowieczu uciekano się do środków alchemicznych. W bliższych nam czasach powtarzano, iż celem zrodzenia syna mąż winien był po zbliżeniu czytać małżonce żywoty sławnych mężów²⁴.

Jeszcze w 1917 roku angielski lekarz Dawson twierdził, że zapłodnienie oocytu z lewego jajnika miało gwarantować dziewczynkę, a z prawego jajnika chłopca. Wiara w skuteczność takiej metody zdaje się być wciąż żywa w niektórych środowiskach, gdyż mówią o niej kobiety prowadzące dyskusje na forach internetowych. Podczas gdy jedne z nich potwierdzają skuteczność tej metody, inne ją negują²⁵.

²² Por. H. BARTEL, *Embriologia*, PZWL, Warszawa 2007⁴, s. 75.

²³ Por. K. MORYC, *Jak zaplanować płeć dziecka? 5 metod planowania płci dziecka*, „Portal dlaRodziców”, <http://dzidziusiowo.pl/planujemy-ciaze/starania-o-dziecko/1571-jak-zaplanowac-plec-dziecka-5-metod-planowania-plci-dziecka> (dostęp: 30.01.2018).

²⁴ A. KURCZUK-POWOLNY, *Jak zaplanować płeć dziecka?* Portal „Gazeta.PL”, „eDziecko”, http://www.edziecko.pl/przed_ciaza/1,79569,3835653.html (dostęp: 16.09.2017).

²⁵ Por. *Czy można i jak zaplanować płeć dziecka? Chłopiec/dziewczynka?* Portal „Babyboomforum”, <https://www.babyboom.pl/forum/temat/czy-mozna-i-jak-zaplanowac-plec-dziecka-chlopiec-dziewczynka.1147/page-4523> (dostęp: 10.11.2017).

2. Metody sztuczne

Metody te korzystają z reguły z możliwości, jakie stwarza współczesna biomedycyna, zwłaszcza jej działy specjalizujące się w problematyce przekazywania ludzkiego życia.

2.1. Metody sztuczne przed poczęciem

Metody te²⁶ w punkcie wyjścia zakładają selekcję plemników i wychwycenie tych, które posiadają określony chromosom płciowy X lub Y. Proces ten przeprowadza się najczęściej (przynajmniej na etapie prowadzenia eksperymentów) w żelu sefadeskowym, poprzez sedymentację przeciwprądową lub odwirowanie w gradientach gęstości, jak na przykład perkol czy albumina. Praktycznie wszystkie te metody wykorzystują specyficzne cechy lub właściwości plemników. Zgodnie z powszechnym przekonaniem plemniki zawierające chromosom X są gabarytowo większe i cięższe niż plemniki zawierające chromosom Y. Prezentują też zróżnicowane możliwości do poddawania się sedymentacji.

Inna metoda selekcji wykorzystuje przepływ laminarny oraz różną ruchliwość gamet. Plemniki zawierające chromosom X poruszają się bardziej prostoliniowo niż plemniki Y. Metoda pozwala na uzyskanie zawiesiny posiadającej w 80% plemniki jednego rodzaju.

Kolejna metoda stosuje elektroforezę przepływową. Bazuje ona na różnicach w ruchliwości elektroforetycznej gamet zawierających chromosom X lub Y. Ruchliwość ta jest związana z nierównym ładunkiem elektrycznym występującym na zewnętrznej powierzchni błony komórkowej. Metoda ta spotkała się jednak z krytycznymi opiniami, gdyż przeprowadzone eksperymenty raz miały wykazać, że większy ładunek powierzchniowy ujemny posiadają plemniki z chromosomem X, a innym razem plemniki Y. Co więcej, inne ładunki miały mieć plemniki z tym samym chromosomem płciowym uzyskane z różnych ejakulatów tego samego dawcy nasienia. Swój ładunek powierzchniowy mają też zmieniać oocyty.

Bardzo podobna jest metoda galwaniczna. Polega ona na indukowaniu migracji gamet męskich X w kierunku katody, zaś gamet Y w kierunku anody.

Na uwagę zasługuje także metoda oparta na pomiarze fluorescencji DNA komórek naświetlanych laserem. Jednakże badanie to jest niebezpieczne, gdyż

²⁶ Przytoczone tutaj metody zostały wybrane spośród przedstawionych w publikacji: M. GAWĘCKA-SZCZYGIEL, M. KURPISZ, *Regulacja płci – część pierwsza: Frakcjonowanie ludzkich plemników X i Y*, „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia” 1996, t. 17, s. 192-197.

może prowadzić do aberracji chromosomowych i powodować śmierć embrionu po zapłodnieniu.

Publikacja, przedstawiająca powyższe metody, mówi też o projektach zmierzających do opanowania techniki sterowania spermatogenezą w kierunku otrzymania plemników posiadających określony chromosom płciowy (X lub Y).

Przedstawione metody selekcji męskich gamet stanowią pierwszy etap wyboru płci mającego się narodzić dziecka. Drugi etap zakłada stosowanie którejś z procedur sztucznego zapłodnienia. Możliwe jest zastosowanie sztucznej inseminacji (*in vivo*). Zakłada ona jednak przygotowanie gamet w ilości zbliżonej do ich zawartości w naturalnym ejakulacie (choć ilość ta może być uzależniona od miejsca jego złożenia w narządach rodnych kobiety). Możliwe jest też skorzystanie z metod zapłodnienia pozaustrojowego, czy to w postaci FIVET (z różnymi sposobami zaplemnienia oocytów), czy też ICSI (docytoplazmatyczne wstrzyknięcie jednego plemnika).

Warto też w tym miejscu odnotować wyniki badań przeprowadzonych przez australijskich naukowców w Australii i Nowej Zelandii w latach 2002-2006. Okazało się, że matki, które skorzystały z metod *in vitro*, częściej rodziły dzieci płci męskiej – na 100 urodzeń przypadło 56 chłopców. Wynik tych badań został do tego stopnia poważnie potraktowany, że ich autorzy zalecili pracownikom klinik *in vitro* informowanie o nich osób zamierzających skorzystać z tych metod²⁷.

2.2. Metody sztuczne po poczęciu

Autorami założeń teoretycznych metod sztucznych po poczęciu byli David K. Gardner, profesor uniwersytetu w Melbourne, oraz Robert G. Edwards, profesor uniwersytetów angielskich, projektodawca metod zapłodnienia pozaustrojowego i twórca pierwszego dziecka z probówki. Proponowana przez nich metoda mikrochirurgiczna miała polegać na przechwyceniu w organizmie matki rozwijającego się zarodka (na etapie blastocysty) i obserwowaniu dalszego jego rozwoju w środowisku sztucznym. Jeżeli posiadałby on pożądaną płć, byłby wszczepiany z powrotem do organizmu matki; w przeciwnym przypadku miał on być zniszczony lub przeznaczony do badań naukowych. Eksperymenty te nie spełniły oczekiwań i w efekcie zrezygnowano z tej

²⁷ Por. J. DEAN, M. CHAPMAN, E. SULLIVAN, *The Effect on Human Sex Ratio at Birth by Assisted Reproductive Rechnology (ART) Procedures – an Assessment of Babies Born Following Single Embryo Transfers, Australia and New Zealand, 2002–2006*, „British Journal of Obstetrics and Gynaecology” (BJOG) 2010, t. 117, nr 13, s. 1628-1634.

metody, gdyż tylko około 20% ponownie wszczepionych zygot rozwijało się pomyślnie²⁸.

Powszechnie stosowana dziś metoda polega na sztucznym zapłodnieniu oocytu bez uprzedniej selekcji gamet męskich. Na kolejnym etapie wybierane są embriony o pożądanej płci i tylko one są transferowane do organizmu matki, dając pewność urodzenia się chcianego dziecka.

Kolejna metoda preselekcji płci dziecka korzysta z diagnozy prenatalnej przeprowadzanej w czasie jego rozwoju płodowego. W zależności od wyniku badania, dziecku chcianemu pozwala się dalej rozwijać, a niechciane jest abortowane.

3. Metody naturalne

Spośród metod naturalnych najczęściej przytaczana jest metoda amerykańskiego lekarza Landruma B. Shettlesa (1909-2003), opisana przez niego w książce wydanej wspólnie z Davidem Rorvikiem w 1971 roku²⁹. Autorzy ci twierdzą, że istnieje dosyć ścisła relacja między momentem zapłodnienia w okresie płodnym kobiety a prawdopodobieństwem urodzenia się chłopca lub dziewczynki. Punktem wyjścia jest wspomniana wcześniej specyfika męskich gamet. Plemniki Y są mniejsze i generalnie mają się poruszać szybciej. Z kolei plemniki X, posiadając około 3% więcej materiału genetycznego, są gabarytowo większe i mają być wolniejsze. Jednocześnie żywotność plemników Y jest krótsza niż plemników X. Przy tych zależnościach płeć dziecka w dużym stopniu zależy od momentu współżycia rodziców odniesionego do procesu owulacji, to znaczy do czasu uwolnienia się oocytu. Cytowani autorzy stwierdzają (podobnie jak i kobiety na forach internetowych), że jeżeli jednorazowe współżycie ma miejsce w czasie najbliższym owulacji, to wzrasta prawdopodobieństwo urodzenia się chłopca, gdyż większe szanse na zapłodnienie mają plemniki Y. Natomiast, jeżeli zbliżenie małżeńskie ma miejsce w większym odstępnie czasu od owulacji, to wzrastają szanse na urodzenie dziewczynki. Metodę tę potwierdza też polski profesor nauk medycznych, Hieronim Bartel. Pisze on: „w przypadku sztucznego zaplemnienia stwierdzono, że inseminacja dokonana kilka godzin przed spodziewaną owulacją [...]

²⁸ Por. E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, t. 1: *Fondamenti ed etica biomedica*, Vita e Pensiero, Milano 2007⁴, s. 677.

²⁹ Por. L.B. SHETTLES, D.M. RORVIK, *Zaplanuj płeć swego dziecka*, „Filar”, Warszawa 2001.

znacznie zwiększyła liczbę urodzeń chłopców. Natomiast gdy zabieg został wykonany kilka dni przed owulacją, to urodziło się więcej dziewczynek³⁰.

Powyższa metoda jest różnie oceniana. Landrum B. Shettles i David Rorvik twierdzą, że skuteczność metody wynosi od 75% do 90%. Jednocześnie podkreślają oni, że metoda ta zakłada dobre rozpoznanie momentu owulacji i dostosowanie się do niego małżonków. Przeprowadzone badania opisano też w artykułach opublikowanych na łamach „The New England Journal of Medicine”³¹. Jedni autorzy sugerują, że nie można mówić o jakiejś znaczącej zależności między czasem współżycia i momentem w przebiegu owulacji, a tym samym o skuteczności tej metody. Opisane przez nich badania miały potwierdzić jedynie sześcioprocentowy wzrost urodzeń dzieci o pożądanej płci przy zastosowaniu tej metody. Z kolei inni autorzy badań w pełni potwierdzają jej skuteczność³². Jednocześnie wszyscy naukowcy dzielący się w tych publikacjach wynikami swoich eksperymentów podkreślają, że potrzebne są dalsze badania. Skuteczność tej metody potwierdzają również autorzy badań przedstawionych na łamach „Journal of Andrology”³³.

Pozytywnie tę metodę oceniają też dwie kolejne publikacje: jedna wydana przez Hazel Phillips i Tessy Hilton³⁴, a druga przez Hazel Chesterman-Phillips³⁵. W opisie metody zwanej Hazel (od imienia autorki metody) można przeczytać: „Jeśli pragniesz chłopca, wyznacz swoje dni owulacji za pomocą metod opisanych w rozdziale 6. Powstrzymajcie się od współżycia przez pewien czas przed owulacją, co zwiększy liczbę plemników. Odbądź stosunek jak najbliżej momentu owulacji, a w każdym razie w ciągu pierwszych 24

³⁰ H. BARTEL, *Embriologia*, s. 75.

³¹ Por. A.J. WILCOX, C.R. WEINBERG, D.D. BAIRD, *Timing of Sexual Intercourse in Relation to Ovulation. Effects on the Probability of Conception, Survival of the Pregnancy, and Sex of the Baby*, „The New England Journal of Medicine” 1995, t. 333, nr 23, s. 1517-1521 („There was no evident relation between the age of sperm and the viability of the conceptus, although only 6 percent of the pregnancies could be firmly attributed to sperm that were three or more days old. Cycles producing male and female babies had similar patterns of intercourse in relation to ovulation”).

³² Por. S. HARLAP, *Gender of Infants Conceived on Different Days of the Menstrual Cycle*, „The New England Journal of Medicine” 1979, t. 300, nr 26, s. 1445-1448.

³³ Por. A.M. HOSSAIN, S. BARIK, P.M. KULKARNI, *Lack of Significant Morphological Differences Between Human X and Y Spermatozoa and Their Precursor Cells (Spermatids) Exposed to Different Prehybridization Treatments*, „Journal of Andrology” 2001, t. 22, nr 1, s. 119-123.

³⁴ Publikacja ta została przetłumaczona na język polski: H. PHILLIPS, T. HILTON, *Dziewczynka czy chłopiec?* Jacek Santorski and System, Warszawa 1995.

³⁵ *Planowanie płci dziecka. Metody naturalne*, Bauer-Weltbild Media Sp. Z o.o., Warszawa 2008.

godzin po niej. Jeżeli pragniesz dziewczynki, wyznacz swoje dni owulacji za pomocą metod opisanych w rozdziale 6. Współżycie [...] od początku cyklu do trzech dni przed owulacją. Od tego momentu zachowajcie wstrzeźliwość [...]. Jeśli nie zajdziesz w ciążę, spróbujcie w następnych cyklach stopniowo zbliżać się do czasu owulacji, ale nie bardziej niż na 48 godzin, inaczej może ci się przytrafić chłopiec”³⁶. Hazel Phillips i Tessy Hilton dodają jednocześnie, że „na 100 par, które próbowały metody Hazel, w 81 przypadkach urodziło się dziecko pożądanej płci, w 19 było odwrotnie”. Zgodnie z powyższą statystyką cytowane publikacje podkreślają, że metoda ta nie jest stuprocentowa, gdyż nie daje absolutnej gwarancji urodzenia dziecka chcianej płci. Ona tylko zwiększa prawdopodobieństwo urodzenia takiego dziecka³⁷.

III. OCENA MORALNA METOD PRESELEKCJI PŁCI DZIECKA

Przedstawiona procedura jest dosyć złożona i w pewnych wymiarach stanowi ona nowy rozdział w biomedycynie. Fakt ten tym bardziej zobowiązuje do uważnej refleksji moralnej i wyjaśnienia pojawiających się w tym kontekście pytań. Zgodnie z uwagami poczynionymi we wstępie brak jest, jak dotychczas, szerszego omówienia problemu ze strony Magisterium Kościoła. Uważna refleksja pozwala jednak zauważyć, że nie wszystkie aspekty tej biotechnologii są w zupełności nowe z punktu widzenia teologii moralnej i bioetyki katolickiej. Znalazły one bowiem należyte odbicie w obfitym nauczaniu na temat przekazywania ludzkiego życia, na temat sztucznej prokreacji, świętości ludzkiego życia od poczęcia oraz osobowej godności dziecka, którą jest obdarowane również od chwili poczęcia.

1. Ocena metod sztucznych

Zgodnie z prezentacją techniczną metod wyboru płci dziecka, ich sedno stanowi selekcja gamet oraz nieodzownie z nią związana procedura sztucznego zapłodnienia, czy to metodą *in vivo* (zapłodnienie wewnątrzustrojowe), czy też *in vitro* (zapłodnienie pozaustrojowe w różnych formach). W przypadku technologii jeszcze bardziej radykalnej, stosowane jest niszczenie embrionów lub aborcja dzieci o niepożądaną płci. Wszystkie tego typu postępowania są

³⁶ H. PHILLIPS, T. HILTON, *Dziewczynka czy chłopiec*, s. 59.

³⁷ Por. tamże, s. 59-60. Wyniki te potwierdzają też świadectwa rodziców włączających się w dyskusje na forach internetowych; potwierdził je także polski lekarz, mój przyjaciel, prowadzący badania w tej materii.

ze swej natury niemoralne i stąd zdecydowanie odrzucone przez teologię moralną i bioetykę katolicką; są one obciążone wszystkimi zastrzeżeniami etycznymi, które są znane z analiz etycznych metod *in vitro*³⁸.

Zgodnie z nauczaniem teologicznomoralnym takiej oceny nie są w stanie uzdrowić ani moralnie szlachetne intencje, ani pozytywne (tutaj z punktu widzenia zdrowia) skutki – cel bowiem nie może uświęcić zastosowanych środków³⁹. Pierwszymi wartościami deptynymi w tych procedurach są: nienaruszalna godność embrionu, która wyklucza jakiekolwiek formy jego uprzedmiotowienia i zawłaszczenia oraz świętość ludzkiego życia od chwili poczęcia.

Przedstawiona skrótowo ocena moralna tego typu preselekcji płci dziecka znajduje swoją afirmację wyraźną lub domyślną w kilku oficjalnych wypowiedziach Kościoła. Kongregacja Nauki Wiary uczy w Instrukcji *Dignitas personae*: „coraz częstsze są przypadki, że pary, które nie są bezpłodne, korzystają z metody sztucznego przekazywania życia jedynie w tym celu, by móc dokonać genetycznej selekcji swoich dzieci”⁴⁰. Nie jest to odosobniona wypowiedź Magisterium w tej materii. Można tutaj mówić o dłuższej tradycji tego nauczania. Wcześniej ten temat pojawił się w Instrukcji Kongregacji Nauki Wiary *Donum vitae*⁴¹, w *Katechizmie Kościoła Katolickiego*⁴², a ostatnio w *Nowej*

³⁸ Por. w kwestii obrony życia ludzkich embrionów od chwili poczęcia: JAN PAWEŁ II, Encyklika *Evangelium vitae*, Rzym 1995, zwłaszcza nr 58-63; KONGREGACJA NAUKI WIARY, Deklaracja o przerywaniu ciąży *Quaestio de abortu procurato*, Rzym 1974; KONGREGACJA NAUKI WIARY, Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. Odpowiedzi na niektóre aktualne zagadnienia *Donum vitae*, Rzym 1987 cz. I; KONGREGACJA NAUKI WIARY, Instrukcja dotycząca niektórych problemów bioetycznych «*Dignitas personae*», Rzym 2008, nr 14-15. W kwestii sztucznej prokreacji prezentacja nauczania Kościoła: por. J. WRÓBEL, *Antropologiczne implikacje sztucznej prokreacji*, „Roczniki Teologiczne” 62(2015), z. 3, s. 79-86.

³⁹ Chodzi tutaj o naukę etyki katolickiej i teologii moralnej o źródłach moralności czynu ludzkiego. Zgodnie z tą nauką czyn z przedmiotu moralnie zły, a takim jest każda metoda sztucznego przekazywania życia, nie może być usprawiedliwiony przez moralnie dobry cel i szlachetny motyw (por. JAN PAWEŁ II, Encyklika *Veritatis splendor*, Rzym 1993, nr 75, 78-80; nr 81: „okoliczności lub intencje nie zdołają nigdy przekształcić czynu ze swej istoty niegodziwego ze względu na przedmiot w czyn „subiektywnie” godziwy lub taki, którego wybór można usprawiedliwić”; por. także S. OLEJNIK, *Dar – Wezwanie – Odpowiedź. Teologia moralna*, t. 3: *Wartościowanie moralne. Prawo – sumienie – dobro – zło*, ATK, Warszawa 1988, s. 160-165; TENŻE, *Powołanie chrześcijańskie*, s. 278-280; A. GÜNTHÖR, *Chiamata e risposta. Una nuova teologia morale*, t. 1: *Morale generale*, Edizioni Paoline, Roma 1979, s. 497-507.

⁴⁰ Rzym 2008, nr 15.

⁴¹ „Techniki zapłodnienia w próbówce mogą stworzyć możliwości innych form manipulacji biologicznej i genetycznej embrionów ludzkich [...]. Niektóre usiłowania interwencji w dziedzictwo chromosomowe lub genetyczne (związane z technikami rozmnażania się ludzkiego) nie mają charakteru leczniczego, lecz zmierzają do wytwarzania istot ludzkich dobranych według

*Karcie Pracowników Służby Zdrowia Papieskiej Rady do Spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia*⁴³.

2. Ocena metod naturalnych

Zgodnie z wcześniejszymi uwagami, metody naturalne umożliwiające z dużym prawdopodobieństwem wybór płci dziecka polegają zasadniczo na wyborze czasu małżeńskiego zbliżenia. Trzeba jednocześnie zauważyć, że skorzystanie z tych metod może mieć różne motywacje. Można je podzielić na dwie grupy, a mianowicie zdrowie dziecka (ewentualnie inne jego dobro) lub korzyści osiągnane przez podmioty postronne (przez rodziców, społeczeństwo, struktury społeczno-państwowe). Z punktu widzenia moralnego cele te nie są tożsame i domagają się oddzielnej analizy, gdyż implikują one różne dobra różnych podmiotów, jakkolwiek są one osiągnane za pomocą tej samej metody.

2.1. Zdrowie dziecka jako motyw wyboru płci dziecka

Z punktu widzenia moralnego same w sobie omówione metody naturalne nie budzą zastrzeżeń moralnych. Czynią one zadość wymaganiom moralnym formułowanym przez katolicką naukę na temat komunii małżeńskiej i przekazywania ludzkiego życia. Z jednej strony małżonkowie korzystają z przysługującego im prawa do „jednoczenia się w sposób intymny i czysty”. Zjednoczenia te są „uczciwe i godne”, jeżeli zachowują dwojakie znaczenie, a mianowicie oznaczają jedność małżeńską i rodzicielstwo (otwarcie na nowe życie)⁴⁴. Z drugiej strony, jeżeli starają się oni wybrać płeć dziecka motywowani jego dobrem (zwłaszcza jego zdrowiem), w rzeczywistości podejmują decyzję, która jest podyktowana ich rodzicielską odpowiedzialnością. Tak rozumiany wybór mieści się więc w całej pełni w etycznych wymaganiach rodzicielskiego aktu. Faktycznie papież Paweł VI uczy w encyklice *Humanae*

płci lub innych właściwości wcześniej ustalonych. Manipulacje te są [...] przeciwne godności osobowej istoty ludzkiej, jej integralności i tożsamości. Nie mogą więc w żaden sposób być usprawiedliwione przez wzgląd na ewentualne konsekwencje dobroczynne dla przyszłych pokoleń. Każda osoba ludzka powinna być szanowana ze względu na nią samą; na tym polega godność i prawo każdej istoty ludzkiej od samego jej początku” (Rzym 1987, nr I,6).

⁴² Por. Poznań: Pallottinum 2002² nr 2275 (powyższy tekst jest zaczerpnięty z *Donum vitae* I, 6).

⁴³ Rzym 2016, nr 36: „[Diagnostyka prenatalna] jest związana z technikami sztucznego zapłodnienia pozaustrojowego i zakłada badania genetyczne embrionów powstałych metodą *in vitro* przed ich przeniesieniem do macicy celem uzyskania embrionów wolnych od wad genetycznych lub posiadających pewne pożądane cechy”. W przypisie nr 85 tego numeru: „Diagnostyka preimplantacyjna [...] służy wyselekcjonowaniu zarodka o pożądanej płci”.

⁴⁴ PAWEŁ VI, Encyklika *Humanae vitae*, Rzym 1968, nr 12.

vitae, że odpowiedzialne rodzicielstwo oznacza, po pierwsze, znajomość i poszanowanie funkcji właściwych procesom biologicznym przekazywania życia. Oznacza ono też, między innymi „uwzględnienie [przez rodziców] warunków fizycznych, ekonomicznych, psychologicznych i społecznych [w jakich żyją]”. Papież Paweł VI dodaje, że ocena tych warunków oraz decyzja o zrodzeniu kolejnego dziecka podlega ich dobrze urobionemu sumieniu⁴⁵. Już pap. Pius XII⁴⁶ i Ojcowie Soboru Watykańskiego II⁴⁷ podkreślali, że warunki te dotyczą nie tylko możliwości rodziców, ich osobistego dobra, ale w równym stopniu dobra ich dzieci. Także Jan Paweł II uczy, że „troska o dziecko, jeszcze przed jego narodzeniem, od pierwszej chwili poczęcia [...] jest pierwszym i podstawowym sprawdzianem stosunku człowieka do człowieka”⁴⁸.

W kontekście powyższego nauczania i przedstawionych refleksji, korzystanie z naturalnych metod preselekcji płci dziecka dla poważnych racji zdrowotnych jawi się właśnie jako jeden z wymiarów odpowiedzialnego rodzicielstwa. W ocenie tej małżonkowie nie kierują się bowiem przygodnymi racjami, ale mają na uwadze obiektywne, poważne dobro ich dziecka. Ocena ta znajduje też dodatkowe uzasadnienie w fakcie, iż w punkcie wyjścia zakłada ona uszanowanie we współżyciu małżeńskim zasad moralnych powtarzanych systematycznie w nauczaniu Kościoła, w szczególności sposób w encyklice *Humanae vitae*⁴⁹.

2.2. Korzyści podmiotów postronnych

Nieco inaczej przedstawia się ocena etyczna prób wyboru płci dziecka przez rodziców mających na uwadze określone korzyści osobiste lub innych podmiotów, również z wykorzystaniem metod naturalnych. Pomocną w ocenie moralnej takich decyzji jest *zasada personalistyczna*, której wyraziste sformu-

⁴⁵ Por. PAWEŁ VI, Encyklika *Humanae vitae*, Rzym 1968, nr 10.

⁴⁶ Por. PIO XII, Allocutione *Iis quae interfuerunt Conventui Unionis Catholicae Italicae inter Ostetricae* [Przemówienie do położnych włoskich] (29.10.1951), „Acta Apostolicae Sedis” 43(1951), t. 18, s. 846: „Od spełnienia (aktu małżeńskiego) mogą zwolnić, również przez długi czas, wprost przez cały czas trwania małżeństwa, poważne motywy, jak te, które się zaliczają do tak zwanych «wskazań» medycznych, eugenicznych, ekonomicznych i społecznych” (tłum. J.W.).

⁴⁷ SOBÓR WATYKAŃSKI II, Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym *Gaudium et spes*, Pallottinum, Poznań 2002², nr 50: „Niech (małżonkowie) wypełniają swoje zadanie w poczuciu ludzkiej i chrześcijańskiej odpowiedzialności [...], dążąc zarówno do swojego własnego dobra, jak i dobra dzieci, czy to już narodzonych, czy też oczekiwanych w przyszłości”.

⁴⁸ JAN PAWEŁ II, Adhortacja apostolska *Familiaris consortio*, Rzym 1981, nr 26.

⁴⁹ Por. *Memoriał Krakowski. Wprowadzenie do encykliki „Humanae vitae”* (Kraków 1969), BONAMI, Poznań 2012², s. 35.

łowanie znajdujemy w opracowaniu Karola Wojtyły: „Norma [personalistyczna] jako zasada o treści negatywnej stwierdza, że osoba jest takim dobrem, z którym nie godzi się używanie, które nie może być traktowane jako przedmiot użycia i w tej formie jako środek do celu. W parze z tym idzie treść pozytywna normy personalistycznej: osoba jest takim dobrem, że właściwe i pełnowartościowe odniesienie do niej stanowi tylko miłość. I tę właśnie pozytywną treść normy personalistycznej eksponuje przykazanie miłości”⁵⁰. Do normy tej Karol Wojtyła odwołuje się także jako papież⁵¹.

Godność osobowa dziecka domaga się więc przyjęcia go z miłością jako daru i uszanowania go jako takiego i dla niego samego, a nie dla określonych jego cech, czy też korzyści, jakie dzięki niemu można osiągnąć. Jest ono bowiem osobą, a nie rzeczą, która może być posiadana, kształtowana zgodnie z czymś upodobaniem lub wykorzystana dla realizacji jakichś celów zamierzonych przez inne podmioty: czy to przez rodziców, czy też przez społeczeństwo, czy też określone struktury społeczno-polityczne. Kościół przypomina jednocześnie, że „pragnienie dziecka nie stanowi źródła żadnego prawa do dziecka. Dziecko jest osobą, ma godność „podmiotu”. Jako takie nie może być chciane jako „przedmiot” prawa. Dziecko jest raczej podmiotem prawa: istnieje prawo dziecka do bycia poczętym w pełnym szacunku do jego bycia osobą”⁵². W praktyce oznacza to, że każda decyzja odnośnie do dziecka musi mieć na celu tylko i wyłącznie jego osobiste dobro, gdyż taka postawa oznacza poszanowanie jego godności, a przeciwna jego uprzedmiotowienie, to znaczy zredukowanie do roli narzędzia, które ma zaspokoić czyjeś oczekiwania, pragnienia, marzenia czy upodobania. W końcu nauczanie Kościoła na temat przekazywania życia niezmiennie przypomina, że o wartości dziecka nie decydują jego przymioty, ale samo w sobie człowieczeństwo. Stąd również dziecko „chore, słabe, cierpiące, jest zawsze wspaniałym darem Bożej dobroci”⁵³.

⁵⁰ K. WOJTYŁA, *Miłość i odpowiedzialność*, TN KUL, Lublin 2001, s. 42.

⁵¹ Por. JAN PAWEŁ II. Encyklika *Veritatis splendor*, Rzym 1993, nr 48: „osoba ludzka [...] posiada określoną strukturę duchową i cielesną, [...] (stąd) pierwotny nakaz moralny, by miłować i szanować osobę jako cel, a nigdy jako zwykły środek działania, z natury zakłada także potrzebę szacunku dla pewnych podstawowych dóbr”.

⁵² PAPIESKA RADA DO SPRAW DUSZPASTERSTWA SŁUŻBY ZDROWIA, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Rzym 2016, nr 27.

⁵³ JAN PAWEŁ II, Adhortacja apostołska *Familiaris consortio*, Rzym 1981, nr 30.

BIBLIOGRAFIA

DOKUMENTY

1. Nauczanie Magisterium Kościoła

- PIO XII, Allocutione *Iis quae interfuerunt Conventui Unionis Catholicae Italicae inter Ostetricae* [Przemówienie do położnych włoskich] (29.10.1951), „Acta Apostolicae Sedis” 43(1951), t. 18, s. 835-854.
- PAWEŁ VI, Encyklika *Humanae vitae*, Rzym 1968.
- JAN PAWEŁ II, Encyklika *Veritatis splendor*, Rzym 1993.
- JAN PAWEŁ II, Encyklika *Evangelium vitae*, Rzym 1995.
- JAN PAWEŁ II, Adhortacja apostolska *Familiaris consortio*, Rzym 1981.
- KONGREGACJA NAUKI WIARY, Deklaracja o przerywaniu ciąży *Quaestio de abortu*, Rzym 1974.
- KONGREGACJA NAUKI WIARY, Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. Odpowiedzi na niektóre aktualne zagadnienia *Donum vitae*, Rzym 1987.
- KONGREGACJA NAUKI WIARY, Instrukcja dotycząca niektórych problemów bioetycznych *Dignitas personae*, Rzym 2008.
- PAPIESKA RADA DO SPRAW DUSZPASTERSTWA SŁUŻBY ZDROWIA, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Rzym 2016.
- SOBÓR WATYKAŃSKI II, Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym *Gaudium et spes*, Pallottinum, Poznań 2002².
- Katechizm Kościoła Katolickiego, Pallottinum, Poznań 2002².

2. Inne dokumenty

- GLÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY, Dzieci w Polsce w 2014 roku. Charakterystyka demograficzna. Warszawa, czerwiec 2015 r., <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/dzieci-w-polsce-w-2014-roku-charakterystyka-demograficzna,20,1.html> (dostęp: 27.01.2018).

LITERATURA TEOLOGICZNOMORALNA I BIOETYCZNA

- GÜNTHÖR A., *Chiamata e risposta. Una nuova teologia morale*, t. 1: *Morale generale*, Edizioni Paoline, Roma 1979.
- KOKOSZKA A., *Teologia moralna fundamentalna*, Biblos, Tarnów 1992².
- Memoriał Krakowski. Wprowadzenie do encykliki *Humanae vitae* (Kraków 1969), BONAMI, Poznań 2012².
- OLEJNIK S., *Dar – Wezwanie – Odpowiedź. Teologia moralna*, t. 3: *Wartościowanie moralne. Prawo – sumienie – dobro – zło*, ATK, Warszawa 1988.
- OLEJNIK S., *Powołanie chrześcijańskie*, t. 1: *Teologia moralna fundamentalna*, Włocławskie Wydawnictwo Diecezjalne, Włocławek 1998.
- ROŻEK T., *Myślimy zawczasu. Wywiad z prof. Ewą Bartnik*, „Gość Niedzielny” 92(2015), nr 16, s. 26-27 (z 19.04.2015).
- SGRECCIA E., *Manuale di bioetica*, t. 1: *Fondamenti ed etica biomedica*, Vita e Pensiero, Milano 20074.
- SURMIAK W., *Etyczna ocena selekcji lub predeterminacji płci dziecka*, „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne” 2010, t. 43, z. 1, s. 94-106.

- WOJTYŁA K., Miłość i odpowiedzialność, TN KUL, Lublin 2001.
- WRÓBEL J., Antropologiczne implikacje sztucznej prokreacji, „Roczniki Teologiczne” 62(2015), z. 3, s. 77-100.
- WRÓBEL J., Terapie genowe z perspektywy bioetycznej, „Teologia i Moralność” 2010, t. 8, s. 7-24.

LITERATURA MEDYCZNA

- BARTEL H., Embriologia, PZWL, Warszawa 2007⁴.
- CHESTERMAN-PHILLIPS H., Planowanie płci dziecka. Metody naturalne, Bauer-Weltbild Media Sp. Z o.o., Warszawa 2008.
- Chłopiec czy dziewczynka? Polacy o dzieciach w 2001 i 2014 roku, „Kantar TNS”, http://www.tnsglobal.pl/archiwumraportow/files/2014/03/K.008_Chlopiec-czy-dziewczynka_O01a14.pdf (dostęp: 29.01.2018).
- CZOKALO-PLICHTA M., Patofizjologia chorób krwi i układu krwiotwórczego: Białka osocza i hemostaza, w: Patofizjologia, red. S. Maśliński, J. Ryżewski, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2007³, s. 522-577.
- Czy można i jak zaplanować płeć dziecka? Chłopiec/dziewczynka? Portal „Babyboom forum”, <https://www.babyboom.pl/forum/temat/czy-mozna-i-jak-zaplanowac-plec-dziecka-chlopiec-dziewczynka.1147/page-4523> (dostęp: 10.11.2017).
- DEAN J., CHAPMAN M., SULLIVAN E., The Effect on Human Sex Ratio at Birth by Assisted Reproductive Technology (ART) Procedures – An Assessment of Babies Born Following Single Embryo Transfers, Australia and New Zealand, 2002-2006, „British Journal of Obstetrics and Gynaecology” (BJOG) 2010, t. 117, nr 13, s. 1628-1634.
- FIDZIAŃSKA E., ZAREMBA J., Genetyka, w: Patofizjologia, red. S. Maśliński, J. Ryżewski, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2007³, s. 65-93.
- GAWĘCKA-SZCZYGIEL M., KURPISZ M., Regulacja płci – część pierwsza: Frakcjonowanie ludzkich plemników X i Y, „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia” 1996, t. 17, s. 192-197.
- Genetyka medyczna, red. G. Drewa, T. Ferenc, Elsevier Urban and Partner, Wrocław 2011.
- HARLAP S., Gender of Infants Conceived on Different Days of the Menstrual Cycle, „The New England Journal of Medicine” 1979, t. 300, nr 26, s. 1445-1448.
- HOSSAIN A.M., BARIK S., KULKARNI P.M., Lack of Significant Morphological Differences Between Human X and Y Spermatozoa and Their Precursor Cells (Spermatids) Exposed to Different Prehybridization Treatments, „Journal of Andrology” 2001, t. 22, nr 1, s. 119-123.
- KURCZUK-POWOLNY A., Jak zaplanować płeć dziecka?, Portal „Gazeta.PL”, „eDziecko”, http://www.edziecko.pl/przed_ciaza/1,79569,3835653.html (dostęp: 16.09.2017).
- MIDRO A.T., PANASIUK B., Poradnictwo genetyczne w zespole Retta, cz. V: Perspektywy farmakologicznego wspierania rozwoju dzieci, „Przegląd Pediatryczny” 2016, t. 45, nr 4, s. 16-22.
- MORYC K., Jak zaplanować płeć dziecka? 5 metod planowania płci dziecka. „Portal dla Rodziców”, <http://dzidziusiowo.pl/planujemy-ciaze/starania-o-dziecko/1571-jak-zaplanowac-plec-dziecka-5-metod-planowania-plci-dziecka> (dostęp: 30.01.2018).
- PACHOLCZYK M., FERENC T., MORDALSKA A., Dziedziczenie jednogenowe u człowieka, w: Genetyka medyczna, red. G. Drewa, T. Ferenc, Elsevier Urban and Partner, Wrocław 2011, s. 197-252.
- Patofizjologia, red. S. Maśliński, J. Ryżewski, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2007³.

- PHILLIPS H., HILTON T., *Dziewczynka czy chłopiec?*, Jacek Santorski and System, Warszawa 1995.
- Podstawy genetyki, red. G. Drewa, T. Ferenc, Elsevier Urban and Partner, Wrocław 2010².
- SHETTLES L.B., RORVIK D.M., *Zaplanuj płeć swego dziecka*, „Filar”, Warszawa 2001.
- SYGITOWICZ G., DAWIDOWSKA E., *Problemy nosicielek hemofilii A*, Portal „Nazdrowie.pl”, <https://nazdrowie.pl/artykul/hematologia/problemy-nosicielek-hemofilii/> (dostęp: 15.11.2017).
- SZUKALSKI P., *Relacja urodzeń noworodków płci żeńskiej i męskiej w czasie i przestrzeni*, „Portal Uniwersytetu Łódzkiego”, <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/3649/Relacja%20urodze%C5%84.pdf?sequence=1> (dostęp: 10.11.2017).
- WERTZ D.C., *Reproductive Technologies. II. Sex Selection*, w: *Encyclopedia of Bioethics*, red. W.Th. Reich, t. 4, Warren T. Reich, New York 1995, s. 2212-2216.
- WILCOX A.J., WEINBERG C.R., BAIRD D.D., *Timing of Sexual Intercourse in Relation to Ovulation. Effects on the Probability of Conception, Survival of the Pregnancy, and Sex of the Baby*, „The New England Journal of Medicine” 1995, t. 333, nr 23, s. 1517-1521.

PRESELEKCJA PŁCI DZIECKA Z PERSPEKTYWY BIOETYKI KATOLICKIEJ

S t r e s z c z e n i e

Autor omawia problem preselekcji płci dziecka. Najważniejsze motywy takiego wyboru to preferencje rodziców oraz uchronienie dziecka przed chorobami, przeważnie związanymi z płcią. Zasadniczo możliwe są dwa typy metod, które zwiększają szansę posiadania dziecka określonej płci: metody naturalne związane z momentem zapłodnienia oraz metody sztuczne oparte na selekcji gamet męskich z odpowiednim chromosomem płciowym oraz na zastosowaniu metod sztucznej prokreacji. Autor pozytywnie ocenia metody naturalne motywowane zdrowiem lub dobrem dziecka. Negatywnie ocenia wybór płci metodami sztucznymi oraz motywowany interesem osób drugich (rodziców, społeczności ludzkiej, struktur społeczno-politycznych).

Słowa kluczowe: bioetyka katolicka; płeć dziecka; preselekcja płci dziecka.