

Problem neplodnosti i moralni izazovi biomedicinskih zahvata u ljudsko rađanje

Uz rezultate znanstveno-istraživačkoga projekta »Kršćanski identitet i kvaliteta bračnog i obiteljskog života«

SUZANA VULETIĆ*

UDK: 618.3:179.7

261.6

179.6:618

Izvorni znanstveni rad

Primljeno:

10. kolovoza 2010.

Sažetak: Jedno od životnih područja, koje uključuje sudogovornost supružnika u ostvarenju Božjega su-Stvarateljskog plana, jest moć njihove prokreacije. Nažalost, svjedoci smo porasta broja bračnih drugova koji nemaju potpunu/prirodnu mogućnost tog roditeljski plodonosnoga ostvarenja. Oni se u toj prirodno-fizičkoj uskraćenosti ne zadovoljavaju samo površnim saznanjima imperativa crkvenoga neodobrenja, već tragaju za prihvatljivim razumijevanjem svojega stanja, kao i iskušavanjem medicinsko-asistirajućih metoda koje im stoje na raspolaganju.

Suvremena medicina odgovara na ovu problematiku ponudom dvadesetak različitih metoda medicinski potpomognute oplodnje (kirurškim i farmakološkim interventima), arteficialnim tehnikama koje olakšavaju/potpomažu/ »zamjenjuju« odvijanje generativnih fizioloških procesa i »ekvivalentno« nadomještaju bračnu ne/plodnost. One predstavljaju rodu suvremenoga doba.

Budući da ubrzanim napretkom biomedicinske tehnologije, ove intervencije zadiru u početak i integritet života, nastojat ćemo ukazati na neke moralno-bioetičke implikacije koje se nalaze se u centru legislativskih i kršćanskih moralnih ne/odobrenja, nastojeći da se umjetna oplodnja ne bi pretvorila u terapeutsko manipulacijski proces i svela bračno sjedinjenje samo na fiziološko-tehnički čin koji zamjenjuje odgovornost osoba, a ne samo da pripomaže njihovim generativnim mogućnostima.

Da bismo današnjim vjernicima ukazali na kršćansko što moralno-autentičnije prenošenje ljudskoga života, namjera nam je 32. cjeline projekta bila ponajprije pokušati

* Dr. sc. Suzana Vuletić,
Katolički bogoslovni
fakultet u Đakovu
Sveučilišta Josipa Jurja
Strossmayera u Osijeku,
P. Preradovića17, p.p. 54,
31400 Đakovo, Hrvatska,
suzanavuletic@yahoo.com

utemeljiti genetički identitet, kako bi se onda na njegovoj biološkoj osnovi, mogao razvijati zreli vjernički identitet.

Ključne riječi: *Fizička neplodnost, prokreacija, medicinski asistirana oplodnja, reproduktivne tehnike i metode, kriokonzervacija.*

Predgovor o projektu

Tim profesora, pod vodstvom prof. dr. Pere Aračića s Katoličkog bogoslovnog fakulteta u Đakovu, Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, započeo je 2006. godine sa znanstveno-istraživačkim projektom »Kršćanski identitet i kvaliteta bračnoga i obiteljskoga života« (šifra projekta: 282 0000000-0780).

Među različitim pitanjima odraza vjernički očitovanoga identiteta na polju bračno-obiteljskoga, kršćanski življenog morala, u ovom se članku nastoje prikazati rezultati 32. cjeline projekta, koja je bila posvećena pitanjima prokreativne neplodnosti jednog od bračnih drugova, te o spremnosti ne/prihvatanja medicinski potpomognute/umjetne oplodnje.

Uvod

Medicina se uvijek osjećala pozvanom da potpomogne ljudski život, te je pokušala i medicinski asistiranim tehnikama potpomoći stvaranje novoga ljudskog života i time ukloniti zapreke ostvarenja očinstva i majčinstva.

Zadivljujući napredak interdisciplinarnosti povezanosti embriologije, genetike i ginekologije, omogućio je razvoj jedne nove medicinske grane: reproduktivne medicine humane prokreacije, postupcima medicinski potpomognute ili umjetne oplodnje (MPO). Ona je 80-ih god. proslavila medicinu u liječenju neplodnosti tehnikama koje teže postizanju ljudskoga začeca izvan procesa koji mu je prirodan spolnim sjedinjenjem. Oplodnja medicinskom pripomoću predstavlja širok spektar dvadesetak metoda koje pomažu u dobivanju potomstva kod onih parova koji ne mogu imati djece zbog poteškoća ne/plodnosti ili genetski-prenosivih bolesti¹. Neke od tih metoda su moralno-etički delikatne i stoje u suprotnosti s ljudskim dostojanstvom »poziva na život«.

Stoga ćemo u prvomu dijelu članka nastojati prikazati problem neplodnosti i moralne ne/prihvatljivosti nekih od tehnika medicinski asistirane trudnoće, polazeći od uzroka i dijagnoze neplodnosti, te posljedica rizika, propusta i potencijalnih individualnih i zakonodavnih manipulacija reproduktivnih tehnika za genetički identitet bića u nastajanju. Potom ćemo, u drugom dijelu članka, ponuditi kršćanski zamišljene uvjete za dostojanstveno nastajanje ljudskoga života pod imperativ-

¹ Čak je Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) definirala bračnu neplodnost kao bolest, a njezino izlječenje smatra temeljnim ljudskim pravom, budući da se na djecu gleda kao na osobno samo-potvrđivanje i cilj bračnoga ostvarenja.

nim zahtjevom bračnoga personalizma humane prokreacije. Treći dio navest će uspoređujuća odstupanja ili podudaranja ispitanika prethodnih istraživanja i našega aktualnog projekta. Potom će se, u zaključnom dijelu, navesti moralno-pastoralne smjernice za utvrđivanje ispravnoga genetički-kršćanskog identiteta, poštujući zahtjeve crkvenoga Učiteljstva: »Izbor bioetičkih tema znanstvene i filozofske naravi treba da se provede u povezanosti sa zahtjevima moralne teologije, koja treba pažljivo pretresene znanstvene činjenice radi stručnog razlaganja dubljih problema bračnog života i obitelji [...]da bi se moglo koristiti doprinosima medicinskih znanosti«².

1. Problem neplodnosti i moralne ne/prihvatljivosti tehnika medicinski asistirane oplodnje

Dok velik broj partnera strahuje od svoje plodnosti i ograničava je raznim metodama, drugi dio populacije sve više nastoji postići svoju zakinutu generativnu fertilitet. To im omogućuju obećanja reproduktivne medicine koja u visokim postotcima uspijeva utajiti njihove snove roditeljstva, unaprjeđenjem kliničkih mogućnosti liječenja neplodnosti i tehnikama medicinski asistirane oplodnje.

Očajnička želja za potomstvom, savjesna stagnacija, moralna ignorancija, no i sveopća neupućenost vjernika u stvarno pozadinsko stanje, zaslijepjeni su apsolutnim povjerenjem u te, sve prestižnije medicinske tehnike prokreacije. Od jednostavnijih se metoda sve postupnije prelazi na one agresivnije i kompleksnije metode asistirane oplodnje, koje za sobom povlače sve oštriji moralni sud, bilo zbog neprihvatljivih rizika, propusta i potencijalnih genetskih manipulacija, ali i zakonodavstvenim nedefiniranostima ili neprihvatljivim odobrenjima. Stoga ćemo u ovom poglavlju nastojati pružiti jedan sintetički prikaz što sve obuhvaća ova tema pred stavovima naših ispitanika.

1.1. UZROCI I DIJAGNOZA NEPLODNOSTI

Problematična neplodnost predstavlja velik zdravstveni problem koji zahvaća otprilike 15% populacije reproduktivne dobi³. Definira se kao nedostatak željene trudnoće uz redovite, nezaštićene spolne odnose u razdoblju od najmanje godinu dana. Neplodnost ima svoje varijacije, tako razlikujemo: sterilnost = nemogućnost začeća; primarna sterilnost = odsutnost trudnoće; sekundarna sterilnost = nemogućnost začeća nakon prethodnih trudnoća; neplodnost = nemogućnost iznijeti

² KONGREGACIJA ZA KATOLIČKI ODGOJ (SJEMENIŠTA I INSTITUTA ZA STUDIJ), *Upute za formaciju budućih svećenika o problemima vezanim uz ženidbu i obitelj* (19. 3. 1995.), Kršćanska sadašnjost, Dokumenti 135, Zagreb, 2003., 23.4.

³ Navodi se kako ima 5% nefertilnih parova, te 15% subfertilnih parova s poteškoćama prokreacije. Usp. M. ARAMINI, *Uvod u bioetiku*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2009., str. 182.

trudnoću do kraja⁴. Neki od uvjetovanosti pada fertiliteta posljedica su kompleksnih psiho-medicinskih uzroka (anatomsko-fiziološke-endokrinološke nepravilnosti), no svakako i pomicanje dobne granice stupanja u brak uza sve kasniju reproduktivnu želju⁵.

Bračna se neplodnost javlja podjednako i kod muškaraca i kod žena, u oko 40% slučajeva, dok 20% slučajeva otpada na neplodnost oba partnera ili neplodnost kojoj se ne može pronaći uzrok. Procjenjuje se da oko 10-20% bračnih parova ima neki oblik steriliteta. U Hrvatskoj je 10-15% neplodnih brakova; 40% sterilnosti uvjetovano je ženskim faktorima; 30% sterilnosti uvjetovano je muškim faktorima; 70% sterilnosti nadmašivo je; 30% sterilnosti ostaje definitivno; 30% je nekompatibilnosti parova. U 50-60% neplodnih brakova uzroci su teški i nije djelotvorna terapija (farmakološka stimulacija jajnika, indukcija hiperovulacije, mikrokirurgija, endoskopske kirurgije, liječenje endometrioze), već su primjenjive samo tehnike asistirane reprodukcije.

Da bi se postiglo začće, muškarac mora biti sposoban unijeti dostatan broj funkcionalno normalnih spermija (primjerena spermatogeneza) u gornji dio rodnice u ovulacijskom periodu. Žena treba imati uredan ovulacijski ciklus, prikladnu cervikalnu sluz, odgovarajući endometrij maternice i dobro prohodne jajovode. Kod parova koji to ne uspijevaju ostvariti, traže se razlozi i uzroci sterilnosti.

Neki od najčešćih uzroka neplodnosti u žena predstavljaju: godine starosti (plodnost žene najveća je od 20. do 30. godine života, smanjuje se nakon 30. godine, a značajan pad bilježi nakon 40. godine života); oštećenja ili neprohodnosti jajovoda i jajnika; ovulacijska disfunkcija (nepravilni menstrualni ciklusi krivci su za 30-40% slučajeva neplodnosti); sindrom policističnih jajnika koji utječe na hormonalnu ravnotežu; endometrioza; bolesti nadbubrežne žlijezde; hiperandrogenemija; kemo/radioterapija; gubitak tjelesne težine; bolesti hipofize; pretjerana tjelovježba; bolesti štitnjače; narkotici, lijekovi; upalna bolest zdjelice; prethodne izvanmaternične trudnoće; peritubarne i periovarijske priraslice; cervicitis; antispermijalna antitijela; miomi; kongenitalne malformacije; intrauterine adhezije, prethodni pobačaji; dugotrajna i/ili preuranjena uporaba kontraceptiva. Kromosomski i genski uzroci ženske neplodnosti su: Turnerov sindrom, gonadna disgeneza s niskim rastom, strukturni poremećaj X kromosoma, miješana gonadna disgeneza, Swyerov sindrom, mozaični oblici s Y-staničnom linijom, X-autosomalne translokacije, 47,XXX; inverzije; sindrom fragilnog X; Kallmanov sindrom; sindrom androgen-ske neosjetljivosti; geni za β -podjedinicu LH i FSH receptore⁶.

⁴ Usp. E. SGRECCIA, M. L. DI PIETRO, *Procreazione assistita e fecondazione artificiale*, La Scuola, Brescia, 1996., str. 15.-22.

⁵ Sve se manji broj žena opredjeljuje za rađanje u optimalnoj životnoj dobi prema biološkim i medicinskim parametrima (20.-24. godine; a sve više u dobi od 30.-34. godine).

⁶ Usp. F. STIPOLJEV, Genetski uzroci neplodnosti, u: *Medicina* 43(2007.), str. 281.

U muškaraca najveće uzroke neplodnosti predstavljaju razne infekcije, bolesti ili pak urođeni problemi zbog kojih dolazi do nedovoljne pokretljivosti, smanjenja broja ili potpunog odsustva spermija u ejakulatu. No temeljna podjela, može se svesti na 3 skupine⁷:

- 1) *Sekrecijska sterilnost*: kada bolest testisa uzrokuje nedovoljnu proizvodnju spermija ili je posve obustavi.
- 2) *Ekskrecijska sterilnost*: kada zbog upalnih procesa, spermiji ne mogu izići kroz sjemenovod, zbog različitih faktora: dijabetes, uzimanje lijekova, izloženost otrovnim agensima ili zračenju. Posljedica ovih patoloških situacija smanjenje je broja spermija u sjemenoj tekućini (ologospermija), njihova odsutnost (azospermija), prisutnost malformiranih spermija ili onih sa slabijom pokretljivošću.
- 3) *Impotentia coeunndi* – neposobnost za izvršenje bračnoga čina, sterilitet, oštećenje spolovila ili funkcionalne patologije koje utječu na sposobnost erekcije.

Kromosomski i genski uzroci muške neplodnosti mogu biti uvjetovani Klinefelterovim sindromom; sindromom dvostrukog Y kromosoma (46,XX ili 45,X muškarci); strukturnim promjenama Y kromosoma; translokacijama; inverzijama; nebalansiranim strukturnim poremećajima; heterokromatinske promjene; mikrodeleacije Y kromosoma; sindrom androgenske neosjetljivosti; cistična fibroza; geni za β - podjedinicu LH i FSH receptore. Osim toga tu su i nedostatak tkiva testisa; nedostatak *vas deferensa*; primarni testikularni poremećaj; opstrukcija genitalnoga trakta; infekcija akcesornih žlijezda; povišena testikularna temperatura; poremećaj hipotalamusa/hipofize; erektilna disfunkcija; ejakulacijska disunkcija; antispermalna antitijela; varikokele; idiopatski poremećaji⁸.

Ovisno o težini pojedine patologije, moguće je postupno pristupiti različitim tehnikama medicinski potpomognute ili umjetne oplodnje.

1.2. TEHNIKE MEDICINSKI POTPOMOŽNE/UMJETNE OPLODNJE

Odabir tehnike potpomognute ili umjetne oplodnje ovisit će o navedenim uzrocima neplodnosti. To se može ustvrdit nakon fizičkih i dijagnostičkih pretraga uz pažljivu anamnezu i pregled obaju partnera (papa-test, bakteriološki brisovi cerviksa, transvaginalni ultrazvuk, spermioigram partnera, kompletna krvna slika, hormonska obrada: FSH, LH, E₂, PRL, TSH; jetrene probe, urin sa sedimentom, testovi na spolno prenosive bolesti). Kod muškaraca, liječnik može savjetovati obavljanje spermiograma, odnosno analize sjemene tekućine, kojom će provjeriti kvalitetu/količinu/pokretljivost spermija u ejakulatu. Pritom je više načina uzimanja uzor-

⁷ Usp. M. ARAMINI, *Uvod u Bioetiku*, str. 183.

⁸ Usp. R. BAUMAN, *Obrada i terapija neplodnosti*, u: *Medicina* 45(2009.), str. 302.

ka spolnoga sjemena⁹: tijekom spolnoga čina (primjerice prekidom ili uporabom perforiranog kondoma); nakon spolnoga čina (primjerice uzimanjem sperme iz vagine; skupljanje preostale sperme u muškoj uretri) i bez spolnoga čina (npr. uporabom kliničkih vibratora, elektroejakulacijom, punkturom epididima, testikularnom biopsijom ili pomoću masturbacije¹⁰).

Nakon dijagnoze neplodnosti bilo od strane muškarca, žene ili obaju partnera, bit će suočeni s podvrgavanjem nekoj od metoda umjetne ili potpomognute oplodnje. »Princip liječenja je pokušaj što prirodnijim, manje kompliciranim i manje invazivnim putem doći do željene trudnoće.«¹¹ Poštujući to, bračni se par uključuje u metode potpomognute oplodnje, ako konzervativni i operacijski zahvati nisu rezultirali uspjehom. Pritom im na raspolaganju stoje sljedeće metode:

CIV- unutarvaginalni uzgoj, DIFI – izravno osjemenjivanje jajne stanice, FIVET – oplodnja u kušalici (*in vitro*) s prijenosom embrija, GIFT – unošenje gameta u jajovod, GIPT – unošenje gameta kroz trbušnu opnu, GIUT – unošenje jajnih stanica i sjemena u maternicu, IA – umjetna (biotehnička) oplodnja, ICSI – osjemenjivanje kroz grlić maternice, IPI – osjemenjivanje kroz trbušnu opnu, ITI – osjemenjivanje u jajovod, IUI – osjemenjivanje u maternicu, LTOT – prijenos jajne stanice na kraju jajovoda, MESA – isisavanje spermija iz epididimisa i prijenos embrija u jajovod, OPT – uzimanje jajne stanice i prijenos u maternicu, PRETT – prijenos predembrija u jajovod, SUZI – unošenje sjemena pri dnu jajne stanice, TC GIFT – unošenje gamete u jajovod preko grlića maternice, TC TEST – prijenos embrija u jajovod preko grlića maternice, TEST – prijenos embrija u jajovod, VITI – unošenje sjemena u jajovod kroz vaginu, ZIFT – prijenos zigote u jajovod.¹²

Navedene metode, ovisno o spajanju gameta i odvijanju oplodnje, bazično se dijele na:

Unutartjelesne metode: *IVI (Intra-Vaginal Insemination), ICI (Intra-Cervical Insemination), IUI (Intra-Uterine Insemination), GIFT (Gamete IntraFallopian Transfer), DIPI (Direct Intra-Peritoneal Insemination), POST (Peritoneal Sperm and Oocyte Transfer), IFI (Intra-Fallopian Insemination), FREDI (Fallopian Replacement of Eggs with Delayed Insemination), GIUT (Gamete Intra-Uterine Transfer)-*

⁹ Usp. A. G. SPAGNOLO, A. MANCINI, Valutazione scientifica ed etica di un metodo per il prelievo diagnostico del liquido seminale, u: *Medicina e Morale* 6(1993.), str. 1189.-1202.

¹⁰ Neki moralisti zastupaju mišljenje da masturbacija, s ciljem da se dobije sperma u medicinske svrhe, za homologno potpomognuto osjemenjivanje, u sebi ne bi bila zla i nemoralna, budući da nema egoističnu svrhu samozadovoljavanja i nije izolacija seksualnosti, već joj je isti cilj kao i u bračnom činu. Oni zastupaju da treba razlikovati *biološku* (s ciljem homologne oplodnje i dr. medicinske svrhe; bila bi moralno opravdana) od *moralne* masturbacije. Usp. P. ŠOLIĆ, *Moralni aspekt ljudske seksualnosti*, CuS, Split, 2002., str. 250.

¹¹ R. BAUMAN, *Obrada i terapija neplodnosti*, str. 301.

¹² Usp. E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, sv. I, Vita e Pensiero, Milano, 1998., str. 509.

Izvantjelesne metode: *IVF-UET (In Vitro Fertilization-Uterine Embryo Transfer)*, *IVF-ZIFT (In Vitro Fertilization-Zigote Intra-Fallopian Transfer)*, *IVF-PROST (In Vitro Fertilization-Pronuclear Stage Transfer)* i *IVF-TET (In Vitro Fertilization-Tubal Embryo Transfer)*.

Među širokim spektrom postupaka medicinski potpomognute oplodnje, bitno je razlikovati dva pristupa. **Intrauterina inseminacija** provodi se kod pacijentica s prohodnim jajovodima. **Izvantjelesna oplodnja** provodi se kod neprohodnih jajovoda ili u slučaju neplodnosti muškaraca, kod težih oblika neplodnosti.

Navest ćemo najučestalije oblike unutartjelesne i izvantjelesne oplodnje s kratkim biomedicinskim tretiranjem gameta, kako bismo uvidjeli sličnost postupaka kod varijacija tehnika MPO-a.

Ovisno o uzroku neplodnosti, najprije se pokušava s **Inseminacijom** (*Intrabarna/ITI* ili *heterologna/AID*¹³). Inseminacija je relativno jednostavna procedura koja uključuje ubrizgavanje uzorka posebno pripremljene sperme muškoga partnera neposredno u šupljinu maternice tijekom ovulacije. Već prema tomu, gdje se odlaže sjeme, govori se o intracervikalnom osjemenjivanju (*ICI*), intrauterinom osjemenjivanju (*IUI*) i intraperitonealnom osjemenjivanju (*IPI*). Unutar jednoga sata nakon ejakulacije, sjeme mora biti posebno pripremljeno u laboratoriju kako bi se poboljšala kvaliteta sjemena. Potom se stavljaju u kateter te se kroz rodnicu uštrcavaju u šupljinu maternice, kada žena mora ostati u ležećem položaju 15-45 minuta. Uspješnost inseminacije ovisi o nekoliko čimbenika: životna dob, kvaliteta spermija ili jajašaca, stupnju oštećenja ili kronične upale jajovoda. Kod nekih parova može doći do uspješnosti začeća već nakon jedne procedure (16-20%, ovisno o prisutnoj patologiji). Ukoliko željena trudnoća ne nastupi u 3-6 pokušaja inseminacije (uspješnost naknadnih pokušaja može biti i do 60%), savjetuje se prelazak na druge metode umjetne oplodnje. Za neke moraliste, ovaj način homologne inseminacije/potpomognute oplodnje ne predstavlja poteškoće, ukoliko se odvija kao nužna potpomognuta terapija integrativnom bračnom činu, koji se odvija neposredno nakon ili tijekom spolnoga čina kod supružnika u bračnoj svezi. To bi bilo u skladu s dostojanstvenim prenošenjem ljudskoga života i prema crkvenim odobrenjima¹⁴. »Dopuštena je homologna inseminacija kada ona predstavlja jedini način da se kirurški korektivno ispravi urođena ili stečena genitalna anomalija.«¹⁵

¹³ Ova vrsta oplodnje primjenjuje se u slučajevima vaginizma, upalnih patologija vagine/cerviksa; ili pak kod muških: u slučajevima *impotentiae coeundi*, oligospermije, astenospermije, ipospadije ili kod stvaranja antitijela nekompatibilnih supružnika.

¹⁴ Usp. L. LEUZZI, Il dibattito sulla inseminazione artificiale nella riflessione medico-morale in Italia nell'ultimo decennio, u: *Medicina e Morale* (1982.), str. 350.-353.; E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, str. 515.

¹⁵ Usp. R. SCHOYSMANN, S. BETTOCHI (ur.), *L'inseminazione artificiale umana*. Atti del II Seminario Internazionale, (Bari, 12-15.5.1980.), Palermo, 1981., str. 133.-150.

»Može se ustvrditi da ovaj oblik umjetnoga osjemenjivanja ne predstavlja problem s moralnoga stajališta, ako se izvodi kao terapijska pomoć i ako je sastavni dio bračnoga čina, tako da njegov učinak može biti prokreativan. Ostaje zahtjev da uporabljene tehnike (npr. prikupljanje sjemena) budu moralno ispravne.«¹⁶

Za razliku od jednostavnije procedure inseminacije, u kojoj se spermiji ubrizgavaju unutar maternice (*in utero*) i zatim nastupa prirodna oplodnja, *in vitro* oplodnja predstavlja začće izvan majčine maternice, kod težih medicinskih slučajeva neplodnosti. *In vitro* oplodnja nije nikada prvi korak u liječenju neplodnosti, već se preporučuje tek onda kada su iscrpljene druge metode liječenja, poput lijekova, kirurških zahvata ili inseminacije. Njezine tehnike uključuju kombiniranje spermija i jajne stanice u laboratoriju. Nakon što se u takvom, izoliranom okružju, formira embrij, stavlja se unutar maternice gdje nastavlja svoj razvoj. Među najučestalijim izvantjelesnim metodama su:

GIFT i ZIFT (*Gamete Intrafallopian Transfer* i *Zygote Intrafallopian Transfer*) predstavljaju modificirane oblike *in vitro* oplodnje. Baziraju se na izvlačenju jajnih stanica i unošenju embrija u maternicu. Dok se kod *in vitro* oplodnje prije unosa u maternicu provodi promatranje razvoja embrija u trajanju od tri do pet dana, kod ZIFT metode se oplođene jajne stanice (zigote) unose u jajovode unutar 24 sata, dok se kod GIFT metode spermiji i jajne stanice samo pomiješaju i unose unutar jajovoda. Faze izvršenja GIFT-a jesu: izazivanje ovulacije i uzimanje jajne stanice pomoću laparoskopije. Skupljanje ili pripremanje sjemena. Prenošenje gameta unutar tuba pomoću maloga katetera gdje su jajne stanice i spermatozoidi odvojeni jednim zračnim mjehurom. Na taj način oplodnja se događa samo u momentu u kojem se gamete slobodne za međusobno susretanje unutar Falopijeve tube, što slijedi i prirodno mjesto oplodnje u jajovodu¹⁷. Zastupnici ove tehnike tvrde da bi oko 40% slučajeva sterilnosti (endometrioza, idiopatska sterilnost, oligoastenopermija) koja se ne može uvijek svladati umjetnim osjemenjivanjem, bilo podobno za liječenje. GIFT je jedina tehnika unutar-tjelesne umjetne oplodnje koja uključuje simultano prenošenje, ali odvojeno, muških i ženskih spolnih stanica unutar jajovoda. Ta tehnika najmanje moralno manipulira spolnim stanicama poštujući bračni čin i pojavila se kao pomoć rađanju. GIFT bi mogao biti (i prema nekim moralistima) jedini oblik pomoći, a ne zamjene bračnoga čina, s kratkim vremenima boravka spolnih stanica izvan organizma, s unutartjelesnom oplodnjom, uzi-

¹⁶ Npr. uređajem, zvanim *Vivicar*, koji može stimulirati izbacivanje sperme bez izazivanja orgazma; ili primjerenim skupljanjem sjemena s vaginalnog dna ili iz perforiranog kondoma. Usp. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Problemi della raccolta e trattamento delliquido seminale umano per finalità diagnostiche*, (Rim, 5. 5. 1991.); M. ARAMINI, *Uvod u Bioetiku*, str. 203.

¹⁷ Usp. G. RUSSO (ur.), *Bioetica della sessualità della vita nascente e pediatrica*, Elledici, Leumann (Torino), 1999., str. 390.; M. P. FAGGIONI, *La vita nella nostre mani. Manuale di Bioetica teologica*, Camilliane, Torino, 2004., str. 275.

manjem što manjega broja oocita i s minimaliziranim manipuliranjem embrija¹⁸. *Donum Vitae* se nije podrobnije izjasnio o preporučenosti ove metode zbog njezina samog noviteta, sve rapidnijega napretka, ali i samih perpleksnosti koje još treba iskristalizirati.

FIVET je umjetna oplodnja u pravom smislu, a ne umjetno osjemenjivanje¹⁹. U slučaju Fivet-a sjedinjenje gameta se kontrolira i vodi do kraja *in vitro*, umjetnim putem. *In vitro* procedura uključuje ubrizgavanje hormona koji potiču stvaranje više jajnih stanica umjesto samo jedne. Nakon što liječnik utvrdi da je žena spremna za uzimanje jajnih stanica, dat će joj injekcije koje će potaknuti proces hiper-ovulacije. Jajašca je potrebno uzeti neposredno prije nego iziđu iz folikula u jajnicima. Oplodene se jajne stanice potom kontroliraju 16-18 sati nakon inseminacije, te se prijenos zametaka vrši 48-72 sata nakon aspiracije jajnih stanica²⁰. Veliki problem fiveta je što se tom tehnikom pristupa hiperovulaciji i oplodnji više embrija²¹, jer je postotak trudnoće vrlo nizak (1-2 na 10), te on za sobom zahtijeva krioprezervaciju/zamrzavanje i odmrzavanje oplodjenih zametaka na -196°C u tekućem dušiku, za buduće transfere. Neki teolozi, poput P. Verspieren, podržavaju moralnu dopuštenost homolognoga FIVET-a, ukoliko se ne bi proizvodili prekobrojni embriji, već bi se ograničili na usađivanje svih proizvedenih embrija, pozivajući se na činjenicu visokoga postotka prirodnih spontanih pobačaja. Primjenjujući tradicionalno etičko načelo »neizravno hotećega«. Ono dopušta djelovanje kojemu je izravan cilj nešto dopušteno, premda neizravno sa sobom nosi negativne učinke koji, međutim, nikad ne smiju biti sredstvo za postizanje pozitivnoga učinka²².

ICSI metoda (Intracytoplasmic Sperm Injection), slično kao i tehnika **Mikroinjekcija (MI)**, koristi se u slučajevima teške muške neplodnosti, kada je broj spermija u ejakulatu izrazito nizak. Ovom procedurom spermiji se uzimaju iz ejakulata ili direktno iz testisa te se zatim mikroinjekcijom samo jedan spermij uvodi izravno unutar jajne stanice, koja se nakon inkubacije vraća unutar maternice. Varijacije ovih tehnika su: **MESA, PESA, TESA, TESE**. One predstavljaju metode mikroaspiracije ili ekstrakcije predstadija spermija iz epididimisa. Te se metode

¹⁸ Usp. V. VALJAN, *Bioetika*, Svjetlo riječi, Sarajevo-Zagreb, 2004., str. 214.

¹⁹ Naime, u slučaju umjetnoga osjemenjivanja, umjetno je samo uvođenje, ili, najviše, uzimanje i uvođenje sjemena, dok trenutak oplodnje ostaje u svojoj prirodnosti. Usp. AA.VV., *Fecondazione extracorporea. Pro o contro l'uomo?*, Gribaudo, Milano, 2001., str. 17.

²⁰ Usp. I. KEŠINA, *Čovjek između prokreacije i proizvodnje. Kršćanska etika ljudskog rađanja*, Crkva u svijetu, Split, 2008., str. 85.; 87.-91.

²¹ Tzv. *embrionalni surplus* predstavlja moralni i pravni problem: može li biti uklonjen nakon nekoliko godina pričuve, ili korišten za pokuse, pridobivanje matičnih stanica, terapijska kloniranja, anti-age sredstva za uljepšavanje i revitalizaciju, ili za adopcijski prijenos u neku drugu ženu?

²² M. ARAMINI, *Uvod u bioetiku*, str. 194.

sinkroniziraju s FIV postupcima, i tako dobiveni zreli spermiji se ICSI metodom injiciraju direktno u jajne stanice.

Druga važna stvar u shvaćanju tehnika asistirane medicinske oplodnje predstavlja porijeklo gameta. Stoga se na toj osnovi može govoriti o homolognom i heterolognom oplođivanju.

Homologna umjetna oplodnja ili umjetno rađanje označava one tehnike kojima se želi začeti čovjeka pomoću spolnih stanica supružnika koji su sjedinjeni brakom.

Heterologna umjetna oplodnja označava tehnike kojima se želi umjetno postići začeti čovjeka pomoću spolnih stanica za koje barem jedan od davalaca nije u dotičnom braku, ili pak 'koktelom sjemena'. Time bi se kršilo isključivo pravo bračnih drugova da postanu otac ili majka samo jedno preko drugoga. Ostvario bi se novi tip obitelji ne više *monogamne*, nego *sui generis*, višeroditeljske. Prema tomu, makar bračni drugovi dragovoljno pristupali heterolognoj oplodnji »ona je povrjeda zajedničkoga poziva bračnih drugova, koji su pozvani na očinstvo i majčinstvo: objektivno ona lišava bračnu plodnost njezina jedinstva i cjelovitosti; izaziva i očituje lom između genetskoga srodstva, srodnosti po nošenju i odgojne odgovornosti«²³.

U slučaju kada parovi ne mogu postići trudnoću ni jednom metodom *in vitro* oplodnje, mogu se odlučiti na uporabu *doniranih jajnih stanica*. Vrlo je važno obaviti detaljne pretrage i utvrditi postoje li bilo kakvi genetski poremećaji ili pak spolne bolesti.

Druga je pojava *zamjenske/surogatne majke*. Ona predstavlja ženu koja nosi trudnoću embrija oplođenih *in vitro* s jajnom stanicom i spermom osoba naručitelja, prema dogovoru sklopljenom prije trudnoće, s namjerom da preda dijete drugim osobama koji stječu roditeljska prava i obveze nad djetetom. Žena koji nosi dijete nije genetska majka, nego gestacijska roditeljica. Manipulira se tako s tjelesnošću djeteta koje prima genetski patrimonij od dviju osoba, a krv/hranu i vitalnu unutarmaterničnu komunikaciju od neke druge osobe.

Vjerojatnost da će doći do začeta tijekom jednoga mjeseca iznosi u prosjeku od 15- 25%; unutar prva tri mjeseca iznosi 40%; unutar šest mjeseci 70%; a prosječna vjerojatnost da će do začeta doći unutar godinu dana iznosi 85%. Neplodnost ostaje neprotumačena u otprilike 20% slučajeva, jer se brojni reproduktivni nedostaci ne mogu otkriti pomoću postojećih metoda. Uspjeh pojedinih postupaka bio bi: IVF oko 18,6%; GIFT=28%; IUI=10%; ZIFT=24%; ICSI=24%²⁴. Naravno, postoje

²³ KONGREGACIJA ZA NAUK VJERE, *Donum vitae - Dar života. Naputak o poštivanju ljudskog života u nastanku i o dostojanstvu rađanja. Odgovori na neka aktualna pitanja*, Kršćanska sadašnjost, Dokumenti 88, Zagreb, 1987., II, 5. (U daljnjem tekstu: DV).

²⁴ Usp. M. VALKOVIĆ, *Umjetna oplodnja (IVF)-uspjeh, neuspjeh, zdravstvene i socijalne posljedice*, u: *Revija za Socijalnu politiku* 2(1995.)4, str. 332.

mnogi čimbenici koji mogu utjecati na navedene postotke. Usprkos poteškoćama neizvjesnosti, ponavljanja mučnih procedura, stidnim postupcima; tehnologija asistirane humane reprodukcije nametnula se kao optimalno rješenje za sterilne partnere, širokom ponudom i obećanjima različitih tehnika. No, one sve nisu bez posljedica, rizika, propusta i potencijalnih manipulacija.

1.3. RIZICI-PROPUSTI-MANIPULACIJE REPRODUKTIVNIH TEHNIKA

Do danas je rođeno oko milijun djece začete u laboratorijima diljem svijeta. Od te brojnosti, u medijima možemo optimistično pratiti samo informacije uspješnosti metoda humane reprodukcije, dok se one o neuspjesima i nuspojavama, prešućuju. Statistike govore samo o postignutim i zadržanim trudnoćama, no izostavljaju 'žrtvovane' brojke i neistražene posljedice laboratorijske fertilizacije. Svi su ti postupci povezani s rizicima.

Dosadašnja istraživanja provedena nad djecom začetom u laboratoriju upozoravaju na propuste i skrivene rizike, koje još nije moguće ni predvidjeti, budući da nitko od rođenih umjetnom oplodnjom nije još stariji od 25 godina. Postoje objavljeni radovi uočenih genskih poremećaja i drugih malformacija povezanih s asistiranom oplodnjom²⁵: *Beckwith-Wiedemannov sindrom* (genetska bolest obilježena niskom vrijednosti šećera u krvi); oštećenjem trbušne stjenke, povećanim jezikom i dr. organima, te povećanom sklonošću tumorima bubrega i jetre prije puberteta; *Angelmanov sindrom* (povezan s teškim mentalnim retardacijama, motoričkim oštećenjima i govornim poteškoćama); povećana učestalost raka rožnice (*retinoblast*); bolesti urogenitalnog sustava; neurološki poremećaji; srčane malformacije. I druge provedene studije upozoravaju da djeca začeta IVF-om imaju povećani rizik razvoja neuroloških poremećaja, a posebice cerebralne paralize; kao i rizik da se primjenom IVF-a dobije dijete s posebnim potrebama, koji je 11% u usporedbi sa 5% kod opće populacije²⁶.

Liječnici stoga upozoravaju parove da ne žure s odlukom o započinjanju IVF postupaka. Izvantjelesna oplodnja praksa je koja za posljedicu ima visoke rizike za zdravlje djeteta, same majke, a trivijalizira i začće. Ovu preporuku podržava i Europsko društvo za humanu reprodukciju i embriologiju, detaljnije izvješćujući kako primjena postupaka MPO rezultira: prijevremenim porodom (57,5% prema 8,5%); povećanim rizikom višeplođnih trudnoća, vanmaterničnih trudnoća, komplikacija tijekom trudnoće, malom porođajnom težinom, velikih porođnih mana i

²⁵ <http://www.isis.org/wwwART.php>

²⁶ B. STROMBERG i dr., Neurological Sequelae in Children Born after In-Vitro Fertilization: A Population-Based Study, u: *The Lancet* (2002.), str. 461.-465., prema izvješću: *European Journal of Pediatrics* (2003.); M. HANSEN i dr., The Risk of Major Birth Defects After Intracytoplasmic Sperm Injection and In Vitro Fertilization, u: *The New England Journal of Medicine* (2002.), str. 725.-730.

dugoročne invalidnosti među preživjelom djecom²⁷. Neki su liječnički timovi ustvrdili kako je ukupna stopa svih promatranih komplikacija (perinatalna smrtnost, prijevremeni porod, niska porođajna težina, zastoj u gestacijskom rastu, placenta previja, gestacijski dijabetes, preeklampsija, te smještanje na intenzivnu jedinicu za novorođenčad) bila veća kod onih začelih umjetnim putem²⁸.

Postoji i potencijalna opasnost da se tehnike umjetne oplodnje mogu podvrgnuti i negativnim korištenjima. Tako se može strepiti pred potencijalnim opasnostima pokušaja ostvarenja zahvata alterirajuće naravi samih nasljednih svojstava na kromosoma. Tehnikama *Komparativne genomske hibridizacije* mogu se odabirati samo jajne stanice normalnoga sastava kromosoma, čime se povećava vjerojatnost za razvoj samo zdravoga embrija²⁹. Svim ovim znanstveno-biotehno- loškim dosezima, trudnoća je postala čin koji je moguće precizno programirati te su se proširili i ciljevi reproduktivne medicine, poprimivši dodatne eksperimentalne svrhe: selekcije samo kvalitativno najboljih embrija (tzv. *designer baby*), genskog rekombiniranja, selektivne predimplantacijske i eugeničke³⁰ postimplantacijske dijagnostike, selektivni fetocid kod prekobrojnih i manje kvalitetnih embrija. »Od terapije neplodnosti vodi put do racionalizacije rađanja i zahtijeva za perfektnim potomstvom. Na mjesto nepredvidive prirode dolazi čovjek sa svojom proračunatošću i samovoljom te sve većom inflacijom želja [...] tako od reprodukcijske tehnologije postaje reprodukcijaska ideologija.«³¹ »Primjenjuju se izrazito nehumane i nemoralne eugenetske strategije. Budući da su metode reprodukcijske medicine protuprirodne i budući da predstavljaju instrumentaliziranje i dehumaniziranje osobe, smatraju se nemoralnima i nedopuštenima, te ih treba odbaciti.«³²

Kod svih tehnika umjetne oplodnje (osim tehnika osjemenjivanja), prekobrojni embriji podložni su uništenju (zaleđivanjem, eksperimentiranjem, za terapijsko kloniranje, izvlačenje matičnih stanica, neki drugi umiru zbog visokoga stupnja abortivnosti uslijed primjene tehnika). Time odnos oplođenih jajašaca i rođene djece ne prelazi 5%. I samo zaleđivanje zametaka, pa i onda kad se učini da se zametak očuva na životu (krioprezerviranje), povrjeda je poštovanja što ga dugu-

²⁷ E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, str. 536.

²⁸ R. A. JACKSON i dr., Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: a meta-analysis, u: *Obstetrics and Gynecology* 103(2004.)3, str. 551.-563.

²⁹ <http://www.centar-zdravlja.net/zanimljivosti/1481/nova-metoda-umjetne-oplodnje/>

³⁰ Eugenika je praksa koja vrši selekciju ljudskih bića prema kriterijima bioloških i genetičkih obilježja. Negativna eugenička racionalnost ide za aktivnom selekcijom i/ili eliminacijom postojećih ljudskih bića prema zamišljenim kriterijima bioloških i genetičkih karakteristika.

³¹ M. ANIČIĆ, Bračna neplodnost i njezine mogućnosti, u: *Bogoslovska smotra* 77 (2007.)1, str. 191.-192.

³² I. KEŠINA, Reprodukcijska medicina-izazov kršćanskoj slici čovjeka, u: *Crkva u svijetu* 38(2003.)4, str. 532.

jemo ljudskim bićima³³ jer ih se izlaže velikoj smrtnoj opasnosti, lišava ih se barem privremeno majčinske zaštite i nošenja te ih se izlaže daljnjim povrjedama i manipulacijama. Krioprezervacija nespojiva je s poštovanjem koje se duguje ljudskim embrijima. Većina embrija, koji se ne upotrijebe, ostaju »siročad«. Njihovi roditelji ne pitaju za njih, a s vremenom se roditeljima gubi svaki trag. Zbog toga postoje tisuće tisuća zamrznutih embrija u gotovo svim zemljama. Neprihvatljivi su prijedlozi da se ti embriji upotrijebe za istraživanje ili liječenje bolesti jer bi to značilo postupati s njima kao s pukim biološkim materijalom i dovelo bi do njihova uništenja. Prijedlog da se ti zanjietci stave na raspolaganje neplodnim parovima kao terapija za neplodnost, etički nije prihvatljiv zbog istih razloga koji čine nedopuštenim heterolognu prokreaciju kao i bilo koji oblik zamjenskoga majčinstva³⁴. Ljudski embrij od svoje najranije faze postojanja, od samoga spajanja gameta, posjeduje urođeno/inherentno dostojanstvo, i neosporivo pravo na život, koje se ne smije instrumentalizirati.

Još uvijek nedostaju sasvim zaokruženi odgovori i općenito poznati vremenski longitudinalni podaci medicinske naravi o uspješnosti, neuspjesima i eventualnim zdravstveno-socijalnim posljedicama MPO-A³⁵. No da bi se na njih što bolje priprenilo i sinkroniziralo ih s odredbama i smjernicama katoličkoga učiteljstva o nepovrjedivosti-zaštiti-svetosti ljudskoga života, potrebno je navesti kakav je trenutno stav zakonodavstva u pogledu ove materije.

1.4. STAV ZAKONODAVSTVA O MEDICINSKI ASISTIRANIM OPLODNJAMA

Unutar ili izvan Europske unije, ne postoji jedinstveno vrijednosno gledište o pojedinim medicinskim zahvatima u ljudsko rađanje koji bi se trebali pravno regulirati.

Različitost državno-društvenoga, ali i religioznoga uređenja, donosi nam različit pristup ovim prokreativnim interventima, zastupljenim u medicinsko-pravnim pravilima. No, možemo ih kategorizirati u 4 skupine s obzirom na zakonodavstveno reguliranje MPO-a: na zemlje koje primjenjuju prohibitivni pristup (Austrija, Hrvatska); oprezni pristup (Švedska, Norveška), liberalni pristup (Velika Britanija), te *laissez-faire* pristup³⁶.

³³ Glede sudbine embrija i njihova pravnog statusa, postoje suprotstavljena stajališta u pluralističkom bioetičkom kontekstu: s jedne strane imamo radikalno stajalište onih koji embrije uopće ne smatraju ljudskim osobama, a još manje dostojnima da ih se zakonski zaštiti (Engelhardt, Singer, Waren, Tooley). Neku su uveli termin pred-embrija, klupka stanica..., kako bi mu zanjiekali personalističku vrijednost i nužnu zakonsku zaštićenost od njegovih samih početaka.

³⁴ Usp. KONGREGACIJA ZA NAUK VJERE, *Dignitas personae*, Naputak o nekim bioetičkim pitanjima, (8. rujna 2008.), Kršćanska sadašnjost, Dokumenti 154, Zagreb, 2009., br. 19. (U daljnjem tekstu: DP)

³⁵ Usp. M. VALKOVIĆ, Umjetna oplodnja (IVF)-uspjeh, neuspjeh, zdravstvene i socijalne posljedice, str. 331.

³⁶ Usp. M. TURUDIĆ, Oplodnja uz medicinsku pomoć-poredbeni pristup, u: *Pravnik* 39(2005.)2 (81), str. 141.-151.

Premda je u Hrvatskoj prvo dijete rođeno tehnikama MPO-a 1983. god., Hrvatska još uvijek nema propisa koji bi cjelovito uređivali ova pitanja³⁷. Kod nas se oplodnja uz medicinsku pomoć uređuje *Zakonom o zdravstvenim mjerama za slobodno odlučivanje o rađanju djece (Narodne novine, 18/1978)* i *Obiteljskim zakonom (Narodne novine 116/2003; 17/2004; 136/2004)*³⁸. Hrvatski Zakon o medicinski potpomognutoj oplodnji star je 30 godina i donesen je davne 1978. godine, te je u velikoj mjeri zastario i ne prati nove tehnologije koje su se u 30 godina pojavile. Oko 200.000 hrvatskih parova traže pomoć u oplodnji, a danas im je jako teško platiti skupe lijekove i postupke u neuređenoj hrvatskoj proceduri³⁹. U Hrvatskoj godišnje 300 parova za oplodnju treba darovano sjeme, a oko 150 jajnu stanicu.

Izrada novih zakona, nacрта i propisa i njihovih obiteljsko-pravnih pravila traje već preko deset godina s različitim vrijednosno-interesnim uređenjima reguliranja prava na MPO. Javljaju se različita stajališta, prijedlozi i suprotstavljena mišljenja⁴⁰. MPO se nalazi pred pitanjem: dokle je ona dopuštena medicinska djelatnost (»pod svaku cijenu«, »po narudžbi«, »s određenim genskim karakteristikama«...)? Isto tako, za sobom povlači i problematiku zakonske regulative o stvaranju viška embrija i njihova uništenja ili zamrzavanja, odabira spola budućega djeteta, ekonomskog profita MPO-a, trajanje očuvanja, usvajanja, oplodnje *post mortem*...

Zakonodavstva 38 europskih zemalja o umjetnoj oplodnji vrlo su različita. Donacija sperme zabranjena je samo u Irskoj i Italiji. Donacija jajnih stanica zabranjena je u Irskoj, Italiji, Austriji, Njemačkoj, Norveškoj, Švedskoj, Slovačkoj i Švicarskoj. Donacija zametaka zabranjena je u Italiji, Irskoj, Austriji, Danskoj, Islandu, Norveškoj, Sloveniji, Švedskoj i Švicarskoj, dok je donacija i sjemene i jajne stanice ženi, odnosno paru, zabranjena u Irskoj, Italiji, Austriji, Danskoj, Francuskoj, Norveškoj, Sloveniji i Švedskoj. Sve zemlje predviđaju mogućnost da bračni parovi/partneri u analognom obliku zajedničkoga života pristupe tehnikama MPO. Velika Britanija i Španjolska predviđaju i da neudane žene, koje žive same, mogu pristu-

³⁷ Usp. M. ALINČIĆ, Medicinski pomognuta oplodnja i obiteljskopравни sukobi interesa, u: *Zbornik PFZ* 56(2006.)4., str. 888.

³⁸ D. ŠIMONVIĆ, Obiteljskoppravna regulacija medicinski potpomognute prokreacije, u: *Zakonitost* 47(1993.), str. 635.

³⁹ Cijena ICSI (intracitoplazmatičko iniciranje spremija u jajnu stanicu) je 9.900,00 kn, *in vitro* fertilizacije je 7.900,00 kn, a intrauterine inseminacije 1.500,00 kn. Poželite li pak zamrznuti zametak, cijena smrzavanja do 1 godine je 1.900,00 kn. Zametak se može čuvati najviše 5 godina, a svaku godinu plaćate 1.000,00 kn.

⁴⁰ Živa rasprava o oplodnji *in vitro* u Hrvatskoj odvijala se 2004./05. godine, koji je pokrenuo *Nacrt prijedloga zakona o umjetnoj oplodnji*. U nekoliko verzija doradivan, bivao je samo etički pogoršaniji (dopuštajući brojne manipulacije: heterolognu oplodnju i to *in vitro*; ozakonjenoga darivanja spolnih stanica; darivanje zametaka/embrija; omogućavao je znanstveno istraživanje na njima samima predimplantacijskom dijagnostikom i postimplantacijskom selekcijom; dopuštajući ta reproduktivna prava i onima u izvanbračnim zajednicama; ne predviđajuću dobnu granicu za pokušaje oplodnje...). Opširniji uvid: V. POZAIĆ, *In vitro* metode u Hrvatskoj, u: *Glasnik hrvatskog katoličkog liječničkog društva* 15(2005.)1, str. 9.-22.

piti umjetnoj oplodnji, no uz potrebne uvjete; ili da bude udana ili živi u stabilnoj zajednici/barem 3 godine (Francuska). Pored umjetnoga osjemenjivanja, svugdje je dopuštena oplodnja *in vitro* i to i *in vivo*, već prema različitim slučajevima. U Njemačkoj je heterologno umjetno osjemenjivanje dopušteno samo vjenčanima, a ne i partnerima u izvanbračnoj vezi, dok je zabranjen heterologni fivet s doniranim jajašcem. Jedina zemlja koja zasad dopušta samo homologni fivet jest Švedska. Španjolski zakon zabranjuje zamrzavanje jajašaca, jer nema dovoljnoga jamstva o uporabljivosti odleđenoga jajašca. U drugim je zemljama zaleđivanje embrija dopušteno u svrhu darivanja ili sukcesivnih pokušaja oplođivanja. Rok je najviše 5 godina, a austrijski i švicarski zakon smanjuju to razdoblje na 1-2 godine⁴¹. Eksperimentiranje na embrijima prema španjolskom, engleskom i švedskom zakonu dopušteno je do 14. dana života embrija. Njemački zakon dopušta eksperimente na embriju samo do trenutka singamije (21. sat nakon začeća). Francuski zakon brani eksperimentiranje na embrijima, osim u terapijske svrhe u korist embrija. Sve europske zemlje zabranjuju zamjensko materinstvo i većina će zakonodavstva procijeniti kako dijete pripada onoj majci koja ga je rodila, čime se sprječava valjanost ugovora.

Osnovne postavke hrvatskoga *Prijedloga zakona o medicinskoj oplodnji*⁴² priređena u Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi navodi da je dopušteno: unutar-tjelesna i izvantjelesna medicinska oplodnja samo za bračne drugove; davanje (darivanje) i sjemenih i jajnih stanica bez naknade; korištenje darivanih spolnih stanica jedne osobe za postupak medicinske oplodnje samo jednoga bračnog para i to za rođenje najviše troje djece; pohranjivanje sjemenih i jajnih stanica te tkiva; odustajanje od postupka medicinske oplodnje i nakon što su zametci nastali; u postupku izvantjelesne oplodnje oploditi najviše tri jajne stanice. Zabranjeno je: medicinska oplodnja osobama koje nisu u braku; surogat majčinstvo; istovremeno davanje (darivanje) obiju spolnih stanica; davanje (darivanje) zametaka, smrzavanje i pohranjivanje zametaka /posredno; u jednom postupku u tijelo žene unijeti više od tri zametka; korištenje postupka medicinske oplodnje u svrhu odabira spola budućega djeteta, osim iznimno kad je riječ o izbjegavanju teške nasljedne bolesti vezane uz spol; davanje/primanje novčane naknade ili stjecanje druge koristi za darivanje spolnih stanica; trgovanje te uvoz odnosno izvoz spolnih stanica; stvaranje ljudskih zametaka u znanstvene ili istraživačke svrhe; stvaranje himera i hibrida; kloniranje; sve manipulacije koje uključuju životinjske spolne stanice i/

⁴¹ O podrobnijem stanju o zakonodavstvu Usp. M. ARAMINI, *Uvod u Bioetiku*, str. 207.-210.

⁴² *Prijedlog Zakona o medicinskoj oplodnji* (svibanj, 2009.), dostupan je na stranicama Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, Vlade i Sabora. Vlada Republike Hrvatske ga je 8. lipnja uputila u saborsku proceduru i tamo se vodi kao *Prijedlog zakona*, europski broj 360. Prošli nacrt *Zakona o umjetnoj oplodnji*, koji je Vlada prihvatila i lani ga u rujnu prezentirala javnosti, bio je usklađen s europskim zakonodavstvom i vrlo liberalan; dopuštao je donaciju jajnih stanica, sprema i zametaka, a ženama bez partnera bio je dopušten pristup umjetnoj oplodnji. Iznemada, bez objašnjenja, Vlada je svoj zakon povukla iz procedure pod izlikom da ga treba uskladiti s EU.

ili zametke. Predviđeno je da prema Konvenciji o pravima djece, prilikom stjecanja punoljetnosti, dijete začeto medicinskom oplodnjom ima pravo saznati svoje porijeklo, odnosno tko su mu biološki roditelji⁴³; obveza prethodnoga pravnog statusa te psihološko ili psihoterapijsko savjetovanje bračnih drugova; da se postupci medicinske oplodnje provode isključivo u za to ovlaštenim zdravstvenim ustanovama kojima se to ovlaštenje može naknadno i uskratiti; osnivanje Nacionalnoga povjerenstva za medicinsku oplodnju i Državnoga registra radi što bolje kontrole i nadgledanja provođenja Zakona.

Taj zakonski tekst duboko zadire u temeljne vrjednote i temeljna prava čovjeka, a prije svega u dostojanstvo braka i pravo na život. Zakon je po nekima konzervativan, a po nekima liberalan⁴⁴.

Ured Hrvatske biskupske konferencije za obitelj vrlo se jasno očitovao ističući da je to 'nedorađen i nedovršen zakonski akt na kojemu bi, u svim njegovim sastavnicama, trebalo još dosta poraditi' te da je 'neprihvatljiv na više osnova'. Crkva nema ništa protiv djece začete umjetnom oplodnjom, već se zauzima za dostojanstvo osobe, braka i prenošenja života u braku, za zdravlje bračnoga para i za sve živote zametaka. Kad se Crkva obraća zakonodavcu u pogledima ovog pitanja, ona to ne čini u smislu nadmoćnoga zahtjeva duhovnoga autoriteta. Ona ne želi zakonski zaštititi crkveni moral, već ponajprije fundamentalna prava koja pripadaju svakom čovjeku. Upravo se u toj namjeri zaštite temeljnih ljudskih prava sastoji najdublje egzistencijalno opravdanje državnoga zakonodavstva⁴⁵. »Katolička Crkva svjesna je da se dobro osobe, društva i njezino vlastito dobro uozbiljuje upravo po obitelji, i uvijek je smatrala svojim poslanjem da svim ljudima obznanjuje Božji naum o ženidbi i obitelji, upisan u ljudsku narav, i da promiče te dvije uredbe i brani ih od svih koji ih ugrožavaju... Prožeta sviješću da društvo, a poglavito država i međunarodne organizacije, moraju štiti obitelj, političkim, društvenim i pravnim mjerama, kojima je svrha da učvrste jedinstvo i čvrstoću obitelji... Premda su u pojedinim slučajevima prava, dobrobit i vrjednote obitelji u dostatnoj mjeri osigurane, ipak ih zakoni, ustanove i društveno-privredni programi često previđaju, štoviše i ugrožavaju«⁴⁶.

⁴³ Glede prava djeteta da zna svoje roditelje, ono je određeno člankom 7. stavkom 1. konvencije Ujedinjenih naroda o pravima djeteta iz 1989. g. koji se u hrvatskom pravnom sustavu primjenjuje od 29. prosinca 1990. g. (*Službeni list SFRJ* - Međunarodni ugovori, br. 15/1990 i *Narodne novine - Međunarodni ugovori*, br. 12/1993: »Dijete ima pravo da zna tko su mu roditelji i pravo na njihovu skrb.«).

⁴⁴ Ministar zdravstva, Milinović, smatra da Prijedlog zakona o medicinski potpomognutoj oplodnji, nije suprotan Obiteljskom zakonu i Zakonu o ravnopravnosti spolova, zbog čega mu se, među ostalim, protivne nevladine udruge.

⁴⁵ Usp. A. LAUN, *Aktualni problemi moralne teologije*, U pravi trenutak, Đakovo, 1999., str. 190.

⁴⁶ SVETA STOLICA, *Povelja o pravima obitelji. Predložena od Sv. Stolice svim osobama, ustanovama i predstavnicima vlasti nadležnima za poslanje obitelji u suvremenom svijetu*, (22. 9. 1983.), Kršćanska sadašnjost, Dokumenti 68, Zagreb, 1984., str. 10.-11.; IVAN PAVAO II, *Apostolska pobudnica o zadacima kršćanske obitelji u suvremenom svijetu, Familiaris consortio – Obiteljska zajednica* (22. studenoga 1981.), Dokumenti 64, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 1981., 3; 45; 46. (= FC)

Zadaća je građanskoga zakona osigurati zajedničko dobro osoba priznavanjem i obranom temeljnih ljudskih prava: a) pravo na život i tjelesnu cjelovitost svakoga ljudskog bića od časa njegova začeća do smrti; b) prava obitelji i braka kao ustanove i, u tom sklopu, prava djeteta da ga začnu, donesu na svijet i odgoje njegovi roditelji. Ni na jednom području života građanski zakon ne može biti zamjena za savjest niti može propisati norme o onomu što izmiče njegovoj nadležnosti. Da bismo imali ispravne državne zakone, potrebno je da svi kršćani svjedoče svoj vjeronički identitet i u privatnom i u javnom životu.

2. Moralni zahtjev bračnoga personalizma humane prokreacije

Za vidljivo očitovanje bračne ljubavi, nedvojbeno je bitna prokreativnost. Što se više bračni parovi ljube, to su više spremni staviti se u službu novoga života koji nastaje njihovom međusobnom predanošću. Dijete time predstavlja živu sliku njihove ljubavi, trajni znak njihova bračnog sjedinjenja, živo i nerazdvojivo stapanje njihova očinstva i materinstva.

Proces ljudskoga rađanja uključuje dvije bitne i neraskidive dimenzije tjelesnoga sjedinjenja bračnih partnera: njihovu unitivnu i prokreativnu dimenziju. Danas je pak taj isključivo intimni bračni čin, podvrgnut tehnologizaciji i medikalizaciji samoga rađanja, koja tretira ljudski život kao proizvod ili rezultat bio-medicinsko-tehničke operacije. Takva oplodnja nije plod naravnog, osobnog duhovno-tjelesnoga sjedinjenja supružnika, nego plod čisto tehničko-medicinskoga procesa. Zahvati koji potpomažu rađanje »ne odbacuju se zato što su umjetni. Sami po sebi oni svjedoče o mogućnostima medicinskoga umijeća, no mora ih se ocijeniti s čudorednoga gledišta prema dostojanstvu ljudske osobe koja je pozvana ostvarivati božanski poziv da daruje ljubav i da daruje život«⁴⁷. Ono što se osuđuje nije tehnika u sebi, već tehnološki pristup ljudskomu tijelu koji separira dualizam od biološko-fertilne i duševne dimenzije braka. »Prokreativni čin ne može biti čisto biološki čin, kao mješavina biokemijskih elemenata; niti produktivna aktivnost poput proizvodnja stvari; nego se samo može odvijati na personalističkoj razini, gdje se odvija darivanjem osoba, u odgovornoj seksualnosti i interpersonalnoj međusobnosti. U tom daru transcendiraju se od čisto bioloških datosti i doseže jedna spiritualna dimenzija koja se ne može svesti na produktivističku tehniku kombiniranja gameta«⁴⁸.

Katolička crkva s obzirom na navedenu tematiku izdala je niz bioetičkih dokumenata: od *Humanae Vitae*, *Donum Vitae*, *Evangelium Vitae*, do *Dignitas Personae*. Njima se promiče odgoj kršćanske savjesti i ohrabruje biomedicinsko istraživanje da poštuje dostojanstvo svakoga ljudskog bića prokreacijom, te u kojima objašnjava zbog čega se ne smije sudjelovati u umjetnim oplodnjama, gdje do začeća dolazi

⁴⁷ DV, Uvod, br. 3.

⁴⁸ E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, str. 515.

bez specifičnoga čina bračnoga odnosa (npr. heterologna inseminacija, oplodnja u epruveti i kloniranje). U tim se dokumentima jasno daje do znanja da ne smije biti proturječnosti između božanskoga zakona o prenošenju života i onoga koji zahtijeva da se unaprjeđuje istinska bračna ljubav.

Iznoseći ćudorednu prosudbu nekih rezultata nedavnih medicinskih istraživanja, koji se odnose na čovjeka i njegove početke, Crkva se ne upliće u područje koje je kao takvo vlastito medicinskoj znanosti, ali poziva sve zainteresirane na etičku i društvenu odgovornost za ono što čine. Podsjeća ih da se etička vrijednost biomedicinske znanosti prosuđuje prema bezuvjetnom poštovanju koje se duguje svakomu ljudskom biću i prema obrani posebnoga značaja osobnoga čina kojim se prenosi život.

»U pogledu *liječenja neplodnosti* nove medicinske tehnike trebaju poštovati tri temeljna dobra: a) pravo na život i tjelesni integritet svakoga ljudskog bića od začeća do prirodne smrti; b) jedinstvo braka, koje podrazumijeva uzajamno poštovanje prava supružnika da postanu otac ili majka samo jedno pomoću drugoga; c) specifično ljudske vrijednosti spolnosti koje zahtijevaju da rađanje ljudske osobe bude plod specifičnoga bračnog čina ljubavi među supružnicima«⁴⁹. Stoga se zahtijevaju etičko-moralne uvjetovanosti: a) Umjetna oplodnja ne može se isključivo gledati s biološkog i medicinskog stajališta ostavljajući po strani moralno i pravno stanovište; b) Umjetnu oplodnju izvan braka treba jasno i nedvojbeno isključiti te osuditi kao nemoralnu i nedopuštenu; c) Sama želja roditelja da imaju dijete ne opravdava umjetnu oplodnju; d) Nepotrebno je podsjećati da muško sjeme za umjetnu oplodnju ne može se dopušteno dobiti putem protunaravnih čina; e) Makar se ne mogu isključiti novi načini tehnika umjetne oplodnje, treba biti ekstremno oprezan!⁵⁰

U svjetlu navedenih načela, moraju se isključiti svi načini heterologne umjetne oplodnje, ali i oni načini homologne tehnike umjetne oplodnje koji nadomještaju bračni čin. S druge strane, dopuštene su tehnike koje *služe kao pomoć bračnomu činu i njegovoj plodnosti*⁵¹, zahvati usmjereni otklanjanju preprjeka prirodnoj oplodnji (kao primjerice hormonalna terapija za neplodnost, operacija endometrioze, zahvati za uspostavljanje prohodnosti jajovoda propuhivanjem, proširivanjem, odčepļivanjem ili kirurškim uklanjanjem priraslica). Svi ti postupci mogu se smatrati autentičnom terapijom i istinskim liječenjem zato što prevladavaju problem koji uzrokuje neplodnost. »Treba ohrabriti istraživanja koja idu za tim da se smanji ljudska neplodnost, pod uvjetom da budu u službi ljudske osobe, njezinih neotuđivih prava, njezina pravog i cjelovitog dobra u skladu s Božjim naumom i

⁴⁹ DP, br. 10; 12.

⁵⁰ Usp. P. ŠOLIĆ, *Moralni aspekt ljudske seksualnosti*, str. 252.

⁵¹ Usp. DP, br. 12; 13.

njegovom voljom.«⁵² »Crkva osuđuje nauk koji u ljudskom rađanju želi odijeliti biološku aktivnost od osobnoga odnosa supruge. Dijete je plod ženidbenoga sjedinjenja posredstvom aktivnosti organskih funkcija, osjetilnih emocija koje su uz njih vezane, duhovne nesebične ljubavi koja ih nadahnjuje; u tom jedinstvu ljudskoga čina jest mjesto gdje treba postaviti biološke uvjeti rađanja. Nikada nije u tomu dozvoljeno odvajati ta dva vida.«⁵³

Crkva drži da je etički neprihvatljivo odvajati začće od cjelovitoga osobnog sklopa bračnoga čina⁵⁴. Ljudska je prokreacija osobni čin muža i žene koji ne dopušta nikakvu vrstu zamjenjivanja. »Spolno sjedinjenje supružnika nema samo tjelesno-genitalnu vrijednost koja je biološki neophodna da bi se rodio novi život. Ono također i bitno označava psihološko i duhovno sjedinjenje supružnika kao osoba: sjedinjenje koje nastaje uzajamnim darivanjem jedne osobe drugoj.«⁵⁵ »Umjetna oplodnja u epruveti predstavlja objektivno izvjesnu profanaciju svetoga događanja.«⁵⁶ Ako je »kontracepcija pokušaj zajedništva bez prokreacije, onda je IVF pokušaj prokreacije bez zajedništva«⁵⁷. Svako dijete ima pravo na to da se rodi iz ljubavnoga zagrljaja svojih roditelja, a ne da bude proizvedeno na Petrijevoj zdjelici. Tehnike, koje uzrokuju odvajanje roditelja, zahvatom strane osobe u bračni par (davanje sperme ili ženske gamete, posudba maternice), teško su nemoralne. Te tehnike vrijeđaju pravo djeteta da bude rođeno od oca i majke koji su među sobom vezani ženidbom. One su izdaja isključivoga prava supružnika da postanu otac i majka samo jedno pomoću drugoga⁵⁸. »U mnogim svojim aspektima metode reprodukcijske medicine su takve naravi da depersonaliziraju, materijaliziraju, tehniciziraju ljubav, osobnost, seksualnost i brak. Navedenim se metodama kompromitiraju integritet i dostojanstvo osobe, njezina sloboda i odgovornost, njezin psihički, fizički i seksualni integritet.«⁵⁹

Crkva priznaje zakonitost želje za djetetom i razumije patnju parova koji se bore s problemom plodnosti. Ta želja, ipak, ne smije prijeći preko dostojanstva svakoga ljudskog života do točke posvemašnje nadmoći. Želja za djetetom ne može opravdati »proizvodnju« potomstva, kao što ni želja da se nema djece ne može opravdati

⁵² Usp. *Katekizam Katoličke crkve*, Hrvatska biskupska konferencija-Libreria Editrice Vaticana (za uporabu prijevoda na hrvatskom jeziku), Glas Koncila, Zagreb, 1994., 2375. (U daljnjem tekstu: *KKC*)

⁵³ PIO XII., Govor sudionicima Međunarodnoga kongresa o plodnosti i neplodnosti, (19. 5. 1956.), u: *Acta Apostolica Sedis* 48(1956.), str. 470.

⁵⁴ Usp. *HV*, 12; *DV*, br. 4-5

⁵⁵ M. ARAMINI, *Uvod u Bioetiku*, str. 195.-196.

⁵⁶ A. LAUN, *Aktualni problemi moralne teologije*, str. 204.

⁵⁷ S. NAPIER, 30 godina *in vitro* oplodnje: Napredna tehnologija ili nepouzdana načela etike?, u: *Glasnik hrvatskog katoličkog liječničkog društva* 18(2008.)4, str. 18.

⁵⁸ Usp. *KKC*, 2376.

⁵⁹ I. KEŠINA, *Reprodukcijaska medicina-izazov kršćanskoj slici čovjeka*, str. 560.

odricanje ili uništavanje djeteta nakon što je začeto. Premda djeca predstavljaju puninu ujedinjenja supružničke ljubavi, ženidba se ne opravdava samo djecom: »Čak i kad nema djece, često puta tako željkovane, brak ostaje kao zajednica i zajedništvo čitavoga života i zadržava svoju vrijednost i nerazrješivost.«⁶⁰

Da bi se očuvao humani personalizam bračne prokreacije, donosimo sljedeće zahtjeve⁶¹: a) Ne postoji neograničeno pravo svakog ljudskog bića da prenosi život na svaki način i po svaku cijenu! U glavnim deklaracijama međunarodne-europske razine crkvenoga katoličkog područja, ne postoji izričit spomen o ljudskim pravima na rađanje. Jedino se utvrđuje »pravo na osnivanje obitelji«, u kojemu je neizravno shvaćena, ali ne obvezatno i neophodno, prokreativna funkcija. Umjetna oplodnja postaje sredstvo zadovoljenja samo-prisvojenih neotuđivih prava očinstva i majčinstva. Prema crkvenom nauku, takvo pravo ne proizlazi iz njihove volje, nego je tek sastavni dio institucije braka. »Umjetna oplodnja prelazi granice prava koje su supružnici dobili sklapanjem braka, ona nikako nije uključena u taj budući savez i ne može se iz njega izvesti. Ni pravo na dijete ne opravdava umjetnu oplodnju, jer sklapanje braka ne daje pravo i na dijete, već na naravne čine koji su usmjereni i određeni za postignuće novoga života. Umjetna oplodnja narušava naravni zakon, suprotstavlja se pravu i moralu.«⁶² b) Ne postoji »apsolutno« pravo na dijete! c) Glavna etička granica je vrijednost koju dijete ima u sebi! d) Dijete nije neko korisno dobro koje zadovoljava potrebe para! e) Besplatnost, a ne korisnost zakon je prenošenja ljudskoga života

Ne možemo prihvatiti da se dijete svede na zahtijevani objekt. Želimo da se dijete željno iščekuje, a ne programira; da se začne prirodnim putem, a ne da se proizvodi; da bude prihvaćeno kao subjekt radosti i ljubavi, a ne kao objekt ugovora, selekcije i trgovine. Ne prihvaćamo ni jedno drugo mjesto, uvjete i okolnosti nastanka dovoljno dostojnim da se dijete rodi, osim bračnoga zajedništva. Ne želimo intimnost onih koji se vole narušiti probojem tehnike⁶³. Dijete ima pravo biti začeto, nošeno u utrobi, dano na svijet i odgojeno u braku, no bez obzira na uvjete i okolnosti dolaska na ovaj svijet, ljudski je život uvijek dar i svet. Treba mu podariti uvjete koji mu jedino omogućuju dostojanstvenu mogućnost takva razvijanja.

S obzirom na sve dosad iznesene biomedicinske i moralne implikacije medicinski asistiranih i reproduktivnih tehnika, u narednom ćemo dijelu članka pokušati uvidjeti kakav je bio do/sadašnji stav ispitanika, deklariranih vjernika, o ovim pogledima.

⁶⁰ GS 50; FC 14:

⁶¹ Opširnije, vidi: M. VIDAL, *Kršćanska etika*, U pravi trenutak, Đakovo, 2001., str. 269.

⁶² PIO XII., Govor sudionicima Međunarodnoga kongresa o plodnosti i neplodnosti, (19. 5. 1956), str. 471.

⁶³ Usp. D. ANGE, *Tvoje tijelo stvoreno za ljubav*, U pravi trenutak, Đakovo, 2003., str. 43.

3. Polazne hipoteze i ciljevi istraživanja znanstvenoga projekta »Kršćanski identitet i kvaliteta bračnoga i obiteljskoga života« vezani uz problem neplodnosti

Polazeći od konstatacije i samih statističkih podataka o biološko-reproduktivnoj nemogućnosti koja pogađa 10-12% brakova, te kako je u Hrvatskoj već rođeno »7000 djece iz epruvete«, prvotni je cilj ove sekcije ustanoviti koji su prioriteti bračnih vrijednosti. Drugotni cilj nam je ustanoviti primjenu individualnoga morala na području bračne reproduktivne sterilnosti.

Budući da smo velikim brojem svjedoci u svojim župnim sredinama, ili se pak izravno susrećemo tijekom pastoralnoga rada s bračnim parovima koji su u ovim pogledima dosta neupućeni s odrednicama crkvenog morala te su posljedično za-intrigirani, znatiželjni, ili zainteresirani tako da pokušaju shvatiti razloge mogućnosti ne/prihvatanja tehnika umjetne oplodnje. Kolika može biti njihova moralna odgovornost, ukoliko je »medicinsko-terapijska« konzultacija bila nepotpuna ili provedena od strane onih kojima je savjetodavno bitna samo tehnička učinkovitost ili ekonomska profitabilnost? Svakako, hipotetski, očekujemo u istraživanju ove sekcije, kako će »ugroženi« bračni parovi u ovom fertilnom području, nastojati primijeniti sve mogućnosti koje im nudi reproduktivna medicina u svom postupnom ostvarenju, ili pak pokušati nadomjestiti svoju fizičku neplodnost, ostvarenjem duhovnoga roditeljstva, spremnošću na posvajanjem djece, ili životu bez njih.

3.1. PRETHODNA ISTRAŽIVANJA O MEDICINSKI POTPOMOGNUTOJ OPLODNJI

Fizička neplodnost jednoga od supružnika može bitno narušiti stabilnost braka prema mišljenju mnogih kojih smatraju da se bračna postojanost učvršćuje dobivanjem djeteta.

Prema europskom istraživanju iz 1990-tih te istraživanju »Vjera i moral u Hrvatskoj«, važnost djece kao plod braka nalazi se na četvrtom mjestu. 91,1% ispitanika u Hrvatskoj smatra važnim imati djecu u braku. Prema ponovljenom istraživanju iz 1999. god., 96,4% ispitanika, drži djecu, bitnom vrjednotom za brak⁶⁴.

Navedeni čimbenici koji ljude drže važnim za uspješan brak: djeca	Hrvatska	Europa
veoma važno	62,3	62,3
važno	34,1	27,6
nevažno	2,9	8,5
nema odgovora	0,8	1,6

⁶⁴ Usp. J. BALOBAN, G. ČRPIĆ, Bitne vrednote za uspješan brak u Hrvatskoj, u: *Bogoslovska smotra* 70(2000.)2, str. 325.; J. BALOBAN (ur.), *U potrazi za identitetom. Komparativna studija vrednota: Hrvatska i Europa*, Golden marketing-Tehnička knjiga, Zagreb, 2005., tablica: 40.1, str. 285.

Preko 70% naših građana smatra kako su djeca čovjeku potrebna za ostvarenje smisla njegova života⁶⁵. Taj stav komparacije Hrvatske i Europe izražen je ovako:

»Čovjek treba imati djecu da bi život imao smisla?«	Hrvatska	Europa
Potpuno se slažem	38,4	17,9
Slažem se	37,9	26,9
Niti se slažem, niti ne	12,3	18,0
Ne slažem se	9,5	23,7
Uopće se ne slažem	1,4	7,7
Nema odgovora	0,6	5,9

Na širem europskom području, cjelovit pogled na majčinstvo i očinstvo, pokazuje tek 18,7% žena i 13,7% muškaraca te po njima rađanje nije prvenstveno vid vlastitoga ostvarenja, već više nadopunjavanje i razvoj zajedničkoga života para i obitelji⁶⁶. Za one parove koji se ne mogu ostvariti kao roditelji prirodnim načinima bračnih sjedinjenja suvremena reproduktivna medicina odgovara širokom ponudom i dosta uspješnim rezultatima MPO-a.

Bioetičkim se upitnikom »Modernizacija i identitet hrvatskog društva« nastojalo uvidjeti što današnja hrvatska populacija smatra pod medicinski potpomognutom oplodnjom. Istraživanje je pokazalo da je većina ispitanika, čak 70,6%, neupućeno, te ima pogrešnu predodžbu medicinski potpomognute oplodnje. Najveći dio ispitanika smatra da se radi o liječenju neplodnosti i ostvarenju, tobožnjega, »prava na potomstvo«. Ovdje je potrebno protumačiti ispitanicima, kako medicinska oplodnja nije, niti može biti liječenje neplodnosti, nego predstavlja nadomjestak liječenju, jer nakon postupaka medicinske oplodnje nitko od uključenih ne ozdravlja, već naprotiv, izlaže ih se dodatnim zdravstvenim rizicima.

»Što se, po Vašem mišljenju, podrazumijeva pod <i>medicinski potpomognutom oplodnjom</i> ?«
Metoda liječenja neplodnosti 49,0
Stvaranje djeteta po narudžbi 10,8
Ostvarenje prava na potomstvo 10,8
Ostvarenje želje za roditeljstvom 23,6
Ne znam, nisam siguran 5,9

⁶⁵ Usp. G. ČRPIĆ, K. KORAČEVIĆ, Stavovi hrvatskih građana prema djeci, u: *Bogoslovska smotra* 70(2000.)2, str. 351.; J. BALOBAN (ur.), *U potrazi za identitetom. Komparativna studija vrednota: Hrvatska i Europa*, tablica: 45. a, str. 287.

⁶⁶ Usp. M. ARAMINI, *Uvod u Bioetiku*, str. 188.

Među ostalim značajnostima ovoga projekta, možemo pratiti i sljedeće stavove, koji se konkretnije odnose na pojedinosti, implicitno sadržane unutar ove tematike, a većinom se odnose na potrebu zakonske i istraživačke regulacije MPO-a, donaciju biološkoga reproduktivnog materijala, na status ljudskoga embrija te selekciju njihovih osobina. Te stavove izražavamo u sljedećoj tablici:

»Koliko se Vi osobno slažete s navedenim tvrdnjama o medicinski potpomognutoj oplodnji?«	Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Ne znam, nisam siguran	Slažem se	U potpunosti se slažem
Stvaranje viškova embrija i njihovo uništavanje ili zamrzavanje treba zabraniti.	6,9	19,9	25,4	23,6	24,2
Doniranje muškoga sjemena, jajnih stanica i viškova embrija treba zabraniti.	15,0	41,7	20,9	8,9	13,4
Odabir spola budućega djeteta treba ostaviti kao mogućnost u sklopu medicinski potpomognutoga rađanja.	26,8	33,1	26,2	11,4	2,4
Liječnici imaju pravo raspolagati jajnim stanicama kako žele bez znanja i odobrenja žene-davateljice.	61,2	25,8	7,1	4,1	1,8
Sjemenom muškarca-davatelja može se oploditi najviše deset žena, ako je muškarac zdrav i dobrih fizičkih karakteristika.	15,4	14,4	58,5	7,9	3,7
Medicinski potpomognuta oplodnja ne bi se smjela koristiti u znanstveno istraživačke svrhe.	6,9	20,5	32,9	25,0	14,6
Medicinski potpomognutom oplodnjom ne bi se smjelo stvarati višestruke trudnoće (dvojke, trojke itd.).	7,9	24,6	41,3	17,1	9,1
Primjena medicinski potpomognute oplodnje pridonosi rješavanju demografskih problema u Hrvatskoj.	17,5	23,0	34,6	21,1	3,9

Dijete rođeno medicinski potpomognutom oplodnjom ima pravo saznati svoje biološko porijeklo.	1,6	2,6	19,3	47,6	28,9
Ekonomski profit postao je odlučujući čimbenik u primjeni medicinski potpomognute oplodnje.	3,9	8,7	44,7	30,3	12,4
Metode i tehnike medicinski potpomognute oplodnje treba regulirati zakonom.	4,5	5,5	19,3	43,5	27,2
Medicinski potpomognuta oplodnja privatna je stvar pojedinca i tu se društvo i država nemaju što uplitati.	15,9	19,9	23,2	25,4	15,7

Rezultati ovoga istraživanja mogu se većinski promatrati pod neupućenošću ispitanika oko nekih konkretnijih vidova medicinske asistirane oplodnje (ciljevi istraživačkih svrha; ne/nužnost stvaranja višestrukih trudnoća; ne/mogućnost rješavanja demografskih problema zemlje; ekonomski profit kao čimbenik primjene MPO-a). Uočljiv je pozitivan stav ispitanika, s obzirom da se njih 46,8% pretežno slaže kako stvaranje viškova embrija i njihovo uništavanje ili krioprezerviranje, treba zabraniti. Stav s obzirom na donaciju biološkoga materijala, gdje se 55,7% ne slaže s tvrdnjom kako treba zabraniti i doniranje muškoga sjemena, jajnih stanica i viškova embrija, podudara se s tvrdnjom kako se i ne slažu sa slobodnim raspolaganjem istih, bez znanja i odobrenja davatelja. Tomu također ide u prilog i izjašnjavanje većine da je MPO privatna stvar pojedinca u koje drugi nemaju pravo uplitanja.

Možemo navesti i istraživanje javnoga mnijenja u RH o medicinski potpomognutoj oplodnji, provedeno od strane GfK-Centra za istraživanje tržišta 2005. godine, kojim se donose rezultati podržavanja MPO-a, 66% građana od 20-59 godina (44% u potpunosti i 22% uglavnom). Svega je 16% onih koji ju ne podržavaju (9+7%)⁶⁷.

Na osnovi dosada analiziranih rezultata, stav naših građana, prema prethodno provedenim istraživanjima vezanim uz pitanja bračne neplodnosti, može se svesti na zaključak kako djeca predstavljaju bitnu vrijednost za smisao, stabilnost i održavanje braka, te kako se prihvaćaju metode medicinski potpomognute oplodnje kao ekvivalentna »terapija« navedene dijagnoze neplodnosti, uz jasno izraženu potrebu preciziranja i detaljnijega rasvjetljavanja svih elemenata koje MPO u sebi uključuje.

⁶⁷ Usp. M. TURUDIĆ, Oplodnja uz medicinsku pomoć-poredbeni pristup, str. 150.

To nam je bio povod da pokušamo uvidjeti je li se stav naših vjernika s vremenskim odmakom i napretkom tehnika i metoda MPO-a o, mijenjao s godinama i prosvjedošću.

3.2. DOBIVENI REZULTATI ZNANSTVENO-ISTRAŽIVAČKOGA PROJEKTA »KRŠĆANSKI IDENTITET I KVALITETA BRAČNOGA I OBITELJSKOGA ŽIVOTA«

Dosadašnjim istraživanjima mogli smo uvidjeti da dobivanje potomstva predstavlja san i cilj gotovo svake obitelji. Nažalost, sama odluka često nije dovoljna, a ponekad se oplodnja i trudnoća jednostavno ne mogu postići uobičajenim putem. Za mnoge parove tada jedinu mogućnost predstavlja medicinski asistirana oplodnja.

Bračni partneri pogođeni neplodnošću danas mogu se služiti suvremenim dijagnostičko-terapijskim metodama za nadomjestak steriliteta, tehnikama izvan/tjelesne ili potpomognute oplodnje. Pitanje koje si pritom često postavljaju glasi: ako medicina nudi metodu za nadilaženje neplodnosti, zašto je ne upotrijebiti?

Kako bismo mogli pružiti dovoljno uvjerljivu motivaciju za prihvaćanjem crkvene moralne preporuke, potrebno je ponajprije vidjeti okvirna promišljanja i stavove naših vjernika. Na pitanje kako se ponašati u slučaju neplodnosti jednoga bračnog druga naši rezultati u postotcima pokazuju sljedeće.

»Kakav je Vaš stav s obzirom na neplodnost jednog od bračnih drugova?«	Ne	Da	Ne znam, ne mogu procijeniti
1. U slučaju neplodnosti bračnog druga, treba iskoristiti sve metode medicinski potpomognute oplodnje.	7,4	75,5	17,1

Prvi cilj istraživanja stava naših ispitanika prema neplodnosti jednoga od supružnika, bio je uvidjeti bi li ispitanici odobravali i bili spremni iskoristiti sve metode medicinski potpomognute oplodnje? Kao što vidimo 75,5% naših subjekata izjasnilo se u korist MPO-a. Ako im pribrojimo i još potencijalno 17,1% onih koji o tomu ne mogu još procijeniti, tada dobivamo uistinu potkrjepljenje naše polazne hipoteze kako se puno drži do djece u braku koja znatno pridonose njegovoj stabilnosti. Naši vjernici su u svojim odgovorima za ostvarenje potomstva spremni prihvatiti sve načine i metode da se ostvare kao roditelji. Želja bračnih partnera za potomstvom, tj. ostvarenjem roditeljstva, sasvim je prirodna i opravdana, no nije dostatan razlog ni motiv za moralno opravdanje dobivanja potomstva »pod svaku cijenu«. To se javlja u kontekstu neoliberalnih argumenata u prilog reproduktivnih prava čovjeka. Moralni stav Katoličke crkve u tim pogledima poručuje kako rađanje nije puka

biološka činjenica, već je osobni čin, te da nakana liječenja sterilizacije ne opravdava svako sredstvo u cilju postizanja začeca. Odgovorima na ovu tezu više pristaje pridjev nominalnih i deklariranih kršćana i njihova selektivno prihvatljiva morala.

U korelaciji s varijablama koje su bile povjerene drugim kolegama, možemo uočiti da problem neplodnosti može čak i uzrokovati razvod braka. Na pitanje ponudeno ispitanicima: »Koji od navedenih razloga, prema Vašemu mišljenju, najčešće dovodi do razvoda braka?« pod 13. upitom stoji upitna formulacija: Zatajena neplodnost bračnoga druga. Na što ispitanici smatraju 12,5% uopće ne; 27,2% uglavnom ne; 28,9% ne mogu procijeniti; 23,3% uglavnom da; 8,1% da, u potpunosti⁶⁸. Time potvrđujemo već navedeno visoko zauzeto mjesto potomstva. U nemogućnosti njihova ostvarenja, možemo navesti i neke od negativnih situacija u kojima se može naći bračni par. »Najčešći 'utilitaristički motivi' koji dovode do odluke o djetetu su: ideja da dijete može učvrstiti vezu para, želja jednoga partnera, kako bi se nadile frustracije nezadovoljavajućeg života, potreba za nasljednikom kojemu bi se ostavila materijalna dobra. Ove motivacije odluke o djetetu s etičkoga stajališta problematične su, zbog toga što djetetu pridaju instrumentalističku konotaciju«⁶⁹. Sterilnost može i dovesti prokreativno sposobnoga partnera do agresivnosti prema partneru koji je uzrok steriliteta, ili do prekomjernoga zaštitničkog odnosa prema istom. Ove reakcije bi trebale potaknuti sterilne parove da sebi razjasne stvarne osjećaje i prave razloge traženja djeteta za sebe.

Ako supružnici ne mogu imati vlastito dijete, a silno ga žele, tada oni svoju želju duhovnoga materinstva/očinstva, mogu nadomjestiti posvojenjem djeteta ili prihvaćanjem svoje bračno-generativne neplodnosti, svodeći je na druge oblike ispunjenosti. Te preporuke spremno je usvojiti 48,7% naših ispitanika, a svega 22,2% nije, dok 29,2% ispitanika ne izjašnjava se sa sigurnošću procjene, pretpostavljajući da nisu u takvoj situaciji i zbog toga nisu nikad ni promišljali o toj temi.

»Kakav je Vaš stav s obzirom na neplodnost jednoga od bračnih drugova?«	Ne	Da	Ne znam, ne mogu procijeniti
2. Neplodnost treba prihvatiti i bračni život usmjeriti brizi za siromašnu i napuštenu djecu.	22,2	48,7	29,2
3. Fizička neplodnost partnera može se nadomjestiti posvajanjem djece.	5,7	72,0	22,3

⁶⁸ I. DŽINIĆ, B. ČIČKOVIĆ, Religioznost i stavovi o rastavi braka. Rezultati znanstveno-istraživačkog projekta »Kršćanski identitet i kvaliteta bračnog i obiteljskog života«, u: *Crkva u svijetu* 2(2009.), str. 173.-174.

⁶⁹ M. ARAMINI, *Uvod u Bioetiku*, str. 228.

U tom slučaju oboje će imati jednake osjećaje prema djetetu; skrbit će za njega jednakom brigom i ljubavlju; u njemu će naći ispunjenje svojih roditeljskih osjećaja i žudnji. Posvojeno dijete može biti pravi blagoslov i rješenje za neplodan brak, da usprkos svojoj neplodnosti ostane čvrst i stabilan. Osim toga, supružnici se mogu intenzivnije posvetiti služenju ljudima na socijalnom i pastoralnom planu i tako u velikoj mjeri sublimirati svoju želju za potomstvom⁷⁰. Plodnost bračne ljubavi ne svodi se samo na rađanje djece. »I onda kada je rađanje nemoguće, bračni čin čuva svoju vrijednost. Tjelesna neplodnost može za bračni par biti prilika da pružaju druge značajne usluge životu ljudske osobe, kao što je usvojenje, različiti oblici odgojnoga djelovanja, pomoć drugim obiteljima, siromašnoj i hendikepiranoj djeci.« »Neka kršćanske obitelji s većom spremnošću usvajaju i preuzimaju brigu za djecu lišenu roditelja ili od njih napuštenu. Ta će djeca, kad nađu toplo obiteljsko ozračje, moći iskusiti brižnu i očinsku Božju ljubav u svjedočanstvu kršćanskih roditelja; čitava će pak obitelj biti obogaćena duhovnim vrjednotama šireg bratstva.«⁷¹

Ako pak pristupimo ovoj tezi sa stavom kako je fizičku neplodnost moguće nadomjestiti posvojenjem djece, tada se naši rezultati drastično penju gore i dostižu 72% pozitivnih očitovanja. Ukoliko usporedimo dobivene odgovore: 75,5% očitovanja kako treba iskoristiti sve metode MPO-a prije nego se pomiri s činjenicom da se neplodnost prihvati (u 48,7%) i bračni život usmjeri na druge oblike plodnosti brigom za siromašnu ili napuštenu djecu, uviđamo da pomirenje s vlastitom neplodnošću slijedi tek nakon što se iskušaju sve ponuđene metode »svemoćne reproduktivne medicine«. Neki biolozi time opravdavaju tezu »sebičnoga gena«, koji zauzima veći prioritet i aspiracije opće populacije.

Prema nekim neslužbenim podacima broj umjetnih oplodnji u Hrvatskoj zasiurno je veći od 2.500 postupaka godišnje i provodi se u sedam klinika za umjetnu oplodnju. Od toga, broj umjetnih oplodnji daleko nadmašuje broj posvajanja djece. Razlozi za malen broj posvajanja jesu vrlo dugotrajni i mukotrni, složeni postupci koje treba obaviti da bi do konačnoga posvajanja ipak došlo, a u brojnim slučajevima ne zadovoljavaju vrlo visoke kriterije za posvajanje⁷². »Preporuku da se očinski i majčinski instinkt zadovolji posvojenjem djeteta u našim okolnostima, zbog slabog i visoko birokratiziranog sustava, supružnici prije mogu shvatiti kao provokaciju nego kao iskrenu namjeru ispunjenu ljudskim suosjećanjem da im se pomogne i da ih se utješi u stanju bračnoga steriliteta.«⁷³ U takvim okolnostima teško je pronaći dovoljno uvjerljivu utjehu za parove koji se smatraju trostruko odbijenim: kako prirodnim, medicinskim, tako još i birokratskim putem.

⁷⁰ Usp. P. ŠOLIĆ, *Moralni aspekt ljudske seksualnosti*, str. 259.

⁷¹ FC, 14; 41.

⁷² http://www.matica.hr/Vijenac/vijenac371.nsf/AllWebDocs/Posvajanje_djece_ili_umjetna_oplodnja_

⁷³ T. MATULIĆ, *Metamorfoze kulture. Teološko prepoznavanje znakova vremena u ozračju znanstveno-tehničke civilizacije*, Glas Koncila, Zagreb, 2009., str. 460.

Među značajnim podacima Projekta, možemo još navesti i neke osnovne socio-demografske karakteristike ispitanika (spol, dob, obrazovanje), kojima nije dobivena statistički značajna razlika u gledanju na odnos prema neplodnosti jednoga bračnog druga. Navedenoj su tvrdnji da »u slučaju neplodnosti jednoga bračnog druga treba iskoristiti sve metode medicinski potpomognute oplodnje«, skloniji ispitanici srednje životne dobi (36-45 godina) 83,5%, budući da to njih i pogađa, za razliku od starijih ispitanika. Sličan je stav i s obzirom na obrazovanje. Ovoj su tvrdnji skloniji ispitanici oni sa srednjom školom (78,5%), za razliku od manje poučenih ispitanika. Glede obrazovanja dobivena je razlika jedino s obzirom na varijablu »U slučaju neplodnosti jednoga bračnog druga treba iskoristiti sve metode medicinski potpomognute oplodnje«, a s obzirom na dob na toj varijabli isto te na varijabli »Neplodnost treba prihvatiti i bračni život usmjeriti ka brizi za siromašnu i napuštenu djecu«.

S obzirom na sve ove razmatrane projektne podatke, sintetički možemo zaključiti da su naši ispitanici odlučni u pokušajima da se u slučaju neplodnosti iskoriste sve metode MPO-a, ali da su isto tako i u tom neostvarenju, spremni prihvatiti i nadomjestiti vlastitu bračnu neplodnost, posvojenjem. Da bi ih se podržalo i afirmiralo u ustrajnom kršćanskom identitetu, potrebno je da im se pastoralno pripomogne i ukaže na neke moralno-etičke smjernice.

Zaključak s ciljanim moralno-pastoralnim djelovanjem

Istraživanjem smo uvidjeli kako je našim ispitanicima za njihovu bračnu ljubav jako bitna prokreativnost. Njena mogućnost dar je i svrha bračne ljubavi, a ujedno i put do svetosti supružnika u njihovoj otvorenosti rađanju.

Nažalost, u našim sredinama svjedoci smo brojnih parova koji za to ostvarenje trebaju medicinsku pomoć. Ona se u pojedinim slučajevima, mora ograničiti na one tehnike koje poštuju bitne i neraskidive dimenzije bračnoga personalizma u svojem duhovnom i tjelesnom sjedinjenju, koje ga čine dostojanstvenim za nastajanje novoga života. Umjetna oplodnja ne može se isključivo gledati s biološkoga i medicinskoga stajališta, ostavljajući po strani moralno i pravno stanovište, koje bi trebalo posvijestiti ispravnom i detaljnom konzultacijom prije pristupa medicinski potpomognutoj oplodnji. Potrebno je, stoga, formirati bioetičke savjetnike, kršćansko-antropološko-personalističke prosvijećenosti, unutar klinika za fertilizaciju! Oni bi mogli educirati par, detaljnije ih uputiti u etičke implikacije pojedinih tehnika i savjetodavno ih prosvijetliti o kršćanskim moralnim normama. »U raspravi o etičkim aspektima različitih metoda potpomognute prokreacije primjećujemo da redukcionističke, konsenzualističke i utilitarističke struje u današnjoj bioetici ne smatraju da postoje problemi, ni bitne razlike u metodama prokreacije. Zato što su te metode u biti usmjerene prema postizanju cilja (teleološki pristup) koji zahtijeva nezavisnost pojedinca, a etička odgovornost za izbor prepušta se bračnim partne-

rima, ili osobama koje žive zajedno, ili samoj ženi, s obzirom na društvene uvjete. Stav personalističke antropologije veoma se razlikuje od toga pristupa. Ta antropologija, poštujući ljudsku prirodu i jedinstvenost obitelji, vjeruje da se etička procjena mora uzeti u obzir kada se razmišlja o načinu izvođenja akta prokreacije.«⁷⁴

Od svećenika se zahtijeva da ljudima posvješćuje kako Crkva razumije patnju neplodnih bračnih drugova i shvaća njihovu želju za potomstvom. No, sama ta želja ne može opravdati »proizvodnju« potomstva i to još »po narudžbi« uslužnošću svemoćne reproduktivne medicine, kojom se tretira ljudski život kao proizvod ili rezultat tehničke operacije, i kojom dijete predstavlja samo konzumističku vrijednost. Ova se tema često svrstava u striktno biomedicinsko područje suvremenoga biotehnološkog doba, lišavajući moralnu senzibilnost crkvene nadležnosti u pogledu medicinske asistiranе tehnike oplodnje. Tom separacijom premješta se glavna uloga Božje kreacije na ljudsku programiranost nastanka i to još s potencijalnim manipulacijama genetičkoga identiteta ljudskoga individua.

U pogledu *liječenja neplodnosti* nove medicinske tehnike trebaju bezuvjetno poštovati pravo na život i njegov tjelesni integritet; jedinstvo braka, kao i vrijednosti spolnosti koje zahtijevaju da rađanje ljudske osobe bude plod specifičnoga bračnog čina ljubavi među supružnicima. Pritom se zahvati ginekologa proglašavaju dopuštenim samo pod uvjetom da pomaže djelotvornosti samoga čina. Svi ti postupci mogu se smatrati autentičnom terapijom i istinskim liječenjem zato što prevladavaju problem koji uzrokuje neplodnost (ako je moguće). U svjetlu tih načela, moraju se isključiti svi načini heterologne umjetne oplodnje, ali i oni načini homologne tehnike umjetne oplodnje koji nadomještaju bračni čin.

Kada se želja za potomstvom ne može ostvariti prema smjernicama katoličkog učiteljstva, tada treba pristupiti duhu evanđelja gdje se fizička neplodnost ne doživljava toliko neprihvatljivom. Takvi supružnici mogu pokazati svoju velikodušnost usvajajući napuštenu djecu ili vršeći zahtjevne službe u korist bližnjega.

Kao zaključni pastoralni zahtjev biomedicini, Crkva jasno potiče ohrabrenje istraživanja koja idu za tim da se smanji ljudska neplodnost, pod uvjetom da budu u službi ljudske osobe, njezinih neotuđivih prava, njezina pravog i cjelovitog dobra u skladu s Božjim naumom i njegovom voljom⁷⁵. »Zadaća je biomedicine da pronađe što efikasnija sredstva i načine nadvladavanja bračne neplodnosti, a dužnost je svih, pa tako i liječnika i biokemičara, da poštuju Božji plan i proces u pogledu nastajanja i razvitka novoga ljudskog bića, dostojanstvo i veličinu osobe te da svojim razumijevanjem i pomoću osmislimo i pomognemo neplodnu bračnu ljubav.«⁷⁶

⁷⁴ A. BOMPIANI, Technology and trasmission of life, u: *Dolentium Hominum* 10(1995.)1, str. 12.

⁷⁵ Usp. *KKC*, 2375.

⁷⁶ P. ŠOLIĆ, *Moralni aspekt ljudske seksualnosti*, str. 259.

**THE PROBLEM OF PHYSICAL IN(FERTILITY)
AND THE MORAL CHALLENGES OF BIOMEDICAL
INTERVENTIONS IN HUMAN PROCREATION**

**With the Results of Scientific Research Project »Christian Identity and
Quality of Marital and Family Life«**

Suzana Vuletić*

Summary

One of the life sphere, in which is included co-responsibility of spousal's in realization of God's co-Creation plan, is possibility of their procreation. Unfortunately, we are witness of increasing number of married couples who don't have completely/natural possibility of that parenthood achievement. In that physical denial, they are not satisfied with only superficial knowledge of Church's imperative of in/approval; but they are seeking for acceptable understanding of their condition; as also the temptation of medically-assisted methods on their disposal.

Contemporary medicine is responding on this problem with offer of around twenty different methods of medically assisted fertilization (surgical and pharmacological interventions), artificial techniques which are facilitating/supporting/»substituting« the unwinding of generative physically processes and trying to equivalently replace the marital sterility. They are presenting the stork of contemporary age.

Since those interventions are affecting the very beginning and the integrity of human life, with rapid progress of biomedical technology, we are trying to indicate and explain some of moral-bioethical implications which have been in centre of certain legislative and Christian moral in/approvals; attending to avoid that the artificial assisted fertilization wouldn't transform in therapeutically manipulative process and to reduce the marital joining on pure physically-technically act, which is substituting the responsibility of persons, and not only helping their generative potentially.

In order to suggest our believers most authentically Christian moral way on transmission of the human life, our scope of 32nd unit of our Project was primary to try to establish the genetically identity, on which biological basis could be developed the mature faithful identity.

Key words: *Physical in(fertility), procreation/reproduction, medically assisted/artificial fertilization, procreative techniques and methods, cryopreservation.*

* Dr. sc. Suzana Vuletić, Catholic Faculty of Theology in Đakovo, J. J. Strossmayer University of Osijek, Petra Preradovića 17, p.p. 54, 31 400 Đakovo, Croatia, suzanavuletic@yahoo.com.